UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

SYLVIA HELENA SCOMBATTI DE SOUZA

**Pró-Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Secretaria
Municipal de Saúde de Bauru: análise do discurso**

BAURU
2014

SYLVIA HELENA SCOMBATTI DE SOUZA

**Pró-Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Secretaria
Municipal de Saúde de Bauru: análise do discurso**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nilce Emy Tomita

Versão corrigida

BAURU
2014

So89p Souza, Sylvia Helena Scombatti
Pró-Saúde na perspectiva dos profissionais de
saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru:
análise do discurso / Sylvia Helena Scombatti de
Souza – Bauru, 2014.

130p: il.; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profª Drª Nilce Emy Tomita

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
Protocolo nº: 177/2011
Data: 01/12/2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à **minha família**, que sempre me apoiou em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Prof^a. Dr^a. Nilce Emy Tomita**, pelos ensinamentos, incentivos e confiança em mim depositada. Muito obrigada. É para mim, um exemplo de profissional ética e dedicada.

Às **Prof^{as} Dr^{as} Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe e Andréa Cintra Lopes**, meus agradecimentos pelo incentivo e contribuições a este trabalho.

Ao **Rafael e Águeda**, pela amizade sincera em todos os momentos. Vocês são muito especiais para mim.

Ao **Secretário de Saúde do município de Bauru, Diretores do Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e da Divisão de Avaliação e Planejamento** por permitirem e incentivarem a realização de meu curso de Mestrado, os meus sinceros agradecimentos.

Aos amigos do **Departamento de Planejamento, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru**, em especial aos da **Divisão de Avaliação e Planejamento**, pela torcida e compreensão pelas minhas ausências.

Aos funcionários e professores do **Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva**, pela atenção e colaboração a mim prestadas.

Aos **cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde das Unidades de Saúde da Família Santa Edwirges e Vila São Paulo**, pela disponibilidade para contribuir e participar desta pesquisa.

A **todos** que direta ou indiretamente colaboraram para a realização e conclusão deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

*“A realidade não consiste apenas nas coisas que já conhecemos.
Ela inclui o que existe mas ainda ignoramos – e que só viremos a
conhecer no futuro, talvez quando tivermos construído
instrumentos melhores para auxiliar nossos cinco sentidos.”*

Richard Dawkins

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família surgiu como uma proposta para impulsionar a reestruturação da Atenção Básica em Saúde, tendo como foco o núcleo familiar. A inserção da Equipe de Saúde Bucal foi um importante componente nesta proposta de atendimento integral, vislumbrando um paradigma de atenção odontológica que promova melhorias nas condições de vida da população e a perspectiva de atuação dentro dos princípios da integralidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que emerge da comunidade e integra a equipe de saúde da família tornando-se um vínculo entre esses dois polos, trazendo as demandas da comunidade para a equipe e facilitando o acesso aos serviços. Este estudo teve como objetivo analisar, através dos discursos dos cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, suas percepções sobre a integralidade das ações, a integração ensino-serviço, através do programa Pró-Saúde, e as implicações na rotina de trabalho desses profissionais. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, onde os profissionais integrantes das Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde foram entrevistados com auxílio de um roteiro semiestruturado, abordando questões sobre o cotidiano de seu trabalho. Para análise dos dados foram utilizadas as metodologias do Discurso do Sujeito Coletivo (para os dados coletados da Equipe de Saúde Bucal) e Análise do Discurso (para os discursos dos Agentes Comunitários de Saúde). Os discursos mostraram a persistência de práticas odontológicas hegemônicas, com a dicotomia entre práticas clínicas intervencionistas e a prevenção. Os entrevistados demonstraram certa compreensão sobre os determinantes sociais, principalmente nos relatos abordando as visitas domiciliares. Neste estudo, porém, os discursos não evidenciaram mudanças nas atividades da Equipe de Saúde Bucal da Unidade de Saúde da Família cenário de prática do Pró-Saúde, sugerindo que o tempo (três anos) de atuação do programa ainda é curto para provocar transformações nas práticas cotidianas das equipes. Os depoimentos dos Agentes Comunitários de Saúde demonstraram sua frustração e decepção com a falta de resolubilidade das demandas trazidas por ele da comunidade, percebendo as limitações de seu trabalho. Verificou-se também a falta de integração e deficiências de comunicação entre a equipe e o Agente Comunitário de Saúde, e a ausência de apoio, inclusive por parte da gestão.

Palavras-chave: Saúde da família. Saúde bucal. Agentes comunitários de saúde. Serviços de integração docente-assistencial. Programas nacionais de saúde.

ABSTRACT

Pro-Health in the perspective of health professionals of the municipal health Bauru: discourse analysis

The Family Health Strategy has emerged as a proposal to promote the restructuring of Primary Health Care, focusing on the family unit. The insertion of the Oral Health Team was an important component in the proposed comprehensive care, envisioning a paradigm dental care that promotes improvements in the living conditions of the population and the prospect of acting within the principles of comprehensiveness, developing promotional activities, prevention and recovery oral health. The Community Health Worker is a professional that emerges from the community and is a staff family health becoming a link between these two poles, bringing the community's demands for the team and facilitating access to services. This study aimed to analyze, through the discourses of dentists, dental health aides and community health workers, their perceptions about the integration of actions, integrating teaching and service through the Pro-Health program, and the implications on routine work of these professionals. This is a qualitative study, where the professional members of the oral health teams and community health workers were interviewed with the aid of a semi - structured interview, addressing questions about their everyday work. The methodologies of the Collective Subject Discourse (for data collected from the Oral Health Team) and Discourse Analysis were used (for the speeches of Community Health Workers) for data analysis. The speeches showed the persistence of hegemonic dental practices, with the dichotomy between interventional clinical practice and prevention. Respondents showed some understanding of the social determinants, especially in reports addressing home visits. In this study, however, the talks did not show changes in the activities of the Oral Health Team of the Health Unit of Family Practice Pro-Health scenario, suggesting that the time (three years) of operation of the program is still short to induce changes in everyday practices of teams. The statements of the Community Health Workers showed their frustration and disappointment with the lack of resolution of the demands brought by him from the community, realizing the limitations of their work. There was also a lack of integration and communication deficiencies between the team and the Community Health Workers, and the absence of support, including from management.

Key words: Family health. Oral health. Community health workers. Teaching care integration services. National health programs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Localização do município de Bauru, S.P	45
Figura 2 – Localização dos espaços de pesquisa	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Atividades desenvolvidas - Pró-Saúde.....44

Tabela 2 – Identificação dos sujeitos de pesquisa.....50

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
FOB	Faculdade de Odontologia de Bauru
USP	Universidade de São Paulo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
ESB	Equipe de Saúde Bucal
USF	Unidade de Saúde da Família
TSB	Técnico em Saúde Bucal
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
IC	Ideia Central
EC	Expressões-Chave
AD	Análise do Discurso
AC	Ancoragem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	A Equipe de Saúde Bucal no Contexto da Estratégia Saúde da Família.....	19
2.2	A Integração Ensino-serviço	25
2.3	O Agente Comunitário de Saúde	31
3	PROPOSIÇÃO	37
3.1	OBJETIVOS GERAIS	39
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3.2.1	Para o Cirurgião-Dentista	39
3.2.2	Para o Auxiliar em Saúde Bucal	39
3.2.3	Para o Agente Comunitário de Saúde	39
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	41
4.1	Características do Cenário de Pesquisa.....	43
4.2	Tipo de Pesquisa	46
4.3	Sujeitos de Pesquisa	47
4.4	Instrumento de Coleta de Dados	47
4.5	Organização e Análise de Dados Coletados	48
4.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	50
5	DISCUSSÃO	53
5.1	Artigo 1	55
5.2	Artigo 2	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES.....	103
	ANEXOS	111

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O conceito de promoção da saúde assegura as relações entre a saúde do indivíduo e suas condições de vida, ressaltando a elaboração de políticas públicas intersetoriais, com vistas a uma melhor qualidade de vida da população (CANDEIAS, 1997; CZERESNIA, 1999).

A Carta de Ottawa, documento elaborado durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, 1986, define o termo promoção da saúde como

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002).

O Relatório Lalonde, divulgado no Canadá em 1974, trouxe fundamentos baseados no conceito de campo da saúde, dividindo-o em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Esse relatório apontou para a necessidade de modificações nas políticas públicas de saúde canadenses, pois os esforços da sociedade e os gastos concentravam-se na organização da assistência, enquanto as causas das doenças e óbitos originavam-se na biologia humana, meio ambiente e estilo de vida (CANADÁ, 1974).

Segundo Araújo; Assunção (2004), a partir do Relatório Lalonde e das discussões iniciadas em Ottawa ocorreram reflexões e debates em todo o mundo, auxiliando a esboçar a compreensão da produção social do processo saúde-doença. A partir daí, a promoção da saúde vem sendo associada a estratégias, como a construção de políticas públicas saudáveis, concepção de ambientes favoráveis à saúde, incremento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Em junho de 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a proposta de melhorar a qualidade de vida através da educação em saúde, com o agente tornando-se o elemento de ligação entre as necessidades de saúde da comunidade e as ações para melhorar as condições de vida dessa população (ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004). No município de

Bauru, São Paulo, esse programa teve seu início em junho de 2000, nas regiões dos bairros Jaraguá e Godoy, atendendo às famílias residentes (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

No ano de 1994, com a proposta de uma reorientação do modelo assistencial da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), sedimentando a promoção da saúde como um dos principais pilares dessa estratégia, gerando novas práticas e garantindo a adesão dos trabalhos clínicos à promoção da saúde (BRASIL, 2005).

A ESF foi implantada em 2003 no município de Bauru, abrangendo os bairros Pousada da Esperança I e Pousada da Esperança II, embasada por estudos epidemiológicos que demonstraram a necessidade de priorizar a assistência à saúde nessas regiões, aliada às deliberações elididas na III Conferência Municipal de Saúde (BAURU, 1999; BAURU, 2002).

No ano de 2006, avançando no caminho da mudança de um modelo assistencial e com apoio nas discussões da IV Conferência Municipal de Saúde, foi apresentado e aprovado um projeto de ampliação da ESF no município compreendendo dois territórios distintos: um englobando os bairros Parque Santa Edwirges, Jaraguá, Fortunato Rocha Lima e Nove de Julho; outro com os bairros Vila São Paulo, Residencial Nova Bauru, Pousada da Esperança I, Pousada da Esperança II e Jardim Ivone. Essas regiões foram priorizadas por apresentarem os piores índices de morbi-mortalidade do município, além de condições de extrema vulnerabilidade social (MARASCO; RUEDA, 2006).

A equipe multiprofissional da ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), com a incorporação em seu quadro, a partir do ano 2000, do cirurgião dentista (CD), do técnico em saúde bucal (TSB) e do auxiliar em saúde bucal (ASB) (BRASIL, 2000a).

A inserção das ações de saúde bucal na ESF foi acompanhada por uma proposta de mudança nas práticas odontológicas na atenção básica, centrada nas ações clínicas e alívio da dor, passando a focar em atividades com abordagem na qualidade de vida da população (AERTS; ABEGG; CESA, 2004; CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007; MATOS; TOMITA, 2004).

A atuação dessa equipe ocorre em um território adscrito, identificando os danos e riscos dessa população, prestando assistência ao indivíduo e sua família

em todas as fases da vida, favorecendo a promoção, proteção e recuperação da saúde e tendo como principal característica a de se pautar nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2005).

A integralidade como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser compreendida em suas variadas dimensões: integralidade do indivíduo, integralidade da atenção, integralidade da rede de serviços de saúde e integralidade das políticas de saúde. Abrangendo essas dimensões, pode-se afirmar que a integralidade na ESF deve sintonizar as práticas realizadas pelo profissional, identificando as necessidades de ações e serviços de saúde diante do contexto específico de cada indivíduo (MATTOS, 2004; PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Para a concretização desse modelo de assistência, é necessário que o profissional atuante no serviço tenha uma visão integral e humanística do indivíduo, sua família e comunidade, com capacidade para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que respondam às reais necessidades daquela população, com o envolvimento de outros setores além da saúde (BRASIL, 2005).

Diante da necessidade da formação profissional com um enfoque na integralidade da atenção, as Instituições de Ensino Superior (IES) têm norteado o processo de formação dos futuros profissionais da saúde pela aproximação com a realidade da assistência e suas necessidades, equilibrando a excelência técnica às demandas decorrentes do processo saúde-doença (CAMPOS, 2001; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse desafio de propor a mudança da formação profissional embasada pelos princípios do SUS foi reafirmado pelo Ministério da Saúde ao lançar o Programa de Reorientação da Formação Profissional – Pró-Saúde – para os cursos de graduação na área da saúde em 2005, cujo objetivo geral é

integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. (BRASIL, 2007, p.13).

Atendendo ao Edital emanado por portaria interministerial (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde II / MS-MEC, 2007), foi apresentada pela Faculdade de Odontologia de Bauru – USP a *Proposta*

de reorientação da formação em Odontologia e Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo. Sua aprovação foi publicada na Portaria Interministerial MS/MEC Nº 7, de 27 de março de 2008.

Buscando alcançar esse objetivo, a Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP), propôs estratégias diversificadas em cenários da atenção básica, a construção e utilização de conhecimentos a partir de metodologias ativas somadas às tradicionais e a abordagem dos três eixos (orientação teórica, cenário de práticas e orientação pedagógica) propostos no programa, visando promover as transformações necessárias no processo formativo (PROPOSTA, 2008).

Visando atingir a imagem-objetivo delineada na Proposta acima, foi aprovado nos colegiados da FOB-USP o ensino integrado dos cursos de Odontologia e Fonoaudiologia nas disciplinas de Saúde Coletiva.

Embasada nesta trajetória, esta pesquisa buscou analisar as percepções da equipe de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde sobre o cotidiano dos serviços e as implicações do Programa Pró-Saúde na rotina de trabalho desses profissionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Equipe de Saúde Bucal no Contexto da Estratégia Saúde da Família

A atenção à saúde bucal, durante muito tempo foi marcada pela assistência focada ao grupo etário dos escolares, através de ações voltadas à cárie e doença periodontal, à medida que outras faixas etárias tinham acesso aos serviços nas situações de urgências odontológicas, caracterizando um modelo de atenção com cobertura pouco efetiva e centrada em ações curativas (SOUZA et al., 2001).

Em 1998 o Ministério da Saúde em conjunto com o IBGE realizou a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), onde foi constatado que um quinto (1/5) da população brasileira nunca foi ao dentista, totalizando aproximadamente trinta milhões de pessoas, sendo que deste total, quase vinte milhões eram crianças e jovens até dezenove anos (IBGE, 1998).

Diante desse panorama, com a proposta de reorientação da atenção básica, fez-se necessária a incorporação do CD na ESF, o que ocorreu através da publicação das Portarias Ministeriais 1.444 (BRASIL, 2000a) e 267 (BRASIL, 2001a), que estabelecem incentivo financeiro para ações e inserção de profissionais de saúde bucal na ESF e diretrizes para a reorganização da atenção em saúde bucal.

Os principais objetivos da inclusão da saúde bucal são ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e melhorar os índices epidemiológicos das doenças bucais (BRASIL, 2000b).

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o processo de trabalho na reorganização da atenção básica requer: interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência, além de assegurar a total utilização da capacidade das instalações físicas e empregar parâmetros e metas pactuados para garantir a qualidade dos serviços prestados à comunidade. Denominada “Brasil Sorridente”, essa política tem o intuito de ampliar o acesso à atenção odontológica, reforçando a ESF como uma estratégia para a reorganização da atenção básica, englobando a saúde bucal nesse desafio de trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2004).

Algumas particularidades intrínsecas da odontologia conferem à saúde bucal características que dificultam sua prática no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias duras na atenção básica. Outro ponto crítico se refere aos recursos humanos na saúde bucal, tanto para atender a demanda da população, quanto para atuar nos moldes da ESF. A integração da equipe de saúde bucal (ESB) com a equipe de saúde da família para a realização de um trabalho integrado tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A concepção de um modelo de atenção em saúde bucal que promova melhorias nas condições de vida da população e a perspectiva de atuação dentro dos princípios da integralidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e recuperação para diferentes grupos populacionais em uma área adscrita foi o mote para a inserção da ESB na ESF (SOUZA et al., 2001).

Para a inclusão das ESB deve-se obedecer aos seguintes princípios:

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
 - II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
 - III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;
 - IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
 - V. definição da família como núcleo central de abordagem;
 - VI. humanização do atendimento;
 - VII. abordagem multiprofissional;
 - VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
 - IX. educação permanente dos profissionais;
 - X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.
- (BRASIL, 2001a, p.67; SOUZA et al., 2001, p. 13-14)

Como estratégias para inclusão das ESB na ESF, há duas modalidades de equipes:

- modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD);
modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD) (BRASIL, 2001a)

As ações de saúde bucal devem ser incluídas no conjunto de atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família pautando-se nos seguintes objetivos:

- criar e consolidar os critérios de incentivos financeiros aos estados e municípios para a implementação das ações;
- definir os mecanismos de repasse de tais recursos;
- propiciar o desenvolvimento de ações voltadas para a vigilância à saúde bucal;
- viabilizar novos espaços de ações odontológicas, em especial no ambiente da família, propiciando o acesso continuado às ações em saúde bucal;
- propiciar a criação de vínculos entre as famílias, os CD e as ESB;
- manter as ações coletivas que vêm sendo desenvolvidas fora dos espaços das unidades de saúde;
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias beneficiadas com o PSF às ações de promoção da saúde bucal e prevenção dos seus agravos;
- estimular a extensão da cobertura das ações curativo-reabilitadoras, priorizando famílias em situação de risco, sem que isto signifique a exclusão das demais famílias;
- estimular e induzir o desenvolvimento de instrumentos que avaliem os padrões de qualidade das ações desenvolvidas de acordo com os princípios do PSF;
- desenvolver uma base de dados específica para a saúde bucal incluindo-a no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- definir estratégias e apoiar a capacitação de recursos humanos necessários para o desenvolvimento das ações de saúde bucal no PSF;
- capacitar os ACS para as ações de promoção e prevenção das doenças bucais mais prevalentes, respeitadas as realidades locais e considerando a sua ação regular nos domicílios;
- incrementar a formação de THD e ACD, a partir do estabelecimento de parcerias com universidades, centros de pesquisas, escolas de saúde pública e escolas técnicas, sob coordenação e supervisão dos Polos de Capacitação;
- fomentar a organização da sociedade civil através de suas entidades e das lideranças comunitárias existentes nas populações adstritas para que elas possam tornar-se aliadas das equipes na busca de ações intersetoriais para a melhoria da saúde bucal coletiva (SOUZA et al., 2001, p.12-13).

Com a inclusão da ESB na ESF abre-se um precedente para a mudança de paradigma da atenção em saúde bucal, centrada na clínica, para o trabalho em equipe multiprofissional buscando a integralidade da atenção, “através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde” (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010, p.1644). Para o CD, esse modo de atuação implica em romper o trabalho isolado da clínica e partir para uma interação com a equipe, possibilitando a esse profissional ampliar seus conhecimentos, transformando-o em um profissional de saúde atuante e atento aos vários fatores que interferem e podem gerar problemas de saúde nos indivíduos (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Verifica-se que o modelo de atenção em saúde bucal restrito aos escolares é dominante na maioria dos municípios brasileiros. A urgência em estabelecer-se um modelo de atenção com maior resolutividade, solidário e inclusivo a todas as faixas etárias, deu forças para a implantação da ESB na ESF. Inseridos na ESF, os profissionais da ESB têm como meta melhorar as condições de saúde bucal das famílias de seu território adscrito, estabelecendo assim um vínculo com a população da área de abrangência. Este trabalho, baseado na territorialização, revela a preocupação da ESB em estabelecer vínculos com os sujeitos e suas famílias, além de firmar o cuidado em dados epidemiológicos. Deve-se ressaltar que para isso a equipe deve estar capacitada em saúde bucal coletiva, além de integrada ao trabalho em equipe multiprofissional. Essa interação multiprofissional resulta da necessidade de compartilhar os conhecimentos e confrontar os problemas, obtendo respostas às demandas que as famílias da área adscrita sob responsabilidade das equipes apresentam (CRUZ et al., 2009).

A Portaria GM 648 em seu Anexo I estabelece as atribuições dos profissionais das ESF, de saúde bucal e de ACS, destacando a garantia da integralidade da atenção como atribuição comum a todos os profissionais da equipe de saúde da família. Segundo o documento, as competências específicas dos CD que atuam na atenção básica através da ESF são:

- I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
 - II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
 - III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
 - IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
 - V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
 - VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
 - VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
 - VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
-

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006a).

Introduzir a saúde bucal na ESF implica numa articulação entre a equipe mínima de saúde da família, composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, ao trabalho da ESB, sendo que esta deve estar preparada para uma atuação voltada à promoção de saúde. Os autores, em sua avaliação das ações de saúde bucal em um distrito no Pará, verificam a eficácia do trabalho da ESB, demonstrando que sua inserção na ESF proporciona um salto de qualidade na saúde bucal da comunidade, ampliando o acesso ao tratamento e aos conhecimentos sobre saúde bucal (EMI; BARROZO, 2008).

Percebe-se que as práticas em saúde bucal ainda são focadas na figura do profissional, cujo atendimento é fragmentado e centrado na especialização e valorização da técnica, com as ações preventivas concentradas na faixa etária dos escolares e restrição das atividades a um determinado grupo. Na atenção individual, verifica-se que não há um planejamento específico, com o atendimento realizado de maneira a centrar-se na queixa apresentada pelo indivíduo. Percebe-se que a efetivação das práticas está concentrada no núcleo de conhecimento de cada categoria profissional, resultando em uma fragmentação dos saberes. Acredita-se que as práticas em saúde bucal devem se pautar em um modelo no qual as tecnologias dura, leve-dura e leve interajam de modo a romper com a hegemonia da prática médico-centrada, dando ênfase à equipe interdisciplinar em busca da integralidade do cuidado (SANTOS; ASSIS, 2006).

Souza; Roncalli (2007) ratificam a tendência da manutenção das práticas hegemônicas de saúde bucal e o agrupamento das ações de prevenção nos espaços escolares, privilegiando a faixa etária até os 14 anos. Comentam também que muitos municípios não tiveram mudanças no seu modelo de assistência em saúde bucal após a inserção da ESB na ESF, constatando-se vários nós críticos a serem solucionados, como a intersetorialidade e incipientes serviços de referência secundária e terciária em saúde bucal.

A inserção da ESB em uma equipe multiprofissional propõe um desafio de trabalhar de uma nova maneira na visão de gestores, comunidade e da própria ESF. A imagem estabelecida do CD para a sociedade é a do profissional isolado em seu consultório realizando procedimentos clínicos. Um profissional que não esteja

trabalhando em clínica e atua de acordo com as atribuições da equipe de saúde da família (visitas domiciliares, atividades de grupo, atividades preventivas, reuniões de equipe) é visto com estranheza e desconfiança, não correspondendo ao esperado pelos outros profissionais da equipe de saúde da família e da comunidade. A mudança esperada do modelo de assistência pode ser atingida reorganizando o processo de trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde da família e, especificamente na odontologia, reorientando a formação profissional para formar recursos humanos comprometidos com as necessidades do SUS (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

As práticas profissionais educativas e preventivas das ESB são limitadas, concentrando-se, tanto no âmbito individual como coletivo, nas orientações de higiene bucal e aplicações tópicas de flúor. Verifica-se que as atividades de educação em saúde realizadas pela ESB concentram-se nos espaços da própria USF ou nas escolas, com a atuação do CD ainda enfatizando o grupo de escolares. No entanto, ressalta-se que as atividades, de acordo com os princípios norteadores da ESF, devem ser voltadas para toda a família, utilizando-se de bases epidemiológicas para evidenciar seus principais problemas, também sendo importante a utilização de outros espaços sociais para a realização de ações preventivas. Outro aspecto relevante e que necessita ser aprimorado pela ESB é um instrumento adequado para avaliação do impacto das ações realizadas, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas, maior envolvimento da comunidade com aumento dos conhecimentos de saúde interferindo em suas práticas e estilo de vida (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

O fato da saúde bucal ter sido inserida tardiamente na ESF pode ser a causa das dificuldades de integração dos profissionais aos demais da equipe de saúde da família. Os demais aspectos observados na implantação da ESB na ESF ratificam os achados de vários autores, como o envolvimento do CD e ASB com atividades centradas no consultório e procedimentos clínicos, e o acesso ao atendimento odontológico sendo efetivado pela demanda livre, demonstrando dificuldades de adaptação por parte dos profissionais da ESB à lógica de atenção proposta pela ESF. Essa metodologia de trabalho da saúde bucal, onde a interdisciplinaridade é pequena e as ações são desarticuladas, advém da própria formação profissional do CD, hospitalocêntrica e voltada ao tecnicismo (BALDANI et al., 2005).

Uma das dificuldades enfrentadas pela ESB é a integração profissional, pois requer um olhar ampliado dos profissionais para além dos problemas de origem bucal, a troca de experiências e planejamento de estratégias com os demais profissionais da equipe de saúde da família, práticas incipientes na ESB, na maioria das vezes advindas do processo de formação acadêmica desses profissionais (CHAPPER; GOLDANI, 2004).

Em muitos municípios onde se verifica a incorporação da saúde bucal na ESF há o predomínio do modelo de atenção hegemônico, com mínima utilização das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, denotando haver obstáculos a serem vencidos para alcançar as mudanças pretendidas, como aspectos de ordem política, econômica e educacional do país (SOARES et al., 2011).

Ainda há desafios a serem superados pela ESB na ESF. As ações realizadas devem ir além da clínica e a saúde sendo abordada integralmente. Porém o que se nota é uma deficiência na formação desses profissionais, pois as IES ainda focam de maneira incipiente as questões da integralidade e concepção ampliada de saúde, refletindo num profissional despreparado para o trabalho em equipe, sem um olhar interdisciplinar e sem a vivência do modelo pautado pela promoção de saúde (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste num trabalho coletivo que se caracteriza pela relação mútua entre as variadas intervenções técnicas e a interação entre os atores das diferentes áreas profissionais. Uma equipe que se caracteriza como integradora é aquela onde ocorre uma articulação ajustada à proposta da integralidade das ações de saúde. Essa articulação pressupõe situações em que o sujeito planeja correlações e conexões entre as diversas ações executadas, tendo o diálogo entre os profissionais como propulsor do trabalho em equipe. Parte-se do reconhecimento de uma realidade e a partir daí constrói-se um projeto adequado às necessidades de saúde compreendidas pelos profissionais e comunidade (PEDUZZI, 2001).

2.2 A Integração Ensino-Serviço

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (parecer CNE/CES nº 1300/01 de 2001; Resolução CNE/CES nº 3, de 2002) e publicadas no

Diário Oficial da União de 2002. De acordo com as diretrizes, o perfil do futuro profissional em odontologia deve ser de

formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2001b, p.9).

As diretrizes valorizam a excelência técnica e social das ações em saúde e do próprio ensino, tendo como consequência a formação de profissionais com capacidade de prestar uma atenção integral e mais humanizada, desenvolver seu trabalho inserido em uma equipe e compreender melhor a realidade em que vive a comunidade assistida. Para que essas mudanças ocorram nos cursos de odontologia, é fundamental a conexão entre as políticas de educação e saúde. A própria sociedade tem reivindicado melhorias nos serviços, e para que isso ocorra, o profissional trabalhador do SUS deve atender a população com qualidade e respeitando as suas demandas, tendo um perfil generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social (MORITA; KRIGER, 2004).

Para Albuquerque et al. (2008), a integração ensino-serviço pode ser compreendida como

o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 357).

As possibilidades de transformações na formação dos profissionais de saúde compreendem a reflexão e mudanças na conexão entre ensino e serviços de saúde. Nessa contextualização da integração ensino-serviço há uma ênfase à questão das redes como espaços onde se dá o diálogo entre o trabalho e a educação, caracterizando-se como locais onde profissionais do serviço, docentes, acadêmicos e a própria comunidade consolidam o encontro de seus saberes, modos de ser e ver o mundo. Numa efetiva integração ensino-serviço, ocorre a ligação entre o docente, o estudante e o profissional do serviço de saúde, sendo o usuário o foco das atenções. Um modo de organizar e praticar a atenção à saúde deve ser concebido, de maneira a incorporar um novo perfil de trabalho e trabalhadores, sendo que essa formação e qualificação devem ser orientadas pelas demandas apresentadas pela

comunidade. A transformação das práticas de trabalho deve pressupor o trabalho em equipe, o acolhimento, a criação de vínculo entre os indivíduos e os profissionais da ESF, a responsabilização com a saúde individual e coletiva culminando no atendimento das necessidades da comunidade com resolubilidade (ALBUQUERQUE et al., 2008).

A integração ensino-serviço é considerada uma maneira de ampliar as relações estabelecidas entre ensino, gestão, atenção e controle social. Os cursos devem avançar colocando em prática um novo conceito de formação, construindo cenários de aprendizagem com a inclusão de docentes e acadêmicos à produção dos serviços em cenários reais. A formação de profissionais com perfil adequado às necessidades dos serviços deve propiciar ao estudante a capacidade de aprender a aprender, a compreensão da importância de trabalhar em equipe, do diálogo, da reflexão crítica e principalmente do aprimoramento das qualidades humanistas, na busca do equilíbrio entre o enfoque biológico e o social (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

O SUS tem o papel de induzir a orientação da formação em consonância com suas diretrizes, colaborando para que a educação se relacione ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde. As IES são instituições com capacidade para formar profissionais de qualidade, conectados às realidades da saúde, comprometidas com a construção do SUS e capazes de produzir conhecimentos relevantes para as diferentes áreas participantes do processo de educação permanente dos profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Ainda segundo os autores,

Uma política para a mudança tem, necessariamente, que ser capaz de ir além das declarações de intenção e da existência formal de propostas, instâncias ou estruturas. Tem de ser capaz de convocar o pensamento crítico e o compromisso de todos os atores (docentes, estudantes, gestores de saúde e de educação, conselheiros de saúde e movimentos sociais), além de oferecer possibilidades de interferência real no processo de formação profissional. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1405).

A necessidade de mudança no processo formativo dos profissionais é evidente pois

a partir dos processos de avaliação e monitoramento dos sistemas de saúde, pode-se perceber a carência de recursos humanos qualificados no setor, aliada à já referida dificuldade formativa, expressa, no campo da Odontologia, pelo profissional individualista, com uma prática predominantemente curativa, descompromissado com o contexto social no

qual seus usuários estão cotidianamente inseridos. (SILVA et al., 2012, p. 710)

Diante desse panorama, várias políticas e estratégias foram implantadas pelo Governo Federal para sedimentar o SUS como cenário de práticas na integração ensino-serviço, tais como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011).

O Pró-Saúde, programa instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC) e com o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), tem como objetivo geral a integração ensino-serviço como forma de reorientação da formação profissional,

assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. (BRASIL, 2007, p.13).

Como objetivos específicos, destacam-se:

- reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;
- estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas, visando à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
- incorporar, no processo de formação da área da Saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;
- ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde, inclusive com a integração de serviços clínicos da academia no contexto do SUS. (BRASIL, 2007, p. 13).

O modelo de formação guiado pelos pressupostos do Pró-Saúde proporciona uma aproximação dos acadêmicos às reais condições de saúde da comunidade, através da diversificação dos cenários de aprendizagem. Esses diferentes cenários possuem efeito indutor de transformações para o curso, pois revelam os contrastes entre as condições sociais e os modelos de práticas focados em aspectos biológicos. A vivência do processo de trabalho nos próprios serviços propicia ao

aluno um conceito de trabalho que supera a ação centrada no profissional e na clínica, na prescrição de medicamentos e solicitação de exames, permitindo também a incorporação dos profissionais do serviço como potenciais educadores, além do desenvolvimento da capacidade crítica dos acadêmicos frente às situações enfrentadas, com reformulação de conceitos e aquisição de novos conhecimentos (LUCAS et al., 2011).

Os processos de reorientação da formação preconizados pelo Pró-Saúde estruturam-se em três eixos fundamentais:

- ✓ Eixo A – Orientação Teórica: Ênfase aos determinantes de saúde e ao processo saúde-doença, com a realização de estudos epidemiológicos a fim de orientar o replanejamento das ações. Também deve-se instituir novos conhecimentos na área de gestão, estimulando a formação de redes de cooperação técnica;
- ✓ Eixo B – Cenários de Prática: Diversificação dos cenários de aprendizagem durante o processo de formação profissional, integrando os equipamentos de saúde aos educacionais e comunitários;
- ✓ Eixo C – Orientação Pedagógica: Metodologias ativas de ensino-aprendizagem, propondo aos estudantes desafios a serem superados, para que atuem como construtores do conhecimento, onde o professor figura como facilitador e guia desse processo (BRASIL, 2007).

Com isso, o ensino na área de saúde percorre novas práticas, onde o docente não mais se situa no centro do processo de ensino, que passa a ser a aprendizagem, oportunizando ao acadêmico a possibilidade de transformar, elaborar, apropriar-se dos novos conhecimentos ativamente, sendo a saúde apresentada como peça fundamental no processo de aprendizagem e não mais tendo a doença como foco principal. O ensino deve atender às demandas urgentes de melhorias da assistência à saúde da comunidade, promovendo maior capacitação dos profissionais inseridos no SUS através de redes de aprendizado envolvendo as IES e os serviços (CAMPOS et al., 2009).

Os cenários de aprendizagem onde se realizam as atividades práticas para a formação dos futuros profissionais devem ser diversificados, integrando os equipamentos de saúde aos educacionais e comunitários. Com isso, objetiva-se uma interação ativa do acadêmico com os sujeitos e a comunidade, que deve ocorrer desde o início do processo formativo, assegurando ao aluno trabalhar com

problemas reais, assumindo responsabilidades de acordo com seu grau de conhecimento e autonomia (SILVA et al., 2012).

Saber diferenciar as competências e desafios na formação voltada para o SUS é fundamental a fim de gerar mudanças tanto nas IES como no serviço. As parcerias entre IES e serviço auxiliam para um curso voltado às práticas dos princípios e diretrizes do SUS, oportunizando aos alunos a vivência de um aprendizado multiprofissional e interdisciplinar. Apesar dos avanços na integração, ainda há a necessidade de superar alguns obstáculos, como o envolvimento de docentes não só da área de saúde coletiva, expandindo a visão sobre o SUS e a integralidade do cuidado, além da resistência dos trabalhadores dos serviços e falta de infra-estrutura adequada das unidades de saúde, bem como uma certa relutância da comunidade face à presença de estudantes em seu território (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

Para a transformação do ensino e das práticas em saúde, é necessário conhecer, discutir, repensar e reorientar. A compreensão do cenário onde se inserem as necessidades de saúde revela as demandas a serem resolvidas e a aplicabilidade dos conhecimentos produzidos nas IES, levando a uma reflexão entre o que seria o modelo e o que seria possível de ser realizado para a saúde. Assim, para se pensar em transformar as práticas atuais é preciso se apoderar das situações do cotidiano da população, que demonstram suas necessidades sociais e de saúde, refletindo à luz dos ideais e propondo um novo, que deve ser incorporado e reproduzido por todos os envolvidos (MORAIS et al., 2010).

Segundo informações disponíveis no site do Ministério da Saúde, até o ano de 2009, vinte e quatro cursos de Odontologia de Universidades do país tiveram seus projetos aprovados e implantaram o Pró-Saúde em seus cursos. Algumas experiências sobre as atividades realizadas e as mudanças alcançadas a partir da inclusão do Pró-Saúde foram relatadas na literatura. Na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, a inserção do Pró-Saúde potencializou os esforços que vinham sendo realizados a fim de gerar mudanças na matriz curricular do curso de Odontologia, com a abertura de novos cenários de práticas, incentivos para inserção do aluno nas práticas desde o início de sua formação, além da motivação dos docentes (LUCAS et al., 2011).

Silva et al. (2012), analisando dezoito cursos de Odontologia contemplados com o Pró-Saúde, constataram que todas as IES estão utilizando os serviços do

SUS como cenários de prática, demonstrando a intenção de melhorar a formação dos graduandos, preparando-os para realmente atenderem às demandas da população, projetando uma odontologia não somente técnica, mas de vivência da realidade baseada em evidências.

2.3 O Agente Comunitário de Saúde

O PACS foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, focando as famílias como objeto das ações, inclusive em seu contexto socioeconômico para compreensão do processo saúde-doença, sendo o precursor do PSF (BRASIL, 2000b).

O principal ator deste programa, o ACS, teve sua profissão legalizada somente em 2002 através da Lei 10.507, sendo que em 2006 essa lei foi revogada recebendo vários ajustes até uma nova promulgação sob o número de 11.350 em 05 de outubro de 2006, regulamentando as atividades de ACS e Agente de Combate às Endemias (BRASIL, 2006b).

De acordo com esta regulamentação, as atividades a serem exercidas pelo ACS foram assim definidas:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006b, p.2)

Inserido na ESF, o ACS tem um papel decisivo junto à comunidade, pois uma das exigências é de que ele resida na área de abrangência, conhecendo a fundo a comunidade e suas demandas, servindo como elo entre o serviço de saúde e as famílias, criando um vínculo de confiança (BRASIL, 2006b).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) foram determinadas várias atribuições específicas para o ACS, com destaque para o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, principalmente por meio das visitas domiciliares.

Em 2011, por intermédio da Portaria 2.488, o Ministério da Saúde aprova a revisão de diretrizes e normas para a ESF, sendo as atribuições específicas do ACS:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
 - II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
 - III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
 - IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
 - V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
 - VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
 - VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
 - VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.
- É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2011, p. 21-22).

A principal atividade desempenhada pelos ACS é a visita domiciliar. Por meio dela, o agente conhece a situação de cada família e suas necessidades, desenvolvendo um trabalho educativo voltado ao contexto de vida daquele indivíduo, com as orientações e informações trocadas sendo baseadas na realidade da família visitada. De acordo com relatos dos agentes, as famílias não tem percepção acerca de seus problemas, cabendo a eles sua identificação e orientação para resolução (FERRAZ; AERTS, 2005). Apesar da principal atividade do ACS ser a visita domiciliar, um grande rol de atribuições foram incorporadas à sua rotina de trabalho, como atividades administrativas na recepção de pacientes, telefonista, almoxarifado, reduzindo o tempo disponível para as visitas e prejudicando seu desempenho junto à comunidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

O ACS identifica os problemas existentes na micro-área, trazendo-os para a discussão com a equipe de saúde da família, buscando ações para sua resolução, assumindo o papel de sujeito articulador durante as reuniões de equipe, momento em que cada profissional tem direito a voz ativa, e o ACS pode atuar como porta-voz da comunidade dentro do serviço (COSTA et al., 2013).

Verifica-se uma desigualdade na valorização dos diferentes trabalhos na ESF, revelando existirem relações de poder e hierarquização entre as diversas categorias profissionais, afetando o ACS, produzindo nele sentimentos de fracasso, impotência e insatisfação. Essa hierarquização está associada à gestão, à própria estrutura organizacional dos serviços, áreas profissionais e práticas distintas. As limitações decorrentes do sistema de gestão bem como da sistematização do trabalho incidem diretamente sobre o ACS, diminuindo sua capacidade de ação, bloqueando sua capacidade de criar e inovar em suas ações (GALAVOTE et al., 2013).

O trabalho realizado pelo ACS pode ser considerado de grande complexidade, pois, entrando na residência das famílias, ele conhece a realidade vivida pelos indivíduos, seus dramas, dificuldades e problemas, sentindo-se com o dever e obrigação de resolver todas as demandas; ao mesmo tempo, há o enfrentamento com a equipe e os entraves do sistema de gestão. O ACS manifesta suas dificuldades na comunicação com a equipe, devido a seu nível de conhecimento ser inferiorizado em relação aos demais profissionais, percebendo-se como o profissional com menos poder e voz ativa mais fraca dentro da equipe (PERES et al., 2011).

O ACS tem percepção sobre a importância de seu trabalho, porém se sente desmotivado devido aos gestores, equipe e até mesmo a comunidade não apoiarem e reconhecerem seus esforços. Isso se reflete na qualidade de seu trabalho, que fica prejudicado pela falta de incentivo e apoio da gestão (COSTA; FERREIRA, 2012).

Pelo fato de residir e trabalhar na comunidade, o ACS reconhece-se como responsável pela resolução de todas as demandas apresentadas, porém possui mecanismos limitados pelos profissionais da equipe de saúde da família e pela própria gestão da USF, ficando deprimido com as limitações impostas pelo seu trabalho quanto às perspectivas de atuação e resolubilidade (GALAVOTE et al., 2011).

Em relação à saúde bucal o ACS mostra-se carente de conhecimentos, devido a razões como sua formação intimamente relacionada às áreas da medicina

e enfermagem, dificuldades de interação por parte da ESB e visão de que o CD não tem capacidade de realizar um trabalho olhando o indivíduo como um todo, revelando ausência de integralidade na atenção. Para aprimorar sua atuação em saúde bucal, o ACS precisa receber orientações e treinamento do CD, visando ampliar seu trabalho dentro da ESF e promovendo a integração com a ESB (HOLANDA; BARBOSA; BRITO, 2009).

Santos et al. (2011) identificam a falta de integração em equipe como dificuldade e causa de insatisfação do trabalho do ACS, corroborando o estudo de Pedrosa; Teles (2001), que também apontaram dificuldades de integração entre a equipe, principalmente médicos, enfermeiros e ACS, causada principalmente pelo fato dos médicos não saberem definir o papel do ACS na relação médico-paciente-serviço.

De acordo com Jardim; Lancman (2009), a USF não tem condições de atender à demanda de consultas, solicitação de exames e medicamentos, além de sentir dificuldades em agendar exames e consultas especializadas, revelando falhas no sistema de referência e contra-referência, sendo a atuação do ACS para resolução desses problemas insistentemente cobrada pela comunidade, gerando tensão nesse profissional e acarretando em falta de credibilidade junto à população assistida. Ainda segundo os autores, a falta de harmonia entre a demanda da população e a oferta dos serviços, revela falhas no suporte do sistema de saúde, dificultando que o indivíduo tenha acesso aos demais níveis de atenção, prejudicando assim as relações de confiança entre profissionais e usuários, ocasionando conflitos, desequilíbrio nas relações de trabalho além de perdas na qualidade do trabalho, dos atendimentos e da produção.

Percebe-se que não há um conhecimento por parte da comunidade de que as dificuldades enfrentadas pelo ACS para a resolução dos problemas encontrados resultam da estrutura precária dos serviços, ineficiência da gestão, escassez de recursos humanos, difícil acesso aos serviços secundários e terciários, gerando um não reconhecimento que pode causar desmotivação e até adoecimento do ACS. A falta de incentivo e motivação por parte da gestão também acarretam prejuízos ao trabalho do ACS, que se sente desvalorizado (SANTANA et al., 2009).

As limitações no trabalho do ACS são causadas pela falta de reconhecimento do poder público, de capacitação e reconhecimento profissional; verifica-se também que o ACS depende de fatores alheios a sua governabilidade, demonstrando as

limitações impostas pelo modelo de atenção da ESF. Essa ausência de instrumentos e tecnologias para atender as demandas do trabalho do ACS acabam dificultando a execução das ações voltadas à integralidade do cuidado (OLIVEIRA et al., 2010).

Buscando garantir a integralidade do cuidado, o Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS. Essas redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, aperfeiçoar o funcionamento do SUS e assim garantir ao usuário o acesso às ações e serviços de que necessite (BRASIL, 2010).

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVOS GERAIS

O objetivo desse trabalho foi analisar os discursos dos cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde quanto às suas percepções sobre a integralidade das ações, a integração ensino-serviço, através do programa Pró-Saúde, e suas implicações na rotina de trabalho desses profissionais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Para o Cirurgião-Dentista

Analisar a percepção do Cirurgião-Dentista sobre suas práticas na ESF e sua compreensão sobre a integralidade do cuidado;

3.2.2 Para o Auxiliar em Saúde Bucal

Analisar a percepção do Auxiliar em Saúde Bucal sobre suas práticas no modelo de atenção em saúde bucal centrado nos indivíduos, nas famílias e comunidades;

3.2.3 Para o Agente Comunitário de Saúde

Analisar as percepções do Agente Comunitário de Saúde quanto aos limites de sua prática cotidiana, a resolubilidade de suas ações e a integração com a equipe de saúde da família.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Características do Cenário de Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Bauru, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, com população de 335.888 habitantes, ocupando uma área de 673 km² e com um Índice de Desenvolvimento Humano 0,825 (IBGE, 2010). (FIGURA 1)

A rede de serviços de odontologia do município de Bauru oferece atendimento em 17 Unidades Básicas de Saúde, 02 Unidades de Saúde da Família, 25 escolas, 01 serviço odontológico para os servidores, 01 Consórcio Intermunicipal de Promoção Social, 01 Centro de Referência em Moléstias Infecto-Contagiosas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Serviço de Orientação e Prevenção ao Câncer, 01 Unidade Móvel Odontológica, 01 Pronto Socorro Central Odontológico e 02 Unidades de Pronto Atendimento (BAURU, 2009). A Secretaria Municipal de Saúde possui em seu quadro de funcionários 75 cirurgiões-dentistas, 53 auxiliares de saúde bucal e 06 técnicos em saúde bucal, distribuídos entre os serviços e a área de gestão.

O território de abrangência definido para a realização das atividades da Proposta Pró-Saúde FOB-USP, a partir de suas condições estruturais e sócio-epidemiológicas, situa-se nas imediações do Parque Santa Edwirges, onde atuam quatro equipes de saúde da família e duas ESB.

As atividades desenvolvidas na USF Santa Edwirges envolveram os alunos de graduação de odontologia e fonoaudiologia, os CD e ASB das duas ESB da unidade e todos os ACS, além dos docentes da FOB-USP.

A programação das atividades foi discutida em conjunto entre os docentes responsáveis pelas disciplinas, chefia da USF e profissionais integrantes das equipes. Cada disciplina focou um tema diferente para ser trabalhado. Os alunos eram divididos em grupos para realizar as atividades, sempre acompanhados de um docente como tutor e um ACS.

TABELA 1 – Atividades desenvolvidas - Pró-saúde

Disciplina	Temática Abordada	Atividades desenvolvidas pelos alunos de graduação
SC I	Conceito de saúde; Territorialização	Estudo de texto sobre conceitos de saúde; estudo do meio na USF Santa Edwirges – o processo de territorialização, acompanhados pelos agentes comunitários de saúde (ACS); estudo do prontuário familiar utilizado pela ESF; realização de visitas domiciliares, acompanhados pelos ACS;
SC II	Políticas de Saúde; inserção profissional no SUS	Planejamento e elaboração de intervenções educativas, abordando os temas obesidade e saúde do adolescente, com apresentação de seminários sobre os temas;
SC III	Prevenção e métodos preventivos em Odontologia e Fonoaudiologia	Planejamento das intervenções educativas com temas: obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, amamentação, controle do biofilme dentário e hábitos orais deletérios; prática de palestras dialogadas com a população em diversos espaços sociais (escolas, igrejas, centros comunitários) sobre os temas planejados;
SC IV	Saúde do Idoso; Envelhecimento	Levantamento de dados epidemiológicos sobre os idosos (aplicação de questionários sobre qualidade de vida); levantamento das alterações fonoaudiológicas e odontológicas; orientações quanto às alterações encontradas e possíveis encaminhamentos;
SC V	Famílias com filhos pequenos	Estudo sobre os ciclos de vida familiar; estudo do meio na ESF Santa Edwirges: avaliação odontológica e fonoaudiológica; clínica ampliada: tratamento dos pacientes triados; confecção de cartilha com orientações sobre saúde bucal e fonoaudiológica

Fonte: Ementas das disciplinas de Graduação– Faculdade de Odontologia de Bauru, USP, 2012.

As Unidades de Saúde da Família (USF) Santa Edwirges e Vila São Paulo foram definidas como espaços para esta pesquisa, constituindo a totalidade de sete equipes implantadas no município (quatro equipes de saúde da família na USF Santa Edwirges e três na USF Vila São Paulo, sendo que cada USF conta com duas ESB), com cobertura de aproximadamente 28.740 indivíduos, totalizando 8,04% da população do município (BAURU, 2009). Cada ESB é responsável pelo atendimento

de cerca de 8.064 pessoas na USF Santa Edwirges e 6.306 pessoas na USF Vila São Paulo (BAURU, 2009). (FIGURA 2)

Figura 1 – Localização do município de Bauru, S.P.

Fonte: <http://www.bentodutra.com>

Figura 2 – Localização dos espaços de pesquisa

Fonte: <http://maps.staticcontent.com/search/maps/static/GOO/276/250/-22.3154/-49.061500000000024/12?lang=pt>

4.2 Tipo de Pesquisa

De acordo com os objetivos propostos para esse estudo foi feita a opção pela abordagem qualitativa.

A pesquisa de caráter qualitativo, segundo Minayo (2006), aplica-se aos estudos que envolvem relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; representações, crenças e valores históricos e culturais; percepções; sentidos e significados; categorias que se originam das interpretações humanas e sociais, bem como das experiências e interações vividas. A pesquisa qualitativa aprecia em seu objeto de estudo as relações e estruturas sociais, a intencionalidade, os sentidos e significados, como resultado da construção humana e através dela há a possibilidade de investigar os fenômenos sociais, buscando regularidades, freqüências e tendências, mas também relações, representações, pontos de vista, histórias e a lógica interna dos sujeitos (MINAYO, 2006).

Segundo Alvântara; Vesce (2008), a pesquisa de abordagem qualitativa pode ser compreendida como aquela em que se procura entender um determinado fenômeno em profundidade. Não trabalha com estatísticas e regras rígidas, e sim com descrições, análises e interpretações subjetivas. Assim, a pesquisa qualitativa caracteriza-se por ser mais participativa e menos controlável, onde os participantes podem orientar os caminhos da pesquisa mediante o diálogo com o pesquisador.

Ainda de acordo com Minayo (2006), a realização de uma pesquisa qualitativa divide-se em três partes: a primeira é a *fase exploratória*, onde o pesquisador se prepara para entrar em campo, define o objeto de pesquisa, descreve os instrumentos de trabalho, define o espaço e quantidade da amostra e elabora um cronograma de ações; a segunda fase é o *trabalho de campo*, quando realiza o levantamento dos dados e a terceira etapa é a *análise e tratamento do material empírico*, quando ocorre a compreensão e interpretação dos dados levantados na segunda fase, articulando com embasamento da literatura, ou seja, os dados são ordenados e classificados e realiza-se a análise propriamente dita.

4.3 Sujeitos de Pesquisa

Para a escolha dos sujeitos de pesquisa que constituíram a amostra desse estudo a pesquisadora optou por selecionar o número total de funcionários de cada categoria profissional, sendo viável essa escolha, pois de acordo com Lefèvre; Lefèvre (2003), isso é possível quando “o pesquisador tem conhecimento e acesso ao universo e aos sujeitos de pesquisa e pode recompor o universo a ser pesquisado através dos critérios estabelecidos para sua pesquisa”.

Diante disso, o universo deste estudo foi composto por quatro CD, quatro ASB e quarenta e oito ACS provenientes de ambas USF.

Os sujeitos de pesquisa entrevistados foram dois CD e dois ASB provenientes de cada USF, dezesseis ACS provenientes da USF Santa Edwiges e dez ACS oriundos da USF Vila São Paulo. As perdas foram em número de vinte e dois sujeitos e ocorreram por motivos variados como férias (n= 9), licença-saúde (n= 5), licença-maternidade (n= 2) e recusas (n= 6).

Quanto à formação profissional, todos os membros da equipe realizaram um curso de capacitação introdutório à ESF quando de seu ingresso no serviço, sendo que um CD possui curso de mestrado na área de saúde coletiva e dois estão cursando especialização em saúde da família.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados utilizado para este estudo foi o da entrevista individual com roteiro semiestruturado, possibilitando aos sujeitos a oportunidade de opinarem livremente sobre a temática proposta. Em se tratando de pesquisa qualitativa, a entrevista mostra-se como um importante instrumento, pois possibilita a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo.

Segundo Minayo (2006), "o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as

representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas".

As entrevistas abordaram aspectos relacionados aos principais temas dessa investigação, integralidade e promoção da saúde, sendo que o tema abordado com os ASB e CD foi o da integralidade (APÊNDICES B e C) e a promoção da saúde foi o tema escolhido para abordagem aos ACS (APÊNDICE D).

As entrevistas ocorreram nos locais de trabalho dos entrevistados, mediante agendamento prévio através de contato telefônico feito pela pesquisadora, entre os meses de janeiro e março de 2012. Em cada local foi escolhido um ambiente reservado, sem interferências externas que pudessem comprometer a privacidade do entrevistado e a qualidade da gravação dos depoimentos.

O equipamento utilizado para o registro dos depoimentos foi um mini gravador de voz digital marca Sony modelo PX 312, ajustado no modo "entrevista" com redutor de ruídos ativado.

Os depoimentos foram salvos em cartão de memória Memory Card Slot Micro SD para posterior escuta e transcrição.

4.5 Organização e Análise dos Dados Coletados

As gravações receberam transcrição literal feita pela própria pesquisadora para uma organização das falas dos entrevistados, quando as percepções de profissionais que participam do Pró-Saúde (USF Santa Edwiges) e daqueles que não participam (USF Vila São Paulo), foram analisadas em seu contexto.

A classificação das informações coletadas permitiu uma abordagem descritiva do material. Os trechos mais significativos dos depoimentos que trouxeram referência aos eixos temáticos foram caracterizados como ideias centrais.

Preservando o sigilo, a reprodução de algumas expressões foi feita a seguir, com objetivo de subsidiar a discussão, utilizando-se abreviações para referenciar as falas dos diferentes sujeitos das três categorias profissionais, sendo CD para os cirurgiões-dentistas, ASB para os auxiliares em saúde bucal e ACS para os agentes comunitários de saúde. Os discursos dos CD e ASB foram numerados segundo a USF de origem (1 e 2 para a USF Vila São Paulo e 3 e 4 para a USF Santa

Edwirges); já os ACS foram codificados com as letras do alfabeto de maneira sequencial, obedecendo a ordem dos depoimentos registrados (TABELA 1).

A análise das entrevistas realizadas com os CD e ASB buscou estabelecer algumas conexões entre dados e referenciais da literatura através da figura metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposto para organizar dados qualitativos de origem verbal (MINAYO, 2006).

O DSC é uma ferramenta para análise e ordenação de dados qualitativos de depoimentos coletados, fundamentado na análise do material retirado de cada declaração dada pelo entrevistado. O DSC é um discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, elaborado pelo agrupamento de discursos semelhantes, que visa traduzir o pensamento de uma coletividade, fundamentada na teoria da representação social e seus pressupostos sociológicos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A técnica baseia-se na seleção, em cada resposta individual dada a determinada pergunta, de um (ou mais) trecho mais relevante, denominado Expressão-Chave (EC). Cada EC contém uma Ideia Central (IC) que se traduz pela síntese do conteúdo de linguagem revelado na EC; algumas EC remetem a uma figura metodológica denominada Ancoragem (AC), utilizada pelo enunciador para enquadrar determinadas situações (APÊNDICE E). A partir das EC e IC/AC elaborase o DSC, na primeira pessoa do singular, representando a opinião de um grupo em formato de discurso individual (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003).

As EC correspondem a trechos ou transcrições literais de um discurso que revelam o conteúdo discursivo dos fragmentos em que se divide o discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A IC pode ser entendida como a expressão linguística que revela de modo mais autêntico possível o sentido de cada um dos depoimentos e de cada EC, que irão formar o DSC. A IC é uma descrição do significado de um depoimento ou conjunto de depoimentos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Para analisar os discursos dos ACS optou-se pela metodologia da Análise do Discurso (AD), que se baseia no próprio discurso como objeto de estudo, assimilando seu contexto, e auxiliando na compreensão do pensar e agir das pessoas no mundo real (MACEDO et al., 2008).

Segundo Pêcheux (1988 apud Minayo, 2006) o objetivo principal da AD é “realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos”.

TABELA 2 - Identificação dos sujeitos de pesquisa

SUJEITO	USF ORIGEM	IDENTIFICAÇÃO
Cirurgião-dentista	Vila São Paulo	CD 1
		CD 2
Auxiliar em Saúde Bucal	Vila São Paulo	ASB 1
		ASB 2
Agente Comunitário de Saúde	Vila São Paulo	Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z
Cirurgião-dentista	Santa Edwirges	CD 3
		CD 4
Auxiliar em Saúde Bucal	Santa Edwirges	ASB 3
		ASB 4
Agente Comunitário de Saúde	Santa Edwirges	A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Anteriormente à realização da entrevista a pesquisadora apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) a cada sujeito de pesquisa e mediante sua anuência, ambos assinaram o documento, obedecendo à Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 1996, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP e Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP (Processo nº 177/2011) (ANEXO A) e pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru (Declaração de 09/11/2011) (ANEXO B).

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

A partir da conclusão da coleta dos dados e da análise destes, obteve-se uma quantidade significativa de informações e com este vasto material optou-se por elaborar dois artigos científicos para apresentação e discussão das informações.

O primeiro deles foi intitulado “Percepções dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal: o processo de trabalho, a integralidade e a equipe multiprofissional” que será enviado à revista Cadernos de Saúde Pública, obedecendo suas normas de publicação (ANEXO C).

O segundo artigo foi intitulado “Agente Comunitário de Saúde: suas percepções sobre a resolubilidade e integração profissional na ESF” e será enviado à revista Ciência e Saúde Coletiva, seguindo as normas estabelecidas pelo corpo editorial da publicação (ANEXO D).

5.1 ARTIGO 01

Percepções dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal: o processo de trabalho, a integralidade e a equipe multiprofissional

RESUMO: O reconhecimento de como os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais podem interferir na saúde dos indivíduos leva os profissionais a buscar soluções e realizar ações de acordo com as demandas apresentadas pela comunidade. Esse estudo teve como objetivo analisar as percepções dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família quanto à integralidade e as repercussões em seu processo de trabalho, bem como os efeitos da integração ensino-serviço nas atividades cotidianas. Foi utilizado um método qualitativo, com a coleta de dados através de entrevistas realizadas com apoio de um roteiro semiestruturado. As questões abordaram o trabalho com a saúde bucal dos indivíduos, suas famílias e a comunidade do território de abrangência sob responsabilidade dos entrevistados, bem como suas percepções sobre a

importância de seu trabalho e as dificuldades para desenvolvê-lo. Os eixos temáticos que emergiram após a análise dos depoimentos, através do Discurso do Sujeito Coletivo, foram: dicotomia curativo-preventivo, determinantes sociais e integração profissional. Verificou-se a persistência de práticas odontológicas hegemônicas, com a dicotomia entre práticas clínicas intervencionistas e a prevenção. Os entrevistados demonstraram certa compreensão sobre os determinantes sociais, principalmente nos relatos abordando as visitas domiciliares. Neste estudo, porém, os discursos não evidenciaram mudanças nas atividades dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal da Unidade de Saúde da Família cenário de prática do Pró-Saúde, sugerindo que o tempo (três anos) de atuação do programa ainda é curto para provocar transformações nas práticas cotidianas das equipes. Essa pesquisa pode servir de subsídio para propostas de melhorias no planejamento e gestão dos serviços.

Palavras-chave: Odontologia – Saúde da Família – Saúde Bucal – Prática Odontológica

ABSTRACT: The recognition of how social, economic, political and cultural might interfere with the health of individuals leads professionals to find solutions and take action according to the demands presented by the community. This study aimed to analyze the perceptions of professionals Oral Health Team of the Family Health Strategy as to the completeness and impact in their work process as well as the effects of teaching-service integration in daily activities. We used a qualitative method to collect data through interviews conducted with the support of a semi-structured. The questions were working with the oral health of individuals, their families and the community of the territory covered under the responsibility of the respondents as well as their perceptions of the importance of their work and the difficulties to develop it. The themes that emerged after analysis of statements by the Collective Subject Discourse, were dichotomy of curative and preventive care, social determinants, and professional integration workload. It is the persistence of hegemonic dental practice, with the dichotomy between clinical practice and prevention interventionists. Respondents demonstrated a certain understanding of the social determinants, especially in reports addressing home visits. In this study, however, the talks did not show changes in the activities of dentists and auxiliary dental health Family Health Unit practical scenario of Pro-Health, suggesting that the

time (three years) of operation of the program is still short to induce changes in everyday practices of teams. This research can serve as a basis for proposals for improvements in the planning and management of services.

Keywords: Dentistry – Family Health – Oral Health – Dental Practice

INTRODUÇÃO

O reconhecimento dos fatores sociais, econômicos, políticos, e como eles interferem na saúde dos indivíduos permite que os profissionais desenvolvam ações comprometidas com o desenvolvimento humano e proteção social, de acordo com as demandas de saúde dessa comunidade¹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como um de seus principais objetivos a integralidade da atenção e do cuidado aos indivíduos e suas famílias. Para o desenvolvimento dessas práticas, os profissionais da ESF utilizam o acolhimento e o vínculo como estratégias, buscando alcançar a responsabilização clínica e sanitária e a resolubilidade dos casos².

A prática odontológica tradicional segue um modelo hegemônico centrado na doença e no trabalho individual do cirurgião-dentista, bem como na fragmentação das atividades preventivas e ênfase nos procedimentos curativos. Com a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) na ESF, acompanhando o trabalho da equipe de saúde da família, atividades de promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, passam a ter espaço³.

A concepção de um modelo de atenção em saúde bucal que promova melhorias nas condições de vida da população e a perspectiva de atuação dentro dos princípios da integralidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e recuperação para diferentes grupos populacionais em uma área adscrita foi o mote para a inserção da ESB na ESF⁴.

Na ESB, os papéis definidos para os componentes da equipe, cirurgião-dentista (CD), técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB), apresentam, em tese, uma lógica de divisão do trabalho de maneira a desenvolver ações que promovam algum impacto na saúde bucal dos indivíduos. Porém, no cotidiano dos serviços de saúde, observa-se uma sobrecarga de tarefas ao CD, que realiza atividades afetas às competências profissionais de ASB ou TSB, revelando a existência de dificuldades em romper com o modelo tradicional de divisão do

trabalho odontológico. Esta conformação constitui uma contradição ao trabalho em equipe⁵.

A integração entre os profissionais da equipe que atua na ESF possibilita uma visão ampliada do processo de adoecimento da população sob seus cuidados, envolvendo diferentes saberes técnicos, com uma intervenção que deve ir além da clínica, centrada nas famílias e nas suas condições de vida. No processo de trabalho multiprofissional, a prática compartilhada, permite que os saberes específicos sejam socializados, proporcionando um fortalecimento do vínculo entre os profissionais e destes com a comunidade atendida⁶. Assim, “o trabalho em equipe multiprofissional se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”⁷.

Contudo, alguns estudos^{8,9} mostram que o trabalho do CD ainda guarda características pautadas em uma prática curativista, individualista, biologicista, tecnicista e especializada.

Devido a particularidades históricas e aquelas inerentes à profissão, o CD tem dificuldades em inserir-se em equipes multiprofissionais e por vezes não compreende a importância de seu papel nessa equipe, detendo-se em seus conhecimentos técnicos específicos, hesitando em assumir seu papel como profissional de saúde e não apenas da saúde bucal¹⁰.

Diante da necessidade da formação profissional com um enfoque na integralidade da atenção, as Instituições de Ensino Superior têm sido chamadas a nortear o processo de formação dos futuros profissionais da saúde pela aproximação com a realidade da assistência e suas necessidades, equilibrando a excelência técnica às demandas decorrentes do processo saúde-doença^{11,12}.

Esse desafio de propor a mudança da formação profissional embasada pelos princípios do Sistema Único de Saúde foi reafirmado pelo Ministério da Saúde ao lançar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação na área da saúde em 2005¹³.

Buscando alcançar esse objetivo, a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) atendeu ao Edital Pró-Saúde II (EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 13, 2007), que por meio da Portaria Interministerial MS/MEC Nº 7, de 27 de março de 2008 selecionou a “Proposta de reorientação da formação em Odontologia e Fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo”¹⁴.

Nesta Proposta, estratégias diversificadas de ensino-aprendizagem em cenários da atenção básica foram privilegiadas, visando “conduzir o processo de reestruturação curricular por meio de: articulação entre os cursos de Odontologia e Fonoaudiologia, integração ensino-serviços, abordagem integral do processo saúde-doença e ênfase na atenção básica”¹⁴.

“A ESF tem implantação parcial no município e foi identificada como *locus* preferencial pelos gestores municipais de saúde e representantes da FOB-USP para sediar, como cenário de formação, atividades articuladas de ensino-extensão, com possibilidades de produção de conhecimentos que tenham impacto sobre a saúde da população”¹⁴.

Em 2012, foram completados 3 anos de atividades de ensino-extensão. Em que pese o pequeno período de tempo de execução de práticas acadêmicas no cenário do serviço de saúde, nos pareceu interessante conhecer as percepções da ESB sobre conceitos trabalhados com os alunos e se, de algum modo, essa percepção repercutiu nas práticas dos profissionais na atenção à saúde da população.

Diante do panorama apresentado, esse estudo foi orientado pelo pressuposto de que a articulação entre a Universidade e o serviço de saúde, proposta pelo Pró-Saúde, proporcionou ao CD e ASB a compreensão da prática pautada na integralidade. Este estudo teve o objetivo de analisar as percepções dos profissionais da ESB quanto à integralidade e as repercussões em seu processo de trabalho, bem como os efeitos da integração ensino-serviço nas atividades cotidianas.

MÉTODO

O estudo foi realizado no município de Bauru, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, população de 335.888 habitantes, ocupando uma área de 673 km² e apresentando um Índice de Desenvolvimento Humano 0,825¹⁵.

A rede de serviços de odontologia do município de Bauru oferece atendimento em 17 Unidades Básicas de Saúde, 02 Unidades de Saúde da Família, 25 escolas, 01 serviço odontológico para os servidores, 01 Consórcio Intermunicipal de Promoção Social, 01 Centro de Referência em Moléstias Infecto-Contagiosas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Serviço de Orientação e Prevenção ao Câncer, 01 Unidade Móvel Odontológica, 01 Pronto Socorro Central Odontológico e 02 Unidades de Pronto Atendimento¹⁶. A Secretaria Municipal de Saúde possui em

seu quadro de funcionários 75 cirurgiões-dentistas, 53 auxiliares de saúde bucal e 06 técnicos em saúde bucal, distribuídos entre os serviços e a área de gestão.

O território de abrangência definido para a realização das atividades da Proposta Pró-Saúde FOB-USP, a partir de suas condições estruturais e sócio-epidemiológicas, situa-se nas imediações do Parque Santa Edwirges, onde atuam quatro equipes de saúde da família e duas ESB.

As Unidades de Saúde da Família (USF) Santa Edwirges e Vila São Paulo foram definidas como espaços para esta pesquisa, constituindo a totalidade de sete equipes de saúde da família implantadas no município (quatro equipes de saúde da família na USF Santa Edwirges e três na USF Vila São Paulo, sendo que cada USF conta com duas ESB), com cobertura de aproximadamente 28.740 indivíduos, totalizando 8,04% da população do município¹⁶. Cada ESB é responsável pelo atendimento de aproximadamente 8.064 pessoas na USF Santa Edwirges e 6.306 pessoas na USF Vila São Paulo.

A população deste estudo foi composta por quatro CD e quatro ASB integrantes das ESB destas Unidades, sendo dois CD e dois ASB provenientes de cada USF. Quanto à formação profissional, um CD possui curso de mestrado na área de saúde coletiva e dois estão cursando especialização em saúde da família e todos os membros da equipe realizaram um curso de capacitação introdutório à ESB quando de seu ingresso no serviço.

Trata-se de um estudo com a utilização de métodos qualitativos para análise do discurso¹⁷. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas individuais com apoio de um roteiro semiestruturado. As questões abordaram o trabalho com a saúde bucal dos indivíduos, suas famílias e a comunidade do território de abrangência sob responsabilidade do entrevistado, bem como suas percepções sobre a importância de seu trabalho e as dificuldades para desenvolvê-lo.

A classificação das informações coletadas permitiu uma abordagem descritiva do material. Os trechos mais significativos dos depoimentos que fazem referência aos eixos temáticos foram caracterizados como ideias centrais.

Preservando o sigilo, a reprodução de algumas expressões é feita a seguir, com objetivo de subsidiar a discussão, utilizando-se números para referenciar as falas dos diferentes sujeitos das duas categorias profissionais, sendo CD para os cirurgiões-dentistas e ASB para os auxiliares em saúde bucal, com a numeração dos

entrevistados segundo a USF de origem (1 e 2 para a USF Vila São Paulo e 3 e 4 para a USF Santa Edwiges).

A análise das entrevistas buscou estabelecer algumas conexões entre dados e referenciais da literatura através da figura metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁸.

O DSC “engloba depoimentos sintetizados e analisados, redigidos na primeira pessoa do singular e expressando o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos. Os discursos contêm o conjunto das Expressões-chave dos depoimentos, que contêm Ideias centrais e/ou ancoragens com características semelhantes. Esta técnica busca expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um tema, levando em consideração o aspecto social e cultural”¹⁹.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP (Processo nº 177/2011) e pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde (Declaração de 09/11/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A transcrição integral das entrevistas permitiu a leitura exaustiva do material empírico proporcionado pelos discursos, que propiciou a identificação das ideias centrais: dicotomia curativo-preventiva, determinantes sociais e integração profissional.

Dicotomia curativo-preventivo

O discurso dos entrevistados foi analisado e as percepções dos CD e ASB quanto a sua atuação na ESF revela uma fragmentação na prática odontológica. Essa dicotomia é uma característica das práticas hegemônicas em odontologia nas quais prevalece um enfoque na doença e não no sujeito.

Os CD e ASB relatam sua rotina de trabalho, sendo as ações clínicas realizadas dentro do consultório com agendamentos pré-estabelecidos e realização de procedimentos odontológicos da atenção básica. O trabalho curativo é realizado no consultório e as atividades preventivas e educativas têm nas escolas o seu espaço preferencial, com escovação supervisionada e palestras.

(...) Faz atendimento clínico, na Vila São Paulo são um período de atendimento clínico e um período de procedimentos preventivos e

coletivos nas escolas, visitas domiciliares e grupo, que é a palestra.^{CD 1, CD 2, ASB 1, ASB 2}

Bom a gente faz o atendimento clínico né, a gente realiza visitas domiciliares pra fazer orientação... a gente faz a escovação, atividade educativa nas escolas, trabalha com os grupos também aqui na unidade.^{CD 3}

(...) nessa agenda já é pré-determinado o que a gente vai fazer durante toda a semana, então, tem dia que a gente faz as consultas né, tem o período das consultas, do atendimento em si, tem o dia que vai pra escola fazer a prevenção, escovação supervisionada nas creches, nas escolas, temos o período de visita domiciliar (...)^{CD 4}

O ASB acompanha a partição fragmentada do processo de trabalho, reproduzindo e acompanhando a prática realizada pelo CD.

(...) e tem o atendimento no consultório, tem a prevenção nas escolas, as palestras que a gente faz, que meio período um atende, um dentista atende e o outro dentista atende por causa que é uma cadeira só (...)^{ASB 1, ASB 2}

(...) então o nosso tempo é dividido dessa forma, atendimento e a parte do programa né da saúde da família.^{ASB 3}

(...) tem a agenda também que tem os dias de visita, tem os dias que são escovação nas escolas (...) eu também tenho que fazer a parte da esterilização, então logo de manhã, atende os pacientes no mesmo período da manhã, lavo, esterilizo os material (...) quando eu vejo uma brecha eu acabo fazendo um grupo na recepção (...)^{ASB 4}

(...) então, tem dia que a gente faz as consultas né, tem o período das consultas, do atendimento em si, tem o dia que vai pra escola fazer a prevenção, escovação supervisionada nas creches, nas escolas^{CD 1, ASB 1, ASB 2}

Percebe-se que ainda há forte ênfase em procedimentos de natureza curativa na área odontológica, com características de uma prática tecnicista⁹, reproduzindo “a carência de recursos humanos qualificados no setor, aliada à já referida dificuldade formativa, expressa, no campo da Odontologia, pelo profissional individualista, com uma prática predominantemente curativa, descompromissado com o contexto social, no qual seus usuários estão continuamente inseridos.”²⁰

O trabalho da ESB no interior da ESF deve ser baseado em uma atuação integral frente aos problemas de saúde do indivíduo, sua família e sua comunidade. Na prática, porém, ainda há uma grande dificuldade por parte dos profissionais em romperem com o modelo de atendimento odontológico essencialmente curativo²¹. A

escolha do consultório como espaço da assistência individual para atendimento das doenças da boca reflete essa escassa compreensão do trabalho em saúde bucal, referida no DSC como o “atendimento em si”.

O discurso do ASB faz referência à divisão do trabalho entre “atendimento” e “a parte do Programa de Saúde da Família”, descolando as práticas clínicas das demais práticas realizadas no contexto da estratégia formulada para a remodelação da atenção básica.

A atenção em saúde bucal no serviço público não se limita apenas às ações desenvolvidas em clínica, devendo incluir a promoção de saúde bucal, com ações preventivas e educativas para os diversos segmentos da sociedade²². A reprodução do modelo restaurador de atendimento na área odontológica é observada em alguns estudos, nos quais verifica-se que o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas tem uma divisão em turnos para atividades curativas e atividades preventivas realizadas nas escolas, reduzindo, com essa atuação, a prevenção em odontologia a um grupo etário específico^{8,9,23}.

Nas entrevistas, evidencia-se a descrição de um pacote preventivo composto por ações coletivas de escovação supervisionada, palestras e aplicações de flúor, tendo nas escolas o espaço social preferencial para o desenvolvimento dessa prática.

(...) a gente faz a escovação, atividade educativa nas escolas, trabalha com os grupos também aqui na unidade, as vezes fora nas campanhas de papanicolaou também (...) ^{CD 3}
(...) atendemos pacientes em um período no outro período nós fazemos ou escola, ou visita, ou palestra em recepção (...) ^{ASB 3}

As ações preventivas devem passar por uma avaliação periódica para verificar se há eficácia nas ações executadas, salientando que não se deve “simplesmente instituir um pacote preventivo, o qual tem sido implementado acriticamente pela maioria das equipes de saúde bucal”⁹ ou realizar um conjunto de ações preventivistas, onde há imposição de programas verticais como bochechos com flúor, aplicação de selantes e escovação, sem uma discussão crítica de sua aplicabilidade, resultando em pobre impacto na solução dos principais problemas de saúde bucal, a cárie dentária e a doença periodontal²⁴. Contudo, não são relatados pelos entrevistados critérios avaliativos ou controle da frequência das visitas a esses grupos e espaços sociais.

Essa visão dicotômica da prática preventivo-curativa acaba por afastar as ações em saúde bucal da integralidade, pois não propicia que o profissional olhe o indivíduo em sua totalidade, fragmentando suas práticas, ora realizadas no interior do consultório, local em que se efetivam os procedimentos intra-bucais, ora realizadas nas escolas, onde se repetem atividades de enfoque preventivo.

A proposta do Pró-Saúde prevê a “ênfase dos determinantes de saúde integrados com uma melhor abordagem da formação básica; a articulação dessa última com a introdução à clínica; a adoção de orientação clínica baseada em evidências; uma ampla gama de questões a serem exploradas em programas de investigação, no contexto do próprio programa educativo e a importância de uma possível inversão do modelo assistencial do SUS”²⁵. Com essa abordagem, compreende-se que o objetivo principal do programa, através da integração ensino-serviço, é romper com o paradigma dicotômico das práticas clínico-preventivas, instituindo um modelo baseado na integralidade.

Determinantes sociais

Nas visitas domiciliares, os entrevistados relatam focar principalmente aspectos relacionados à saúde bucal. Aspectos relativos às condições de vida da família visitada que podem interferir no processo de adoecimento parecem relegadas a um segundo plano, evidenciando uma limitação na compreensão sobre os determinantes sociais em saúde.

(...) nessas visitas domiciliares nós vamos até a casa do paciente, fazemos busca ativa de cárie, entrega de escova, orientamos o paciente a necessidade de não compartilhar escova ^{CD 1}

Os entrevistados descrevem realizar, nas visitas domiciliares, a busca ativa da cárie dentária. O sentido da busca ativa de doenças e agravos na lógica das atividades atribuídas aos profissionais da ESF, descritas na Portaria 648/GM de 28 de março de 2006²⁶, difere da conceituação epidemiológica do termo, que a descreve como a ação utilizada para procura e identificação de casos sintomáticos de agravos de notificação compulsória, propondo tratamentos adequados e medidas de controle eficazes para evitar seu contágio. A cárie dentária constitui uma doença endêmica, e os novos casos identificados nem sempre recebem o devido encaminhamento para a assistência necessária.

As visitas domiciliares propiciam ao profissional conhecer o usuário em seu ambiente familiar, com a possibilidade de uma aproximação entre eles, instituindo um espaço de escuta e um momento de acolhimento e criação de vínculo, e o estabelecimento da confiança e respeito mútuos²⁷.

Um CD relata perceber, no momento da visita domiciliar, a oportunidade de conhecer as condições de vida das famílias, relacionando-as ao processo de adoecimento.

(...) nas visitas a gente vê... ah a vida real mesmo, a casa, o ambiente que ela vive, porque que a boca dela tá daquele jeito, então a gente vê integralmente a pessoa e não só a boca né, e é importante lógico as pessoas terem mais saúde não só bucal, em geral também.^{CD 4}

Um ASB expressa ter conhecimento sobre a importância da criação do vínculo com os indivíduos e suas famílias para a resolução dos problemas de saúde.

(...) conheço a situação de cada paciente, eu sei o problema de cada mãe, da criança, a condição financeira, eles já me conhecem eu já sou quase da família deles, mas a rotina deles é que é difícil... a gente orienta, orienta, fala, mas as vezes vai da pessoa mesmo ... então é confiança, é o vínculo com a família, eu acho que é importante o auxiliar e a dentista ter confiança que eles vão ter em nós.^{ASB 2}

Contudo, os profissionais identificam a ausência de percepção dos indivíduos em entender suas condições de vida ou seguir normativas sobre os cuidados com a saúde bucal.

Eu acredito muito que eles são [ignorantes] por ter uma família muito precária, as vezes as pessoas não sabem nem o que tá acontecendo, não sabem nem como fazer a técnica da escovação certo, eu acredito que as visitas domiciliar que eu faço ajuda muito(...)^{ASB 1}

(...) eu acho que tudo faz a saúde de uma maneira geral né deveria ser importante pra eles, prum convívio com eles um todo, saneamento básico, desde o mais básico até a saúde mesmo que eles acabam vendo como só a saúde bucal né, a saúde do corpo em si.^{CD 3}

Os ASB relatam as condições de vida das famílias e associam esses fatores aos problemas bucais encontrados.

(...) é precária, é uma escova pra família inteira, a gente orienta, aquele lixo nas casas, é precária mesmo, dá dó, dá dó mesmo... aí vem com aquela boca, cheia de cárie, estomatite (...)^{ASB 2}
(...) crianças abaixo de cinco anos já precisando extrair dente, é complicado porque a gente tenta né, dar orientações mas também

cabe das famílias, mas a maioria são pessoas de baixa renda mesmo, que as vezes nem escova tem dentro de casa, é uma escova pra todos da mesma família(...) ^{ASB 3}

Alguns discursos referem uma noção da importância dos determinantes sociais no estado de saúde dos indivíduos e suas famílias, ainda que o olhar tenha o foco voltado à pobreza, que impossibilita o consumo de bens, como a escova de dentes.

Integração profissional

A integração profissional como ideia central configura uma nova forma de trabalho em oposição ao modelo hegemônico baseado no tecnicismo e no trabalho individual. O trabalho em equipe multiprofissional abre possibilidades à compreensão do estabelecimento de nexos entre a situação na qual o indivíduo vive e suas condições de saúde.

O encontro entre os profissionais se dá nos momentos em que ocorrem reuniões de equipe para discussão dos casos clínicos e reuniões programadas com grupos específicos.

(...) e toda quarta feira a gente tem uma programação que é uma reunião geral mensal e três reuniões com a equipe mínima, que é onde reúne todos os profissionais pra discutir casos dos pacientes né, e não só os casos dos pacientes(...) ^{CD 1}

(...) e na unidade também a gente tem as reuniões né, os grupos que são grupos de puericultura, os grupos de hipertensão, geralmente são feitos junto com os enfermeiros né, e a gente aborda temas diversos pra gente tentar orientar o paciente da melhor forma. ^{CD 3, CD 4}

Os profissionais da ESB e da equipe de saúde da família têm uma atuação conjunta em atividades além do espaço físico da unidade, porém sem uma efetiva integração, onde cada categoria profissional desenvolve ações específicas no seu núcleo de conhecimento especializado.

(...) as vezes a gente tenta integrar é... não só o profissional o... de odontologia, mas também o enfermeiro, médico, associando; por exemplo, a semana passada eu dei uma [palestra] sobre hábitos de higiene gerais, então eu falei sobre a parte de higiene bucal, higiene oral e a enfermeira falou sobre a parte de verminose, piolho(...) ^{CD 1}

(...) eu também participo uma vez por mês eu vou junto nas campanhas de papanicolaou, uso o equipo móvel, então lá toda mulher que faz o papanicolaou geralmente é fora do posto, daqui do Santa Edwirges, geralmente é na igreja, ou numa escola, é do

bairro então toda mulher que faz passa por um exame clínico meu né e a gente faz a prevenção do câncer de boca também, assim como a prevenção o papanicolaou então a gente aproveita fazer a do câncer de boca junto com a enfermeira também.^{CD 3, CD 4}
(...) em relação ao equipo móvel, campanhas de vacinação que não é da nossa área mas nós participamos também né, por fazer uma palestra (...)^{ASB3}

Os problemas de saúde bucal de um indivíduo não estão isolados de seus problemas de saúde, devendo haver uma atuação da ESB integrada à equipe de saúde da família. Essa participação da ESB em novos espaços requer uma ampliação do olhar dos profissionais para além dos problemas de origem bucal, sendo que as reuniões semanais em equipe apresentam o potencial para constituir-se num local privilegiado para as discussões, troca de saberes, experiências e planejamento das estratégias a serem executadas na resolução dos problemas de saúde das famílias¹⁰.

Alguns autores²⁸ evidenciaram que 50% dos profissionais das ESB avaliam ter tido alguma participação na equipe multiprofissional, denotando ser este um nó crítico a ser resolvido, uma vez que o trabalho integrado e multidisciplinar é uma das diretrizes que norteiam a ESF.

A integração da ESB em uma equipe multiprofissional pressupõe que o profissional tenha uma visão integral do paciente, ressaltando que para haver sucesso nessa integração, esta deve ser norteada pelas ações de promoção de saúde. A promoção da saúde implica pensar a saúde como uma intrincada rede de fatores conectados, onde a atuação multiprofissional busca a resolução dos problemas tendo o indivíduo como foco da atenção²⁹.

O trabalho em equipe implica uma interferência mútua entre os conhecimentos técnicos e a conexão entre os sujeitos agentes³⁰.

Através do discurso de um ASB percebe-se a falta de integração no interior da própria ESB, onde cada profissional limita-se a desempenhar seu papel individualmente.

(...) normalmente eu vou numa escola e a Dra A vai em outra; dá de ocorrer de eu acabar indo em alguma escola junto com ela; minhas visitas domiciliares só eu e minha agente comunitária que faz, a doutora vai sozinha com a outra agente comunitária(...)*^{ASB 4}

“A atuação nos moldes do gabinete dentário, a diferenciação na organização do processo de trabalho em relação aos demais membros da equipe, a organização

da demanda em separado, a tradicional atuação do CD em atividades coletivas nas escolas e as próprias políticas ministeriais reforçam a diferenciação entre Equipe de Saúde Bucal e Equipe de Saúde da Família”¹⁰.

Observa-se neste estudo uma escassa integração da ESB com a equipe de saúde da família e também no interior da própria ESB. Essa falta de integração reflete um modelo ineficaz de prover cuidados à população, e compromete a relação ensino-serviços à medida em que o estudante tem uma vivência na Unidade de Saúde descolada do trabalho em equipe.

Não foram observadas diferenças conceituais nos discursos do CD e ASB segundo a procedência, refletindo uma aparente hegemonia de percepções quanto ao processo de trabalho na ESF, ainda que um grupo atue em um espaço definido como “cenário de práticas” acadêmicas e o outro grupo não receba estudantes de graduação de cursos da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propiciou um olhar para a prática de cuidados à saúde bucal, por meio da análise de discurso dos profissionais da ESB alocada em Unidades de Saúde da Família.

A ESF, com a proposta de remodelar a atenção básica, constitui, em princípio, o espaço privilegiado para a integração ensino-serviço. A prática cotidiana, entretanto, mostra que algumas características da odontologia hegemônica estão fortemente arraigadas no discurso dos profissionais.

Os discursos dos entrevistados revelaram uma dicotomia entre as práticas curativas e preventivas, persistindo uma fragmentação nas práticas odontológicas, pautadas no modelo hegemônico de atendimento. Isso demonstra que ainda há uma resistência dos profissionais em mudarem o paradigma do processo de trabalho em saúde bucal, com a permanência da dicotomia entre as práticas clínicas intervencionistas e a prevenção.

A prevenção de agravos bucais parece não ter espaço na linha do cuidado, ficando relegada a procedimentos coletivos realizados em espaços escolares.

Alguns avanços foram verificados quanto à compreensão dos determinantes sociais, verificados principalmente nos relatos sobre as visitas domiciliares, quando ocorre a efetivação de vínculos, a aproximação da ESB com as famílias e isso proporciona um subsídio para o planejamento das ações a serem realizadas. Porém,

esta atividade ainda é vista pelos profissionais como mais um espaço para diagnóstico de problemas bucais e orientações sobre higiene bucal, evidenciando uma visão limitada da equipe no que tange à territorialização e estabelecimento de compromissos, visando à responsabilização com o cuidado à saúde de sujeitos e famílias.

A integração profissional revelou-se precária, com o trabalho focado na odontologia mesmo quando inseridos na equipe multiprofissional, evidenciando ainda haver dificuldades dos profissionais da ESB em ampliar seu olhar para além dos problemas relacionados à saúde bucal.

As dificuldades de integração da ESB repercutem tanto na efetividade das ações voltadas à promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade quanto na integração ensino-serviço.

O trabalho da ESB na ESF requer um olhar diferenciado dos profissionais, voltado à integralidade do sujeito. Para que isso ocorra, é necessário que o CD incorpore os saberes e responsabilidades comuns aos outros profissionais da ESF, ampliando a sua atuação para além de seu núcleo de conhecimento específico.

A formação profissional tem por objetivo desenvolver profissionais tecnicamente capacitados e que correspondam às demandas sociais. O Pró-Saúde, como uma proposta com potencialidades para mudanças na formação, por sua vez poderia impactar no cotidiano dos trabalhadores da saúde, como resultado da integração ensino-serviço. Neste estudo, porém, os relatos não demonstraram mudanças nas atividades dos CD e ASB da USF cenário de prática do Pró-Saúde. Uma limitação a se levar em consideração é o período de tempo decorrido desde a implantação do programa, insuficiente para desencadear mudanças nas práticas cotidianas das ESB.

É possível que práticas arraigadas no âmbito dos serviços de saúde tenham produzido os discursos pautados na dicotomia entre prevenção e clínica, fortemente ancorados no olhar odontológico e que nem mesmo a atuação na ESF ou o trabalho conjunto com uma instituição de ensino que ensaia mudanças curriculares tenha sido capaz de arranhar.

Faz-se necessário aprofundar a discussão sobre a complexidade da organização da atenção à saúde no nível local, que reserva um expressivo volume de investimentos nos modelos de atenção considerados “tradicionais”, com a

manutenção de CD em escolas e na assistência por demanda livre (10% das vagas) e agendamento (90% das vagas) nas unidades básicas de saúde (UBS).

Algumas insuficiências na compreensão sobre a linha do cuidado como um condutor para a construção da integralidade revelam-se no discurso dos entrevistados e repercutem em sua práxis, o que por vezes é observado na reprodução de procedimentos de seu núcleo de conhecimento sem articulações que conectem seu trabalho no interior de uma equipe.

Visto sob esse prisma, a convivência entre profissionais da saúde e futuros profissionais, estudantes de graduação em odontologia, ocorre em meio a uma prática pouco consolidada no que se refere à efetivação da reorientação da atenção básica.

Alguns distanciamentos entre os conteúdos que foram objeto de ensino-aprendizagem pelos alunos, como a determinação social do processo saúde-doença, e que tiveram na territorialização a estratégia participativa adotada, pôde ser observado, ao analisar o discurso das ESB.

Não foi percebida, na articulação ensino-serviços, uma efetiva integração que permeasse de significados para as ESB alguns temas abordados no processo formativo dos estudantes.

Os desafios que se colocam para remodelar as práticas odontológicas requerem o envolvimento de todos os atores desse processo (gestores, profissionais, docentes, discentes, usuários), promovendo o intercâmbio de conhecimento, aprimoramento do processo de trabalho e a integração à rede de saúde para proporcionar a integralidade da atenção em saúde bucal.

Para alcançar a integralidade em saúde bucal, deve-se iniciar pela formação do profissional baseada nas necessidades apresentadas pela demanda dos serviços, resultando em um profissional humanista, atento à realidade da comunidade, entendendo que a boca é parte integrante de um indivíduo, e este está inserido em um contexto sócio-econômico-cultural, redefinindo o papel do CD na sociedade.

Deve-se estabelecer a continuidade e aperfeiçoamento de ações e políticas públicas voltadas à recuperação e manutenção da saúde bucal, para que se verifique um impacto epidemiologicamente significativo na odontologia.

A atuação das ESB consiste apenas em seu núcleo de competências, por isso não é possível vislumbrar uma integralidade nas ações em saúde bucal.

Verifica-se a necessidade do CD repensar alguns aspectos relativos ao seu processo de trabalho, tais como adquirir uma capacitação adequada para atuar com maior efetividade na ESF; executar as atividades de prevenção em saúde bucal tendo como foco a comunidade e as famílias, deixando de priorizar apenas os escolares e planejar as ações em odontologia para que estas atendam as necessidades e expectativas da comunidade. Sugere-se à gestão municipal um fortalecimento do campo de competências na ESF através do investimento e estímulo à educação permanente não só dos profissionais da ESB mas de toda a equipe de saúde da família, alcançando um novo modelo de atenção em saúde bucal no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Pellegrini A Filho. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17:77-93.
2. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família: equipe de saúde bucal [texto na Internet]. Brasília; 2012 [acesso 2012 Set 01]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/estrategia_saude_da_familia.php.
4. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd SP, Mendes WB. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva* 2001; 2: 7-29.
5. Zanetti CHG, Oliveira JAA, Mendonça MHM. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trab Educ Saude* 2012; 10:195-222.
6. Maciel RHMO, Lima AFA, Albuquerque AMFC, Aguiar ASW, Santos JBF. O multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do Programa de Saúde da Família. Observatório de recursos humanos em saúde [texto na Internet]. Fortaleza: Estação CETREDE/UFC/UECE, 2007 [acessado 2012 Dez 13]. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf

-
7. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 103-9.
 8. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11: 53-61.
 9. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2727-39.
 10. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15: 1643-52.
 11. Campos FE, Ferreira JR, Feuerwerker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev Bras Educ Med.* 2001; 25: 53-9.
 12. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1400-10.
 13. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Brasília: 2005.
 14. Universidade de São Paulo. Proposta de reorientação da formação em odontologia e fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru. Bauru; 2008.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Rio de Janeiro; 2010 [acesso 2012 Dez 13]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
 16. Bauru. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Bauru; 2009.
 17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 18. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs; 2003.
 19. Alvântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. 2008. [acesso 2013 Mar 18]. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf
 20. Silva MAM, Amaral JHL, Senna MIB, Ferreira EF. O Pró-saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. *Interface* 2012; 16:707-17.
-

-
21. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9: 131-8.
 22. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 360-5.
 23. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2131-40.
 24. Córdon J, Garrafa V. Prevenção versus preventivismo. *Divulg Saúde Debate* 1991; 6: 10-6.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília, 2007.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
 27. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bra Enferm* 2007; 60: 659-64.
 28. Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev APS* 2009; 12: 168-75.
 29. Chapper A, Goldani MZ. A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 2004; 45:3-5.
 30. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Cien Saude Colet* 2003; 8: 599-609.
-

5.2 ARTIGO 02

Agente Comunitário de Saúde: suas percepções sobre a resolubilidade e integração profissional na Estratégia Saúde da Família

Resumo: O Agente Comunitário de Saúde tem um papel decisivo junto à comunidade, servindo como elo entre o serviço de saúde e as famílias em um contexto de vínculo e confiança. O pressuposto que norteia este estudo é a percepção do agente comunitário de saúde quanto aos limites de sua prática cotidiana, a resolubilidade das suas ações e a integração com a equipe de saúde da família. Foi utilizado um método qualitativo, com a coleta de dados através de entrevistas realizadas com apoio de um roteiro semiestruturado. As questões abordaram o trabalho dos agentes com a comunidade do território de abrangência sob sua responsabilidade e as percepções sobre a importância de seu trabalho e as dificuldades para desenvolvê-lo. Para análise dos dados utilizou-se a metodologia da Análise do Discurso, destacando os temas falta de resolubilidade e integração profissional precária. Os depoimentos demonstraram a frustração e decepção do agente comunitário com a falta de resolubilidade das demandas trazidas por ele da comunidade, percebendo as limitações de seu trabalho. Verificou-se também a falta de integração e deficiências de comunicação entre a equipe e o agente comunitário de saúde, e ausência de apoio também por parte da gestão, resultando numa desarticulação de ações e revelando pouca responsabilidade conjunta em atingir os resultados esperados pela comunidade.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde – Processo de Trabalho – Equipe de Assistência ao Paciente – Saúde da Família

ABSTRACT: The Community Health Worker has a decisive role in the community, serving as a link between the health service and families in a context of connection and confidence. The assumption that guides this study is the perception of the community health worker as to the limits of their everyday practice, the solvability of their actions and the integration with the family health team. A qualitative method, data collection through interviews conducted with support from a semi - structured interview was used. The questions were of community health worker work with the

community of the territory covered under their responsibility and perceptions of the importance of their work and the difficulties to develop it. For data analysis we used the methodology of discourse analysis, highlighting the themes lack of resolution and poor professional integration. The statements showed the frustration and disappointment of the community health worker with the lack of resolution of the demands brought by him from the community, realizing the limitations of their work. There was also a lack of integration and communication deficiencies between the team and the community health worker, and also lack of support from management, resulting in disarticulation of shares and revealing little joint responsibility in achieving the expected results by the community.

Keywords: Community Health Workers - Work Process - Team of Patient Care

INTRODUÇÃO

O Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1991, focando as famílias como objeto das ações, em seu contexto socioeconômico, para compreensão do processo saúde-doença, propondo mudanças no modelo assistencial, sendo o precursor do PSF¹.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi legalizada somente em 2002 através da Lei 10.507, sendo que em 2006 essa lei foi revogada recebendo vários ajustes até uma nova promulgação sob o número de 11.350 em 05 de outubro de 2006, regulamentando as atividades do ACS e do Agente de Combate às Endemias².

De acordo com esta regulamentação, foram definidas várias atividades a serem exercidas pelo ACS, incluindo as visitas domiciliares periódicas, para monitoramento das situações de risco às famílias, bem como a participação em ações que promovam a qualidade de vida da população².

Inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF), o ACS tem um papel decisivo junto à comunidade, pois um dos requisitos é de que ele resida na área de abrangência, conhecendo profundamente a comunidade e suas demandas, servindo como elo entre o serviço de saúde e as famílias em um contexto de vínculo e confiança².

Essa atuação do ACS na área onde reside é um fator considerado positivo para estabelecer vínculos junto à comunidade, já que partilha dos mesmos problemas e anseios vividos ali pela população, assumindo um papel dialógico entre os usuários e a equipe de saúde³.

Considerada uma importante atividade desempenhada pelos ACS e a base para o desenvolvimento de seu trabalho, a visita domiciliar permite ao agente conhecer a situação de cada família e suas necessidades, desenvolvendo um trabalho educativo voltado ao contexto de vida dos usuários, com as orientações e informações trocadas sendo baseadas na realidade da família visitada⁴. O ACS considera a visita domiciliar como sua função fundamental e um instrumento que possibilita a realização da educação em saúde, com a troca de conhecimentos que permite a identificação de problemas, levando-os à equipe de saúde da família para o planejamento das ações⁵.

Além da visita, um grande rol de atividades foi incorporado à rotina de trabalho dos agentes, em atividades administrativas de apoio às equipes da USF, como na recepção de pacientes, atendimento ao telefone, entrega de medicamentos e agendamento de consultas^{5,6}. Essas atividades consomem tempo do ACS, podem comprometer a qualidade ou mesmo o cumprimento de suas atribuições, geram sobrecarga de trabalho e descaracterizam seu papel⁶. O ACS, em sua prática cotidiana de trabalho adota ações que ultrapassam aquelas determinadas pelas Portarias do Ministério da Saúde. Assim o ACS mostra ser um profissional flexível no cumprimento de suas tarefas, na tentativa de solucionar os problemas apresentados pela comunidade, quebrando a rigidez da organização do trabalho⁷.

Em se tratando das atribuições do ACS, espera-se uma ênfase na prevenção e promoção da saúde, porém, diversos estudos enfatizam que a formação do ACS, centrada na doença, acarreta uma prática fragmentada, reproduzindo o modelo biomédico em suas ações. Para modificar essa visão, é necessária a capacitação permanente desses profissionais através de um enfoque problematizador, privilegiando as ações de promoção da saúde, prevenção dos agravos e doenças e de transformação social⁸.

Nas relações de trabalho estabelecidas entre os demais profissionais da equipe de saúde da família e o ACS, um fato observado é a desigualdade na valorização dos diferentes trabalhos realizados, revelando relações de poder e hierarquia entre as diversas categorias profissionais, o que afeta o ACS, produzindo

sentimentos de fracasso, impotência e insatisfação⁹. Essa hierarquia está associada à gestão, à própria estrutura organizacional dos serviços e práticas distintas em cada profissão. As limitações decorrentes do sistema de gestão, bem como da sistematização do trabalho, incidem diretamente sobre o ACS, diminuindo sua capacidade de ação e inovação⁹.

O ACS depara-se com limites para a resolução dos problemas da população e dificuldades de integrar-se à equipe, acarretando em falta de eficácia e gerando um sofrimento psíquico, à medida que este profissional sente-se responsável pela população de seu território e no dever de solucionar suas demandas^{4,7,9,10,11}.

O pressuposto que norteia este estudo é a percepção do ACS quanto aos limites de sua prática cotidiana, a resolubilidade de suas ações e a integração com a equipe de saúde da família.

MÉTODO

O estudo foi realizado no município de Bauru, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, com população de 335.888 habitantes, ocupando uma área de 673 km² e com um Índice de Desenvolvimento Humano 0,825¹².

As Unidades de Saúde da Família (USF) Santa Edwirges e Vila São Paulo foram definidas como espaços para esta pesquisa, constituindo a totalidade de sete equipes de saúde da família implantadas no município, quatro equipes de saúde da família na USF Santa Edwirges, com um total de trinta ACS, e três equipes de saúde da família na USF Vila São Paulo, com um total de dezoito ACS¹³.

O território de abrangência definido para a realização das atividades da Proposta Pró-Saúde FOB-USP, a partir de suas condições estruturais e sócioepidemiológicas, situa-se nas imediações do Parque Santa Edwirges, onde atuam quatro equipes de saúde da família e duas Equipes de Saúde Bucal (ESB)¹³.

O universo desse estudo foi composto por quarenta e oito ACS provenientes das duas USF. A população desse estudo foi composta por dezesseis ACS provenientes da USF Santa Edwirges e dez ACS oriundos da USF Vila São Paulo. As perdas foram em número de vinte e dois sujeitos e ocorreram por motivos variados como férias (n= 9), licença-saúde (n= 5), licença-maternidade (n= 2) e recusas (n= 6).

Todos os entrevistados realizaram um curso de capacitação introdutório à ESF quando de seu ingresso no serviço e já atuavam há mais de um ano na respectiva USF.

Trata-se de um estudo com a utilização de métodos qualitativos para análise do discurso¹⁴. Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas individuais com apoio de um roteiro semiestruturado. As questões abordaram as atividades executadas no dia-a-dia de trabalho do entrevistado, bem como suas percepções sobre a importância de seu trabalho e as dificuldades para desenvolvê-lo.

A classificação das informações coletadas permitiu uma abordagem descritiva do material. Os trechos mais significativos dos depoimentos que fazem referência aos eixos temáticos foram destacados para análise: **falta de resolubilidade, integração profissional precária**.

Preservando o sigilo, a reprodução de algumas expressões é feita a seguir, com objetivo de subsidiar a discussão, utilizando-se letras para referenciar as falas dos diferentes sujeitos, sendo que os entrevistados nomeados de A a P são aqueles pertencentes às equipes de saúde da família da USF Santa Edwiges e os nomeados de Q a Z são os das equipes de saúde da família da USF Vila São Paulo.

A análise das entrevistas buscou estabelecer algumas conexões entre dados e referenciais da literatura através da Análise do Discurso (AD).

A AD tem como objeto de estudo o próprio discurso, assimilando seu contexto, e auxiliando na compreensão do pensar e agir das pessoas no mundo real¹⁵.

O objetivo principal da AD é “realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos”¹⁶.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP (Processo nº 177/2011) e pela Comissão de Ética em Estudos e Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde (Declaração de 09/11/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos revelam que o ACS percebe a falta de apoio por parte da equipe de saúde da família para os problemas da comunidade trazidos por ele. Isso resulta em decepção e revolta, pois é o ACS quem acaba sendo responsabilizado pela população quando não ocorre a solução de suas demandas. As falas identificam profissionais que ao mesmo tempo comprometem-se com a comunidade em dar respostas e encaminhamentos aos seus problemas e defrontam-se com a equipe de saúde da família tendo que agir segundo seus limites e aqueles impostos pelo sistema de saúde.

Percebe-se pelo relato uma dependência do ACS em relação à equipe de saúde da família para dar continuidade a seu trabalho, o que acaba não ocorrendo devido a falhas na comunicação interpessoal, e a exteriorização do desejo do ACS em ter autonomia para resolver as demandas, fazendo jus às promessas feitas à comunidade.

É quando traz aqui, assim [o problema], as vezes [o médico] fala: não, eu vou, chega no dia não vai, aí a gente que põe a cara lá fora, eles cobra da gente...então eu me sinto muito chateada por causa disso; teve um caso que aconteceu, passamos pra médica né, só que não deu, motivo particular dela né, não deu pra ela ir mas assim a gente é cobrado muito pelos paciente, entendeu... as vezes a gente fica chateado quando não consegue resolver as coisa, porque não depende da gente né, depende daqui de dentro.^D

... a dificuldade que eu tenho assim é a falta de apoio né. A gente sabe as vezes que muitas vezes as coisa é fácil de ser resolvido e chega aqui você não tem apoio nenhum... E aí conta aqui o problema e o problema fica, não sai, não tem solução, e as vezes é uma coisa tão simples basta apenas um telefone no lugar certo pra pessoa certa e é resolvido... aí você acaba ficando decepcionada mas a gente não tem muito apoio aqui dentro, tudo que você traz fica aqui não vai pra frente né, a gente fica até revoltada né... se a gente pudesse resolver...quando a gente promete pro paciente lá fora, ele não espera daqui de dentro, ele espera da gente, ele confia na gente e é duro uma pessoa que confia ne você, você não poder fazer nada né, ela espera de você...^U

O trabalho em equipe tem sido difundido como um método para o enfrentamento da crescente especialização verificada na saúde. Ele caracteriza-se

por ser uma maneira de trabalho coletivo na qual a comunicação entre os profissionais envolvidos é o ponto em comum, resultante da reciprocidade entre trabalho e interação. Através desta comunicação ocorre a interrelação das ações multiprofissionais e a cooperação¹⁷.

Desse modo, “no trabalho em equipe, a flexibilidade da divisão do trabalho convive com as especificidades de cada área profissional”. Essa flexibilidade configura a integralidade da equipe, na qual a comunicação entre os profissionais é o ponto em comum do trabalho. Quando o trabalho não é realizado em equipe, não há a sua apropriação pelos profissionais, muitas vezes impedidos em apresentar seu ponto de vista e de agir com espontaneidade, gerando insatisfação¹⁷.

A separação de tarefas no trabalho em equipe, no qual há uma subdivisão de responsabilidades entre os diversos profissionais, faz com que esses atores valorizem cada um seu núcleo de conhecimento específico, tendo dificuldade de considerar o trabalho em conjunto, com uma limitação do envolvimento do ACS nas ações a serem desenvolvidas¹⁸.

O trabalho do ACS é complexo, pois através das visitas domiciliares coloca-se a par das necessidades e queixas da população, comprometendo-se diretamente na resolução dessas demandas. Porém, o profissional defronta-se com a equipe de saúde da família e as dificuldades no trabalho em equipe, como as diferenças pessoais, falta de comunicação, de flexibilidade, o que acaba dificultando a resolução dos problemas e levando o ACS a sentir-se como o personagem mais fraco nas relações entre os profissionais da equipe⁴.

Em estudo realizado em Teresina, PI, observou-se uma ausência de integração entre os profissionais da equipe de saúde da família, evidenciando uma falta de responsabilidade da equipe pelos resultados de seu trabalho, resultante da desarticulação das ações¹⁹.

Em outro estudo, realizado em municípios do noroeste paulista, a falta de integração entre a equipe de saúde da família e o ACS foi apontada como uma das principais razões de sua insatisfação no trabalho, comprometendo sua atuação junto à comunidade³.

A precária comunicação no interior da equipe fica evidente através da fala do entrevistado, que exterioriza a frustração causada pela ausência de resolução dos problemas e relata a falta de entrosamento entre os profissionais.

... eu acho que a dificuldade é grande, que você já passou o problema só que ninguém resolve aí você fica frustrado, então acho que é essa dificuldade, você não consegue resolver o problema do paciente e muitas vezes a gente não consegue resolver, você passa o caso, mas o enfermeiro não resolve, o médico não resolve e se você fica cobrando você é intransigente, você é chata então eu acho que é essa a dificuldade maior, as pessoas não falam a mesma língua aqui nesse lugar.^N

O trabalho em equipe multiprofissional necessita de vínculo e integração entre os profissionais e as ações, não sendo suficiente apenas a participação em situações de trabalho e manutenção da cordialidade mútua, sendo imprescindível o compartilhamento dos núcleos de saberes e acima de tudo um comprometimento com a comunidade¹⁰.

As divergências existentes na equipe de saúde da família são características próprias da ESF e não devem ser entendidas como uma barreira à integração do ACS e sim como possibilidade de ampliação da universalização das ações no atendimento à comunidade, pois cada profissional da equipe tem a capacidade de analisar por completo as situações cotidianas e propor ações conjuntas²⁰.

Há o predomínio da fragmentação de tarefas no trabalho em equipe multiprofissional, ocorrendo uma divisão nas responsabilidades, revelando a falta de articulação e dificuldade da equipe em considerar o trabalho como um todo, evidenciando que cada profissional reconhece e valoriza seu núcleo de conhecimento específico. Percebe-se também uma forte hierarquia na equipe e a centralidade da figura do médico, com as falas do ACS silenciadas na coletividade e limitações em seu envolvimento nas ações¹⁸.

O ACS representa um mero trabalhador braçal para os demais membros da equipe e até mesmo para a gestão, pois não possui um núcleo específico de conhecimento, e por isso tem seu trabalho desvalorizado quando comparado ao dos outros profissionais, que de alguma forma expressam que o ACS “não tem uma capacidade cognitiva de operar o cuidado em saúde”. Há também poucos espaços de escuta e conversa na equipe, e nesses espaços o ACS não participa das decisões quanto à gestão do cuidado, sistematização e funcionamento dos serviços de saúde²¹.

Em Pirituba, S.P., também foi observada a frustração pela impossibilidade na resolução dos problemas, demonstrada na fala do profissional, tendo como

consequência uma desqualificação do trabalho do ACS e influências em sua saúde mental¹¹.

Outro tema exposto no discurso do ACS é a dificuldade em proporcionar ao paciente acesso aos demais níveis de atenção, desnudando as falhas e morosidade existentes no sistema de saúde.

... o único problema mesmo de dificuldade são os exames que as vezes o paciente pede o exame daí o exame demora pra sair porque não é só essa unidade que a secretaria abrange, então são todas de Bauru e as vezes até região, então é uns exames de alto custo, é ultrassom, exames assim as vezes demora, então daí os pacientes acaba ficando bravo com a gente... aí eles querem meter o pau na unidade, fala aí essa unidade é uma porcaria, que não presta, dá vontade de ir lá tacar fogo, aí qual que é o nosso papel como agente: falar não gente olha, então lá na unidade é demorado mesmo mas é por causa né do fluxo, é muitas pessoas que passa por lá, aí a gente tenta ir acalmando eles, até que eles se conscientizam...^B

... porque é complicado as vezes você tá com um problema na mão, você chega aqui, aí se você tiver aquela visão do paciente aí, eu vou lá a assistente social resolve tudo; eu chego aqui aí eu vou resolver, esse problema né, aí chega aqui, para, porque, porque não depende só de mim, não depende só da enfermeira, não depende só da assistente social, as vezes depende de outros órgãos e pra tá correndo atrás de outros órgãos é a morosidade é muito grande...^Z

...agora quando é um encaminhamento, que já encaminhou daqui do PSF, aí já não depende muito mais da gente, depende de uma vaga lá, então isso é difícil, é uma barreira...^K

A preservação da confiança da comunidade no ACS depende da resolução dos problemas por ela apontados, e isto é dificultado pela própria estruturação precária dos serviços de saúde e ineficiência da rede em atender às necessidades da população. A USF, além de não ter capacidade de atender a totalidade das demandas da comunidade, possui dificuldades em referenciar os pacientes para os níveis secundário e terciário de atenção. Essa desarmonização entre as demandas da população e a disponibilidade dos serviços levam o ACS a ter prejuízos na qualidade de seu trabalho, bem como nas relações pessoais¹¹.

As ações do ACS são conduzidas tendo como princípio um sistema de saúde resolutivo, onde atuam como interlocutores da comunidade e empenham-se em

resolver as demandas apresentadas, embora esbarrem em limites dentro da equipe e do próprio sistema de saúde, como dificuldades de acesso à atenção de maior complexidade, que comprometem a resolubilidade e fogem da governabilidade do ACS^{7,11}.

Há uma dificuldade das unidades de saúde em realizarem encaminhamentos aos níveis secundário e terciário da atenção. Esta dificuldade mostrou-se maior de acordo com a complexidade do problema. O fator decisivo para o sucesso e agilidade no encaminhamento dependeu das relações interpessoais de amizade entre os profissionais, não obedecendo a protocolos e fluxos pré-estabelecidos e interferindo também na contra-referência²².

Os usuários são incorporados aos serviços através do sistema de referência, porém não ocorre o seu retorno à unidade de origem, demonstrando falhas na contra-referência e a fragilidade do sistema de saúde. O sistema de referência e contra-referência necessita da estruturação de parcerias entre as instituições públicas e conveniadas, num trabalho co-participativo, estabelecendo uma rede progressiva de cuidado²³.

Um obstáculo para a resolubilidade das ações é a ausência de informações prestadas por outros campos relacionados à saúde sobre o funcionamento de seus serviços à ESF, demorando ou não resolvendo os problemas sob sua responsabilidade. Não há intersetorialidade, e com isso as equipes apresentam dificuldades para resolver suas demandas, pois dependem de outras áreas, ficando clara a necessidade da existência de ações intersetoriais normatizadas, interligadas e operantes, proporcionando eficiência nos serviços oferecidos aos usuários²⁴.

O objetivo da intersetorialidade deve ser o de reestruturar e unir vários saberes e setores, visando uma análise mais apropriada a determinada questão cotidiana e propondo a resposta mais adequada²⁵.

A profissão de ACS é organizada em meio a relações com o usuário, equipe de saúde e o próprio sistema, que podem provocar conflitos e sentimentos de ansiedade e até a sensação de incapacidade de ação²⁶. Em investigação para verificar a ocorrência da Síndrome de Burnout, esses profissionais apresentaram indícios característicos da doença, como esgotamento emocional, devido ao contato diário com a comunidade e suas mazelas, perda de autoestima e percepção prejudicada sobre sua competência profissional, levando-os a uma insatisfação com o próprio trabalho²⁶.

Os trabalhadores da ESF estão submetidos ao estresse, pois encarregam-se de várias atribuições e atuam em contato direto com a comunidade, salientando que a rede de apoio, as relações estabelecidas com os demais, o processo de trabalho e qualidade dos serviços são fatores desencadeantes do adoecimento desses profissionais, podendo se manifestar através da Síndrome de Burnout além de outras patologias²⁷.

Neste estudo, obtivemos depoimentos de vinte e seis ACS e efetuamos um recorte, destacando os discursos cujas narrativas mostraram-se com maior expressividade em relação às dificuldades encontradas no dia-a-dia, envolvendo a falta de integração entre a equipe e consequente falta de resolubilidade das ações.

Destacamos também que dentre todos os depoimentos obtidos, somente dois ACS mencionaram o Pró-Saúde incorporado ao seu rol de atividades, ressaltando a diversidade de ações e atribuições sob sua responsabilidade, sem, contudo, reconhecer a importância desse programa na formação de novos profissionais de saúde e sua participação como sujeito colaborador neste processo.

...tem bastante trabalho burocrático, nós ficamos na recepção também, fazemos grupos, é...também quando tem algumas reuniões, a gente também tem o Pró-Saúde, que a gente tem que sair daqui, se deslocar daqui, cursos no Senac, também; é assim...^F

...a gente participa, igual agora pouco mesmo eu tava participando do agendamento, o que vai surgindo, de repente surge alguma nova atividade, acompanhar estagiários, Pró-saúde, ou assim esses trabalhos que vem ser realizado aqui, a gente acompanha...^J

Uma importante atividade do ACS na ESF atualmente é sua participação na formação de alunos de graduação de cursos técnicos e superiores, ressaltando que, com os alunos, eles têm a oportunidade de aprender e atualizar seus conhecimentos. É construída uma relação de ajuda e intercâmbio, na qual o aluno aprende com o ACS práticas humanizadas de atenção à saúde, aliando à sua formação a preocupação com o compromisso social²⁸.

A participação do ACS é importante na formação do aluno, visto que ele contribui no desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde, revelando as necessidades da comunidade²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS é um profissional singular, que emerge da comunidade e constrói o vínculo com os serviços de saúde. Este vínculo muitas vezes transforma-se em motivo de angústia, pois o profissional tem percepção de suas limitações para a resolução das demandas encontradas e reconhece os entraves e dificuldades existentes no setor saúde.

Com isso, as relações do ACS com a população acabam arranhadas e sua credibilidade diminuída perante a comunidade, provocando sofrimento psíquico, além de revolta e frustração por não ter autonomia para resolver os problemas.

Além disso, executa diversas ações além de suas atribuições, resultando em sobrecarga e esgotamento, prejudicando a qualidade de seu trabalho. Há um excesso de atividades burocráticas e administrativas não relacionadas à função do ACS e que estão sob sua responsabilidade, diminuindo o tempo disponível para a realização de suas funções, como as visitas domiciliares, vigilância e educação em saúde.

Neste estudo, através das falas dos sujeitos, pode-se constatar a falta de comunicação entre a equipe e o ACS, bem como a ausência de apoio inclusive por parte da gestão, resultando em uma desarticulação de ações que revelam pouca responsabilidade conjunta em atingir os resultados esperados pela comunidade.

No trecho do discurso ... *se você fica cobrando você é intransigente, você é chata...* percebe-se a pouca valorização do trabalho e do próprio ACS pelos demais membros da equipe de saúde da família.

Os discursos revelam a falta de diálogo e entrosamento da equipe de trabalho, principalmente porque os profissionais “não falam a mesma língua”, preocupando-se com a execução de suas atribuições de acordo com seus conhecimentos de seu núcleo de competências.

Através dos depoimentos, os ACS reconhecem suas limitações e dificuldades para sua prática diária oriundas do próprio processo de trabalho na ESF e da estrutura ineficaz do sistema de saúde, através de um sistema de referência moroso.

Do total de entrevistados, apenas dois ACS mencionaram o Pró-Saúde, porém com uma conotação de ser apenas mais uma atribuição na sua repleta lista de tarefas, parecendo não compreender seu papel como potencial colaborador no

processo de formação de novos profissionais da área da saúde e a importância da integração entre os serviços e as instituições de ensino.

O ACS é um profissional de extrema importância pelas características particulares de sua profissão, que circula entre o assistencialismo, a educação, a saúde e o próprio ambiente onde vivem as famílias, trazendo para dentro da USF e para a equipe de saúde da família toda essa bagagem de informações.

Faz-se necessário, portanto, uma reformulação profunda nas práticas por parte da equipe e em especial da gestão em saúde, com base nos princípios do SUS e principalmente no princípio da integralidade, que norteia a ESF, para que ocorra um real entendimento do papel do ACS e sua valorização dentro da equipe de saúde da família.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de atenção básica - Programa de Saúde da Família. Brasília: 2000.
 2. Brasil. Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2006; 06 out.
 3. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Cien Saude Colet*, 2011; 16(Supl 1): 1023-1028.
 4. Peres CRFB, Caldas Junior AL, Silva RF, Marin MJS. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45 (4): 905-911.
 5. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cien Saude Colet*, 2013; 18 (7): 2147-2156.
 6. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet*, 2005; 10 (2): 347-355.
 7. Jorge MSB, Albuquerque KM, Pequeno LL, Assis MMA, Guimarães JMX. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no Programa de Saúde da Família. *Rev APS*, 2007; 10 (2): 128-136.
-

-
8. Gomes KO, Cotta, RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*, 2010; 20 (4): 1143-1164.
 9. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface*, 2013; 17 (46): 575-586.
 10. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Cien Saude Colet*, 2011; 16 (1): 231-240.
 11. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, 2009; 13 (28): 123-135.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2010*. Rio de Janeiro; 2010 [acesso 2012 Dez 13]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
 13. Bauru. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Bauru; 2009.
 14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 15. Macedo LC, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface*, 2008, 12 (26): 649-657.
 16. Pêcheaux M. Semântica e discurso. Campinas: Unicamp, 1988 apud Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
 17. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publ*, 2001; 35 (1): 103-109.
 18. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet*, 2010; 15 (Supl.1): 1509-1520.
 19. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. *Rev Saude Publ*, 2001; 35 (3): 303-311.
 20. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Cien Saude Colet*, 2011; 16 (Supl.1): 873-880.
 21. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saude Publ*, 2009; 25 (4): 896-906.
-

22. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev Esc Enf USP*, 1999; 33 (4): 323-333.
23. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Enferm*, 2010; 63 (4): 574-580.
24. Lodi DLP, Tagliari MH, Moretto EFS. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. *Boletim da Saúde*, 2003; 17 (2): 67-79.
25. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? *Interface*, 2004; 8 (15): 331-348.
26. Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude Soc*, 2009; 18 (3): 467-478.
27. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires DEP. Estresse e síndrome de Burnout entre trabalhadores da equipe de saúde da família. *Acta Paul Enferm*, 2010; 23 (5): 684-689.
28. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2004. [acesso 2014 06 Fev]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-25062004-121856/en.php>
29. Cyrino et al. Ensino e pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-saúde da FMB/Unesp. *Rev Bras Educ Medica*, 2012; 36 (1 Supl 1): 92-101.
-

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propiciou um olhar para a prática cotidiana dos profissionais da ESB e dos ACS das Unidades de Saúde da Família do município de Bauru, analisando suas percepções sobre seu trabalho na ESF.

Através dos discursos dos entrevistados, percebemos as diferentes opiniões dos trinta e quatro profissionais de três diferentes categorias, resultando em um recorte com olhares diversificados da realidade do serviço.

As questões do roteiro semiestruturado das entrevistas foram elaboradas de maneira que os entrevistados pudessem expressar livremente suas ideias, anseios, questionamentos, desabafos...

No total, foram registrados 307 minutos de depoimentos, os quais foram cuidadosamente ouvidos, transcritos e analisados, destacando-se os temas mais significativos e expressivos, que se transformaram no objeto de discussão deste estudo.

Foram várias visitas realizadas pela pesquisadora às USF escolhidas como cenários deste estudo, distinguindo as particularidades de cada uma delas quanto à área física, território onde estão inseridas, características da população assistida, e posteriormente visualizando isto retratado através dos discursos dos entrevistados.

A riqueza das declarações, especialmente dos depoimentos dos ACS, demonstrou a necessidade deste profissional em ser ouvido e compreendido. Relatos de dramas familiares, do sucesso ou fracasso em modificar os hábitos prejudiciais à saúde das famílias assistidas e até mesmo desabafos e críticas ao sistema de saúde, o excesso de burocracia e atividades extras impostas pelas chefias e o mau gerenciamento das unidades foram alguns temas explanados pelos profissionais.

A principal expectativa era quanto aos depoimentos relatando as percepções dos profissionais sobre o programa Pró-Saúde, as atividades realizadas, a integração com os alunos e docentes da IES e a importância da co-participação como formadores de novos profissionais com uma visão das práticas do SUS.

Contrariando as expectativas, apenas dois profissionais, agentes comunitários de saúde, mencionaram o Pró-Saúde em seus depoimentos, revelando ter

conhecimento da existência do programa, porém sem aprofundar seus comentários sobre o assunto, demonstrando que a integração ensino-serviço através do Pró-Saúde não conseguiu provocar impacto significativo no cotidiano das equipes na USF Santa Edwiges, escolhida como cenário de práticas.

Os conteúdos dos depoimentos dos cirurgiões-dentistas evidenciaram uma maior formalidade de discurso, com os relatos convergindo mais para os aspectos técnicos da própria profissão; já os ASB relataram histórias e vivências de seu contato diário com a comunidade. Isto nos levou a perceber a necessidade de uma formação profissional com olhar ampliado e diferenciado, tirando o foco da especialidade e centralizando no ser humano.

De acordo com a literatura pesquisada, verificamos semelhanças com as situações constatadas neste estudo, através das análises das falas dos sujeitos: práticas odontológicas dicotômicas, ausência de integração entre a equipe multiprofissional, falta de resolubilidade, falta de reconhecimento do trabalho do ACS, comunicação ineficiente entre a equipe e falhas na gestão.

As ESB demonstraram atuar apenas em seu núcleo de conhecimento especializado, reproduzindo o modelo hegemônico e de práticas odontológicas fragmentadas, onde a prevenção é focalizada em procedimentos coletivos direcionados aos escolares.

A integração profissional entre ESB e equipe de saúde da família revelou-se precária, demonstrando a dificuldade dos profissionais da área de saúde bucal em inserir-se numa equipe multiprofissional.

Foram verificados alguns avanços na compreensão dos determinantes sociais, relatados nos discursos sobre as visitas domiciliares, ressaltando que o enfoque continua sendo no diagnóstico e orientação de problemas bucais, evidenciando a limitada visão da ESB no que tange à territorialização e estabelecimento de compromissos, visando à responsabilização com o cuidado à saúde dos sujeitos e suas famílias.

Os depoimentos demonstraram a frustração e decepção do ACS com a falta de resolubilidade das demandas trazidas por ele da comunidade, percebendo as limitações de seu trabalho. Verificou-se também a falta de integração e deficiências de comunicação entre a equipe e o ACS, bem como uma desvalorização do seu trabalho em relação aos demais.

Outro aspecto constatado foi a ausência de apoio ao ACS também por parte da gestão, resultando numa desarticulação de ações e revelando pouca responsabilidade conjunta em atingir os resultados esperados pela comunidade.

Os gestores devem ter como prioridade a motivação dos profissionais da ESF, investindo na educação permanente, fortalecendo o campo de competências da equipe de saúde da família, possibilitando uma maior identidade com a comunidade assistida e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, jan./mar. 2004.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev Bras Educ Médica**, v. 32, n. 2, p. 356-362, 2008.
- ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, set. 2008.
- ALVÂNTARA, A.M.; VESCE, G.E.P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. [acesso 2013 Mar 18]. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/724_599.pdf
- ARAÚJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 19-25, jan./fev. 2004.
- BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago. 2005.
- BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório final da III Conferência Municipal de Saúde de Bauru. Bauru: [s.n.], 1999.
- BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde da Família – PSF 2002. Bauru: 2002.
- BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. Bauru: 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Dispõe do estabelecimento de incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dezembro 2000, Seção 1, p. 85, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica - Programa da Saúde da Família. Brasília: 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Dispõe sobre as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 de março de 2001, Seção 1, p. 67, 2001a.
-

BRASIL. Ministério da Educação. Homologação do Parecer nº1.300/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, favorável à

aprovação do Projeto de Resolução que institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Farmácia e Odontologia, conforme consta do Processo nº 23001.000318/2001-75. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 de dezembro de 2001, Seção1, p. 25, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF, 2004.16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 março, 2006a.

BRASIL. Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de outubro de 2006, Seção 1, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: 2007.86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso 2013 Dez 12]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [acesso 2013 Dez 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ago. 2001.

CAMPOS, F. E. et al. O SUS como escola: a responsabilidade social com a atenção à saúde da população e com a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p.513-514, out./dez. 2009.

CANADÁ. Minister of Supply and Services. A new perspective on the health of Canadians – a working document. Ottawa: [s.n.], 1974. [aceso 2011 Out 24]
Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e desafios da integração ensino-serviço. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 19-27, dez. 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO, UPF**, Passo Fundo, v. 12, n. 3, p. 18-23, set./dez. 2007.

CHAPPER, A.; GOLDANI, M.Z. A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares. **Rev Fac Odontol**, Porto Alegre, v. 45, n. 2, p. 3-5, dez. 2004.

COSTA, E.M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 461-478, nov./fev.,2012.

COSTA et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jul., 2013.

CRUZ, D.B. et al. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun. 2009.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, out./dez.1999.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. F. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 35-41, jan./fev. 2008.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1643-1652, jun., 2010.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr./jun., 2005.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**, Botucatu, v.15, n.39, p. 1053-1067, out./dez. 2011.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, jan., 2011.

GALAVOTE, H. S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, jul./set., 2013.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 301-314, abr./jun. 2010.

HOLANDA, A. L. F.; BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. **Ciênc saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1507-1512, set./out., 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)**. Brasília, 1998 [acesso 2013 Nov 1]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Rio de Janeiro; 2010 [acesso 2012 Dez 13]. Disponível em:
<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, n. 28, p.123-135, jan./mar., 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde – CADRHU", São Paulo, 2002. **Rev Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, jul./dez. 2003.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan./fev. 2004.

LUCAS, S.D. et al. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do Pró-saúde. **Rev Abeno**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-34, jan./jun. 2011.

MACEDO, L. C.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; MAZZA, V. A. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface**, Botucatu, v.12, n. 26, p. 649-657, jul./set., 2008.

MARASCO, A. M.; RUEDA, M. E. B. M. Projeto de ampliação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica no município de Bauru. Bauru: [s.n.], 2006.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

MORAIS, F.R.R. et al. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.31, n.3, p.442-449, set., 2010.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Rev Abeno**, São Paulo, v.4, n.1, p.17-21, 2004.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul./set. 2004.

OLIVEIRA, A.R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Rev Electr Enf** [Internet]; v.12, n. 1, p.28-36, 2010. [acesso 2013 Dez 04]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>

PÊCHEAUX, M. **Semântica e discurso**. Campinas: Unicamp, 1988 apud MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun., 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103- 109, fev., 2001.

PERES, C. R. F. B. et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, 2011.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006. 178 p.

PROPOSTA de reorientação da formação em odontologia e fonoaudiologia na Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo. Bauru: [s.n.], 2008.

SANTANA, J. C. B. et al. Agente comunitário de saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 645-652, out./dez., 2009.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2006.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, Supl 1, p.1023-1028, 2011.

SILVA, M.A.M. et al. O Pró-saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 707-717, jul./set. 2012.

SOARES, F. F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, jul. 2011.

SOUZA, D.S. et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. bras. odont. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 7-29, jan./jul. 2001.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, nov. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, lançado em 2005 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, tem como seu principal objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população.

No município de Bauru, o Pró-saúde teve o início de suas atividades em 2009, em uma parceria entre a Faculdade de Odontologia de Bauru – USP e a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru.

Buscando verificar a repercussão do programa entre os trabalhadores da saúde envolvidos e suas opiniões sobre o assunto, elaboramos esse projeto de pesquisa.

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Pró-saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru: análise do discurso”, de responsabilidade da pesquisadora Sylvia Helena Scombatti de Souza.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar as mudanças proporcionadas pela inserção do Pró-saúde nos serviços da Secretaria municipal de Saúde de Bauru, a partir da percepção dos trabalhadores (agentes comunitários de saúde, auxiliares em saúde bucal, cirurgiões-dentistas e profissionais do CEREST).

O método aplicado nesse trabalho será o da entrevista com roteiro semi-estruturado, no qual a pesquisadora irá abordar um tema específico e fará perguntas previamente preparadas para que o senhor (a) exponha suas idéias e pensamentos sobre o assunto. Todo o conteúdo das conversas será gravado em um mini-gravador de voz digital para posterior análise, sendo que em nenhum momento será revelada a identidade da pessoa entrevistada e não haverá nenhum custo para o senhor (a) ao participar dessa pesquisa.

A pesquisadora responsável, mestrande Sylvia Helena Scombatti de Souza, do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, coloca-se à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas antes e depois da realização deste estudo (Tel: 014-9703-7984) e se houver necessidade de alguma reclamação, contatar Maristela, secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da FOB -USP (Tel: 14-3235-8356).

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____

portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, devidamente explicadas pelo profissional em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor

APÊNDICE B

Roteiro semi-estruturado para entrevista dos Auxiliares em Saúde Bucal:

- 1- Comente sobre as pessoas do seu território, suas famílias, como elas vivem, as suas queixas.
 - 2- Comente como é o seu trabalho no dia-a-dia.
 - 3- Como você percebe a importância do seu trabalho para a saúde bucal das pessoas de seu território e suas famílias?
 - 4- Quais dificuldades você encontra para executar seu trabalho?
-

APÊNDICE C

Roteiro semi-estruturado para entrevista dos Cirurgiões-dentistas:

- 1- Comente sobre seu trabalho com a saúde bucal dos indivíduos, suas famílias e a comunidade de seu território.
 - 2- Como você percebe a importância de seu trabalho na atenção em saúde bucal para os indivíduos, suas famílias e a comunidade de seu território?
 - 3- Quais dificuldades você enfrenta na sua rotina de trabalho?
-

APÊNDICE D

Roteiro semi-estruturado para entrevista dos Agentes Comunitários de Saúde:

- 1- No seu dia-a-dia, como é o seu trabalho?
 - 2- Como seu trabalho contribui para melhorar a saúde das pessoas da sua micro-área e das suas famílias?
 - 3- Quais as suas dificuldades para a execução do seu trabalho?
-

APÊNDICE E

Comente sobre seu trabalho com a saúde bucal dos indivíduos, suas famílias e a comunidade de seu território.

Expressões –chave	Ideia Central	Ancoragem
<p>...e toda quarta feira a gente tem uma programação que é uma reunião geral mensal e três reuniões com a equipe mínima, que é onde reúne todos os profissionais pra discutir casos dos pacientes né, e não só os casos dos pacientes... a gente tenta integrar é...não só o profissional de odontologia, mas também o enfermeiro, médico, associando; por exemplo, a semana passada eu dei uma sobre hábitos de higiene gerais, então eu falei sobre a parte de higiene bucal, higiene oral e a enfermeira falou sobre a parte de verminose, piolho, então sobre esses hábitos...e na unidade também a gente tem as reuniões né, os grupos que são grupos de puericultura, os grupos de hipertensão, geralmente são feitos junto com os enfermeiros né, e a gente aborda temas diversos pra gente tentar orientar o paciente da melhor forma.^{CD 1}</p> <p>... trabalha com os grupos também aqui na unidade, as vezes fora nas campanhas de papanicolaou também a gente procura participar fazendo levantamento, exame bucal e orientação né pra diagnosticar alguma lesão e orientar também quanto ao tratamento necessário. Acho que é isso.^{CD 3}</p> <p>...fora isso a gente também faz os grupos que é pré-determinado pela enfermeira, então temos o grupo de hipertenso, diabético junto, e a gestante, puericultura, em que o dentista também é escalado pra fazer uma vez por mês nesses grupos também, pra fazer uma palestra, dar maiores informações e eu também participo uma vez por mês eu vou junto nas campanhas de papanicolaou, uso o equipo móvel, então lá toda mulher que faz o papanicolaou geralmente é fora do posto, daqui do Santa Edwirges, geralmente é na igreja, ou numa escola, é do bairro então toda mulher que faz passa por um exame clínico meu né e a gente faz a prevenção do câncer de boca também, assim como a prevenção o papanicolaou então a gente aproveita fazer a do câncer de boca junto com a enfermeira também.^{CD 4}</p>	<p>Integração Profissional</p> <p>Integração Profissional</p> <p>Integração Profissional</p>	<p>O encontro entre os profissionais se dá nos momentos em que ocorrem reuniões de equipe para discussão dos casos clínicos e reuniões programadas com grupos específicos.</p> <p>Os profissionais da ESB e da ESF têm uma atuação conjunta em atividades além do espaço físico da unidade, porém sem uma efetiva integração, onde cada categoria profissional desenvolve ações específicas no seu núcleo de conhecimento especializado.</p>

ANEXOS

ANEXO A

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru****Comitê de Ética em Pesquisa** **Processo nº 177/2011**

Bauru, 1 de dezembro de 2011.

Senhora Professora,

O projeto de pesquisa encaminhado a este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, denominado **"Pró-saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru: análise do discurso"**, de autoria de Sílvia Helena Scombatti de Souza Dekon, que será desenvolvido sob sua orientação, foi enviado ao relator para avaliação e apreciado em reunião realizada no dia **30 de novembro de 2011**.

O CEP-FOB/USP considerou o projeto APROVADO lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- que sejam encaminhados ao CEP-FOB/USP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais), conforme o cronograma apresentado;
- que sejam notificados ao CEP-FOB/USP, com a devida justificativa, qualquer modificação na metodologia e/ou título e a inclusão ou exclusão de autores;
- na apresentação do relatório final, incluir todos os TCLEs e/ou termos de doação de dentes devidamente assinados e rubricados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Flávio Augusto Cardoso de Faria
Coordenador

Profª Drª Nilce Emy Tomita

Docente do Departamento de Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-101 – C.P. 73

e-mail: cep@fob.usp.br – Fone/FAX (0xx14) 3235-8356

<http://www.fob.usp.br>

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fone: (014) 3235-1455 / Fax (014) 3235-1481

Email: saude@bauru.sp.gov.br

Bauru, 09 de novembro de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“Pró-saúde na perspectiva dos profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru: análise do discurso”** de autoria de Sylvia Helena Scombatti de Souza Dekon, sob orientação da Profª. Drª. Nilce Emy Tomita está autorizado a ser desenvolvido nesta instituição conforme proposto. Não obstante esta aprovação, enfatizamos a necessidade do referido projeto estar devidamente aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado junto à CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, antes do início da pesquisa.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

Drª Maria Lígia Gerdullo Pin
Presidente da Comissão de Ética
em Estudos e Pesquisas da SMS

Dr José Fernando Casquel Monti
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 - Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 - Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 - Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);

1.7 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para essa seção obedecendo preferencialmente às regras de **Comunicação Breve** (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.8 - Resenhas: resenha em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer

parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a

submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações

(fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema

SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO D

Introdução

Ciência & Saúde Coletiva publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios; na World Wide Web, como por exemplo, site:

<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou

<http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor (es).

Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

Debate: artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

Artigos temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

Artigos de temas livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os

textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.

No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista cienciaesaudecoletiva@fiocruz.br.

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos.

A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O resumo/abstract terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo.

A qualificação como autor deve pressupor:

a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo “documento em Word” o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor (es).
3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo.

Instruções para colaboradores

confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos

abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua todos os autores)

Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra

DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. Cien Saude Colet 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164:282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337. Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública;2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book;1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras. Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R.

Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993. 367

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Introduction

Ciência & Saúde Coletiva publishes debates

and unpublished analyses and research results on specific themes considered relevant to the Collective Health field, as well as articles with discussion and analysis on the state of the art in the overall field and its component areas, even when such articles do not focus on the specific issue's central theme.

The journal, published monthly, aims to tackle the field's challenges, seek its consolidation, and constantly keep pace with the trends of thought and practices in Collective Health, in dialogue with the contemporary Science and Technology agenda.

The journal C&SC adopts the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors. The Portuguese language version of which was published in *Rev Port Clin Geral* 1997, 14:159-174.

The original document in English is available on various websites in the World Wide Web, such as www.icmje.org; www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. It is recommended that authors read these requirements carefully.

Sections in the publication

Editorial: Responsibility of the Editors. This manuscript should be limited to a maximum 4.000 characters including spaces.

Debate: articles written at the Editors' invitation, focusing on the journal issue's central theme, and receiving signed criticism and comments from up to six experts (also guests), with a subsequent reply by the first author.

The article should be limited to a maximum of 40,000 characters, including spaces, while the reviews by the discussants and the author's reply should have a maximum of 10,000 characters each, also, with space.

Theme articles: critical review or the result of empirical, experimental, or conceptual research on the main topic in the theme issue. Research manuscripts should be limited to a maximum of 40,000 characters and review texts should have a maximum of 50,000 characters, both including spaces.

Free theme articles: not included in the theme issue's main content, but focused on research, analyses, and evaluations of a theoretical/ methodological or conceptual nature in the Collective Health field and component areas.

The maximum article size is the same as for theme articles.

Opinion: manuscript expressing an expert opinion by one or more authors, or interviews with experts on the topic under debate in the issue; limited to a maximum of 20,000 characters, including spaces.

Book reviews: critical analysis of a book related to the issue's thematic field, published during the two previous years, with a maximum of 10,000 characters. The authors should send a high-definition reproduction of the book's cover to the journal Secretariat.

Letters: critique of an article published in a previous issue of the journal or a short note critically describing emerging situations in the thematic field (maximum of 5,000 characters including spaces).

Note: The maximum number of characters includes spaces and both the body of the text and the references; the abstract and illustrations (figures and charts) are tabulated separately.

Submitting manuscripts

1. The originals may be written in Portuguese, Spanish, French, or English. Manuscripts in Portuguese or Spanish should have the title, abstract, and key words in both the original language and English. Manuscripts in French should have the title, abstract, and key words in both the original language and Portuguese.

Footnotes and endnotes will not be accepted under any circumstances.

2. Manuscripts should be double-spaced with Times New Roman font, size 12, 2.5 cm margins, in Word format and only submitted via www.cienciaesaudecoletiva.com.br according to the guidelines in the menu Artigos e

Avaliação. In doubt, contact the editor (cienciasaudecoletiva@fiocruz.br).

3. Articles submitted may not be reported in another publication or be submitted simultaneously to other journals. Any subsequent reporting of the article in another publication should have the explicit approval of the editors of both journals. The secondary publication should indicate the source of the original publication.

4. Ethical issues pertaining to publication of research on human subjects are the full responsibility of the authors and should comply with the principles contained in the Helsinki Declaration of the World Medical Association (1964, revised in 1975, 1983, 1989, 1989, 1996, and 2000).

5. Manuscripts should be submitted with the respective authorizations to reproduce previously published material, to use illustrations that may identify persons, and to transfer any necessary copyrights and/or rights on other documents.

6. The concepts and opinions expressed in the articles, as well as the exactness and origin of the citations, are the exclusive responsibility of the author(s).

7. Published articles will be the property of C&SC, and total or partial reproduction in any medium whether print or electronic, without prior authorization by the journal, is expressly prohibited.

8. Manuscripts are generally (but not necessarily) divided into sections with the titles Introduction, Methods, Results, and Discussion, and sometimes it is necessary to include subtitles in some sections. Section titles and subtitles should not be organized with consecutive numbering, but with graphic resources (capital letters, indentation, etc.).

9. The abstract, with a maximum of 1,400 characters with space (including the key words), should explain the object, objectives, methodology, theoretical approach, and results of the study or investigation. Immediately below the abstract the author(s) should list a maximum of six key words. We call attention to the importance of clarity and objectivity in drafting the abstract, which is expected to contribute to the reader's interest in the article, as well as the key words, which will aid in the article's multi-indexation.

Authorship

1. The persons (people) designated as authors should have participated in the elaboration of the article in such a way that they can take public responsibility for its content. Qualifying as an author presupposes: a) conception and design or data analysis and interpretation, b) drafting or critically revising the article, and c) final approval of the version to be published.

2. When submitting a manuscript, the individual contribution of each author should be specified in the article's elaboration (e.g., LM Fernandes worked in the design and final draft and CM Guimarães in the research and methodology).

Nomenclatures

1. The rules of biological nomenclature should be strictly observed, as should those of abbreviations and conventions adopted in specialized disciplines.

2. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.

3. The complete designation to which an abbreviation refers should accompany its first occurrence in the manuscript, except in the case of standard measurement units.

Illustrations

1. Illustrations in *Ciência & Saúde Coletiva* include tables (demonstrative elements such as numbers, measurements, percentages, etc.), charts (demonstrative elements with textual information), graphs (schematic demonstration of a fact and its variations), figures (schematic display of information by means of maps, diagrams, flowcharts, drawings, and photographs).

Note that the journal is printed in black and white only, and if illustrations are in color they will be transformed into gray tones.

2. The number of illustrations should not exceed five per article, except for systematization articles referring to specific areas of the thematic field, in which case there should be prior negotiation between the editor and author(s).

3. Illustrations should be numbered consecutively in Arabic numerals, with their respective legends and sources, and a brief title should be given to each. All the illustrations should be cited in the text.

4. Tables and charts should be prepared in the same program used in the article (Word 2003, 2007).

5. Graphs should be prepared in Corel Draw or Photoshop and should be sent in opened archive format.³⁶⁸

Instructions to authors

6. Figures (e. g. Maps) should be saved in (or exported to) CDR (Corel Draw) format. This format maintains the vector information, that is, maintain the maps' drawing lines. If it is impossible to save the figures in this format, the files may be sent in the TIFF or BMP formats, which are image formats and do not maintain their vector information, which jeopardizes the quality of the results. If the TIFF or BMP format is used, save at the highest resolution (300 DPI or greater) and in the largest size (longest side = 18cm). The same applies to photographic material. If it is not possible to send the illustrations in digital medium, the original material should be sent in good condition for reproduction.

Acknowledgments

1. When acknowledgments are made, they should come before the references (only in the Word file attached in the site).

2. The authors are responsible for obtaining written authorization from the persons named in the acknowledgments, since readers may infer that such persons subscribe to the data and conclusions.

3. Acknowledgements for technical support should be made in a separate paragraph from those for other types of contributions.

References

1. References should be numbered consecutively by the order in which they are cited in the text. Whenever a reference is by more than two authors, the text should cite only the name of the first author followed by the expression et al. In the References section, all authors should be cited.

2. References should be identified by superscript Arabic numerals, according to the following examples: ex. 1: Some researches have proposed that global climate change is likely to have an effect in the future on asthma¹¹...; ex. 2: Harold Blum's ⁴ description of a Jewish patient⁴.

References cited only in the charts and figures should be numbered beginning (starting) after the number of the last reference cited in the text.

3. Cited references should be listed at the end of the article in numerical order, according to the overall norms of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org>).

4. Names of journals should be abbreviated according to the style used by Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Names of persons, cities, and countries should be cited in the publication's original language. Examples of how to list references

Articles in periodicals

1. Standard article (all authors should be included) Lago LM, Martins JJ, Schneider

- DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.
2. Institution as author
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284.
3. Without indication of authorship
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. Issue as supplement
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9 Supl 1:71-84.
5. Indication of type of text, if necessary Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.
- Books and other monographs
6. Individual as author
Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
7. Organizer or compiler as author
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. Institution as author
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/ Ibama; 2001.
9. Book chapter
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. Abstract in congress proceedings
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. Complete papers published in scientific events Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.
12. Theses and dissertations
Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.
Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.
- Other published works
13. Newspaper article
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 31 jan. p. 12.
Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).
14. Audiovisual material
HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year

Book;1995.

15. Legal documents

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material in press or unpublished

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Electronic material

16. Article in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE –Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monograph in electronic format

CDI, Clinical Dermatology Illustrated [CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Computer program

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.