

MARIA DE LOURDES CARVALHO

**PERFIL E RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL
DA EQUIPE DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA (PSF) EM CIDADES DE PEQUENO PORTE**

**ARAÇATUBA – SP
2008**

MARIA DE LOURDES CARVALHO

**PERFIL E RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL
DA EQUIPE DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA (PSF) EM CIDADES DE PEQUENO PORTE**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista, do Campus de Araçatuba, para a obtenção do grau de “Doutor em Odontologia” – Área de concentração em Odontologia Preventiva e Social.

Orientador: Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri

**ARAÇATUBA – SP
2008**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

C331p Carvalho, Maria de Lourdes
Perfil e relação interprofissional da equipe de saúde do
Programa Saúde da Família (PSF) em cidades de pequeno porte /
Maria de Lourdes Carvalho. -- Araçatuba: [s.n.], 2008.
118 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade
de Odontologia, Araçatuba, 2008.
Orientador: Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri

1.Programa Saúde da Família. 2.Satisfação no emprego.
3. Agente Comunitário de Saúde. 4.Perfil profissional.
5.Relacionamento.

Black D5
CDD 617.6

DADOS CURRICULARES

MARIA DE LOURDES CARVALHO CRO – MG nº 7.177

Professora Titular da Área de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de Uberlândia por Concurso Público desde Dezembro de 1992.

NASCIMENTO: Em 14 de dezembro de 1953

LOCAL: Indianópolis – Minas Gerais.

FILIAÇÃO: José Alves de Carvalho e Sebastiana Resende de Carvalho

1. ENSINO FUNDAMENTAL:

1.1 Escolas Rurais da Macaúba e Córrego da Matinha, na Fazenda Campanha, Município de Itumbiara- Go

Série: 2 anos escolares

1.2 E.E. “Seis de Junho” em Uberlândia-MG

Série: 4ª Série Primária

Ano: 1967

1.2 Colégio Salesiano “Tereza Valsè Pantellini”

Local: Uberlândia - MG

Séries: 1º e 2º ano Ginásial

Ano: 1968 – 1969

1.3 Colégio Estadual “Dom Velloso”

Local: Itumbiara - Goiás

Séries: 3º e 4º ano Ginásial

Ano: 1970 – 1971

2. ENSINO MÉDIO

2.1 Colégio Estadual de Ituiutaba

Local: Ituiutaba – MG

Séries: 1º, 2º e 3º Colegial.

Ano: 1972 – Jun/1974

2.2 Colégio Anchieta

Local: Uberlândia – MG

Séries: 3º Colegial

Ano: Ago./1974 a Dez./1974

3 CONCURSO VESTIBULAR:

Opção : Curso de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

Local: Uberlândia – MG

Data: Janeiro de 1975

Classificação: 10º Lugar

4 ENSINO SUPERIOR

4.1 Curso: Odontologia

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Local: Uberlândia – MG

Data: Fev./1975 a Dez 1978

5 ESPECIALIDADES

5.1 Especialista em Odontologia Social

Instituição: Conselho Regional de Odontologia/MG

Registro: CRO livro 04, Fls. 108

Data: 22 de Abril de 1991

5.2 Especialista em Odontologia do Trabalho

Instituição: Conselho Regional de Odontologia/MG

Registro: CRO livro 14, Fls. 162v

Data: 12 de Janeiro de 2004.

6 MESTRADO EM ODONTOLOGIA

Área de Concentração: Odontologia Social

Instituição: Universidade Federal Fluminense - UFF

Local: Niterói - RJ

Créditos: 1980- 1981

Título da Dissertação:

“PREVISÃO DE TEMPOS OPERATÓRIOS, QUANTIDADES E CUSTOS DE MATERIAIS DE CONSUMO PARA UM PROGRAMA DE RESTAURAÇÕES DENTÁRIAS EM PRIMEIROS MOLARES PERMANENTES DE ESCOLARES DE PRIMEIRO GRAU, DA CIDADE DE UBERLÂNDIA – MG.”

Orientador: PROF. DR. VITORIANO TRUVIJO BIJELLA

Defesa: 20 de Junho de 1983

DEDICATÓRIA

Aos meus ancestrais, avós paternos Joaquim de Oliveira Carvalho e Lexina Alves de Miranda, maternos Eloy da Fonseca Menezes e Jovita Pereira de Resende, meus pais José Alves de Carvalho e Sebastiana Resende de Carvalho, que ensinaram seus dez filhos, com muito amor, oração e trabalho a seguir os seus caminhos, com VOCAÇÃO, tendo como intercessores, Nossa Senhora Aparecida, Santa Luzia e São João Maria Vianney, padroeiros da Capelinha da Macaúba, Fazenda Campanha, município de Inaciolândia, Goiás.

Aos meus nove irmãos, cunhados e sobrinhos que respeito cada um com os seus saberes e vivências...

Às minhas filhas que eu amo incondicional! Tatiana e Jéssica, amigas e companheiras de viagem, maiores incentivadoras na busca de um Sonho que um dia será o delas...

Ao meu amigo, companheiro e esposo Jonas, pela refinada percepção de mim. Abdicou-se da minha presença e foi um grande incentivador na busca deste objetivo - o Doutorado.

Aos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, seres humanos dignos e cidadãos...

Dedico esse trabalho...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS...

A Deus

Que caminhou por mim várias vezes, ou senão, o tempo todo!

**Pela presença constante em minha vida e que me faz acreditar sempre, que
“Tudo posso n’Aquele em quem eu confio!...”**

Obrigada Meu Deus!

Aos meus familiares

**Meu pai José, minha mãe Sebastiana,
Minhas filhas Tatiana e Jéssica, amigas solidárias,
Meu esposo Jonas Luiz, grande companheiro,
Meus nove irmãos: Marlene, Márcia,
Paulo Cezar, Luiz Antônio, Clever José,
Terezinha, Mário José,
Ângela Glória e Cristiane Raquel,
Os respectivos cunhados e cunhadas,
Minhas dezoito sobrinhas,
Meus oito sobrinhos e
Quatro sobrinhos netos,
Meus dois enteados,
Pelo apoio efetivo, afetivo,
o colo e a calma,
Coisa que só a FAMÍLIA sabe oferecer e partilhar...**

Muito Obrigado!

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Renato Moreira Arcieri, meu Orientador e amigo, pela mineiridade, serenidade e profissionalismo, pela palavra certa, firme e pela prontidão na orientação sempre segura e dedicada e, principalmente, porque confiou em mim.

Prof^a. Dr^a. Nemre Adas Saliba, Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista – FOA/UNESP, grande Guerreira do ensino, pesquisa e extensão na área de Odontologia Preventiva e Social e Ensino Odontológico Brasileiro, pela amizade de longos anos, por ter me permitido realizar o curso de Doutorado e por ter me cedido uma parte de seu projeto para a concretização desta tese. A Odontologia Brasileira e eu te agradecemos pela contribuição científica dada ao SUS e PSF na busca da cidadania do brasileiro.

Prof^a. Dr^a. Cléa Adas Saliba Garbin, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social por saber lidar com as pessoas sendo firme e respeitando-as na sua individualidade.

Prof^a. Dr^a. Suzely Adas Saliba Moimaz, professora e batalhadora pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, dedicada, grande conhecedora da área social e do ensino odontológico. Obrigado pela confiança, respeito e cordialidade depositados em mim.

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Marçal Mazza Sundefeld, pela realização do tratamento estatístico dos dados e por ter me apresentado formas simples de pesquisar, com tamanha relevância!

Francisco Inácio Pinheiro, Diogo Reatto, Valéria de Queiroz Zagatto e Marina Midori Sakamoto Kawagoe da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UNESP-Araçatuba, por cuidar do Pós Graduando com muito respeito e dedicação.

Ao Reitor Prof. Dr. Arquimedes Diógenes Ciloni da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), tem como vocAÇÃO zelar pela Instituição Pública, Gratuita e de Qualidade. Defensor do ensino, da pesquisa e da extensão, grande legado na formação acadêmica desta **Instituição** a qual me orgulho muito em ser parte dela.

CAPES/UFU pela concessão de Bolsa para cursar Doutorado na FOA/UNESP concedida no período de Março/2005 a Julho/2007.

Prof. Dr. Eduardo Nunes Guimarães Pró Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, pela atenção dispensada a mim e por ter me permitido realizar esta formação.

Prof. Dr José Francisco Ribeiro e Prof. Dr Marcos Além Diretores de Pós Graduação e de Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia /PROPP/UFU, por terem me concedido um tempo para qualificação profissional.

Prof. Dr. Alfredo Júlio Fernandes Neto, da Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO e Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - FOUFU, grande Mestre e batalhador da Odontologia Brasileira. Muito obrigado pela amizade.

Prof. Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé e ao Prof. Dra. Ana Maria Pires Soubhia, Diretor e Vice-Diretora da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista (FOA/UNESP), Campus de Araçatuba – SP.

Professores Dr. Orlando Saliba, Dr. Artênio José Iper Garbin, e Dr. Eliel Soares Orenha do Departamento de Odontologia Infantil e Social, pela dedicação constante e aprendizado.

Colegas do Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA/UNESP, em especial os da turma de 2005, meus amigos de sempre!

Compadres Regina Vitiritti e José Daniel, pelo apoio longe de casa.

Doutorandos Ms. Daniela Coêlho de Lima e Ms. Leandro Araújo Fernandes pelo carinho, amizade, receptividade e presteza no “cuidar” e o apoio incondicional na finalização da Tese.

Neusa Martins Rovina Antunes, Valderéz Freitas Rosa e Nilton César Souza da Odontologia Preventiva e Social/FOA/UNESP, pela amizade e atenção.

Prof. Dr. Rogério Moreira Arcieri, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Conselheiro do CRO-MG e Coordenador dos Cursos de Especialização em Saúde Coletiva e de Auxiliar de Consultório Dentário da ABO-Uberlândia, pelo quão sábio, ético, pesquisador da Odontologia Preventiva e Social, sempre socializando seu conhecimento na Odontologia.

Prof^a. Dr^a. Regina Maria Tolesano Loureiro, Coordenadora da Área de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - AOPS/FOUFU, pelo longo tempo de trabalho na Área Social e Preventiva e constante luta para o reconhecimento da Odontologia Preventiva e Social como um valor na formação do Cirurgião Dentista.

Prof^a. Dr^a. Rosana Ono, da Área de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - AOPS/FOUFU, minha ex-aluna, colega de trabalho dedicada e amiga que acreditou na área social e hoje, defende esta bandeira.

Professores da Área de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - AOPS/FOUFU, pela convivência e por ter assumido as minhas tarefas na minha ausência. Muito Obrigado!

Ana Cláudia Martins Grieger Manzatti Ana Paula Rimole de Oliveira, Cláudio Hideo Matsutmo, Cláudio Maciel Jr., Ivani Rosa de Lima Queiroz, Izamar da Silva Freitas, Luzia Anderlini, Maria Cláudia de Castro Benez, Bibliotecários da Faculdade de Odontologia da UNESP Araçatuba, pela presteza e carinho no atendimento aos pós-graduandos e pela correção e normalização da Tese. Muito obrigado pelo trabalho de vocês!

Gestores de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, pequenos municípios do Noroeste do estado de São Paulo, que foram grandes parceiros na construção de cada passo deste trabalho. O meu muito obrigado!

Equipes de Saúde da Família do PSF dos cinco municípios da região noroeste do estado de São Paulo-SP que contribuíram com esse estudo, na busca da dignidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A todos que contribuíram de forma negativa ou positiva, pois, de qualquer forma, contribuíram com o meu crescimento de vida e científico.

Aos que foram elevados para uma dimensão superior durante o meu Doutorado e tornaram-se meus Anjos:

Dr. Sebastião dos Santos, meu grande cunhado! Engenheiro Elétrico e de Vida, exemplo de humildade, ética, sabedoria e profissionalismo.

Vovó Luiza e Minha Sogra Maria Luiza Martins, obrigado pelo amor, carinho e cuidado durante a intensidade de tempo em minha vida e também pelos ensinamentos!

Muito Obrigado!

“Muitos problemas das famílias contemporâneas, sobretudo nas sociedades economicamente evoluídas derivam do fato de ser cada vez mais difícil comunicar. Não conseguem estar juntos, e os raros momentos para isso, acabam, infelizmente, absorvidos pelas imagens de uma televisão.”

“A melhor herança que se pode dar às futuras gerações é a transmissão dos valores superiores do espírito.”

Não se trata apenas de salvar alguns deles, mas, de favorecer uma educação ética e cívica que ajude a assumir novos valores, a reconstruir o próprio caráter e a alma social sobre a base de uma educação para a liberdade, a justiça social e a responsabilidade...”

“Por conseguinte, fomentai tudo que favoreça a santidade, a unidade e a estabilidade da FAMÍLIA.”

João Paulo II, 1998.

CARVALHO, M.L. Perfil e relação interprofissional da equipe de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) em cidades de pequeno porte. 2008: 118 f. il. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2008.

Resumo

A estratégia do Programa Saúde da Família – PSF veio para consolidar as ações de saúde oferecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS e merece uma avaliação constante pela comunidade científica. Este estudo foi constituído de três capítulos com os seguintes objetivos: conhecer o perfil de oito equipes do PSF e cinco equipes de saúde bucal de cinco municípios de pequeno porte da região Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil; identificar a intensidade do relacionamento entre a equipe, o interesse, a satisfação e a motivação dos profissionais do PSF bem como conhecer o perfil e a realidade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista utilizando-se um questionário semi-estruturado e a tabulação foi realizada no Programa EPI-INFO 2000 versão 6.04. Como resultado, as equipes do PSF eram constituídas de pessoas jovens (entre 18 e 29 anos), com alta rotatividade de seus membros (menos de um ano de trabalho) e residentes no município onde trabalhavam e todos os profissionais apresentaram dificuldades no relacionamento com seus pares na equipe do PSF. A falta de experiência, integração e motivação dos membros das equipes comprometiam as suas ações na comunidade. Os ACS, elo entre os usuários e o SUS, manifestaram o desejo de serem mais valorizados pelo gestor. Frente à importância deste Programa, ficou constatado a necessidade em fortalecer, de fato, as relações entre os membros desta equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Perfil profissional. Satisfação no emprego. Agente Comunitário de Saúde. Relacionamento.

CARVALHO, M.L. Profile and interprofessional relationship of the team of health of the Família Health Program (FHP) in cities of small load. 2008:118 p. il. Thesis (Doctor) - College of Dentistry, São Paulo State University, Araçatuba, 2008.

ABSTRACT

The strategy the Family Health Program - FHP came to consolidate the actions of health offered for the Only System of Health - SUS and deserves a constant evaluation for the scientific community. This study, consisting of three chapters, it had the following objectives: to know the profile of eight teams of the PSF and five teams of buccal health of five cities of small transport of the region the northwest of the State of São Paulo, Brazil; to identify the intensity of relationship between team as well as the interest, the satisfaction and the motivation of the professionals of the PSF; to know the profile and the reality of work of the Communitarian Agents of Health. The collection of data was carried through using a half-structuralized questionnaire. The data was carried through in EPI-INFO 2000 Program version 6.04. As result, the teams of the PSF were constituted of young people (between 18 and 29 years), with high rotation of its members (less of one year of work) and residents in the city where it worked; all the professionals had presented difficulties in the relationship with its pairs in the team of the FHP. The lack of experience, integration and motivation of the members of the teams compromised its actions in the community. The ACS, link between the users and the SUS more demonstrated the desire of being valued by the manager. Front to the importance of this Program, was demonstrated the necessity to fortify the relations, in fact, it enters the members of this team to multidiscipline.

Key words: Program Health of the Family. Professional profile. Satisfaction in the job. Communitarian agent of Health. Relationship.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1

- Figura 1.** Distribuição percentual dos profissionais do PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 34
- Figura 2.** Distribuição percentual segundo o gênero dos profissionais do PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 35
- Figura 3.** Distribuição percentual segundo a faixa etária dos profissionais que atuam no PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 36
- Figura 4.** Distribuição percentual segundo a escolaridade da equipe de profissionais que trabalham no PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 37
- Figura 5.** Distribuição percentual segundo a especialidade dos médicos, dentistas e enfermeiros do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 38

- Figura 7.** Distribuição percentual segundo se sentem seguros ou não para atuarem na equipe do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 41
- Figura 8.** Distribuição percentual dos profissionais do PSF segundo a relação da insegurança e a não capacitação introdutória para atuar no Programa de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 42
- Figura 9.** Distribuição percentual dos profissionais que residem ou não nos municípios em que trabalham no PSF. Araçatuba-SP, Brasil, 2008. 43
- Figura 10 -** Distribuição percentual dos profissionais segundo o tempo de residência nos municípios antes de atuarem no PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba - SP, 2008. 44
- Figura 11 -** Distribuição percentual dos profissionais segundo o tempo de trabalho nas equipes de PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba - SP, 2008. 44
- Figura 12 -** Distribuição percentual dos membros da equipe que estavam ou não satisfeitos com o PSF de sua cidade: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba - SP, 2008. 45
- Figura 13 -** Distribuição percentual dos membros da equipe por grau de escolaridade, segundo se está satisfeito com a atuação do PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba - SP, 2008. 46

Figura 14 - Distribuição percentual dos profissionais segundo o tipo de satisfação obtida pelo seu trabalho no PSF das equipes de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba - SP, 2008. 47

Figura 15. Distribuição percentual dos profissionais segundo a forma de contratação para o PSF municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 48

Figura 16. Distribuição percentual dos profissionais segundo a frequência das visitas domiciliares de rotina realizada pela equipe do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 49

Figura 17. Distribuição percentual dos profissionais quanto ao conhecimento dos integrantes da comunidade da área de abrangência do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008. 50

LISTA DE GRÁFICOS

CAPÍTULO 2

- Gráfico 1** – Distribuição percentual dos profissionais do PSF, por categoria, segundo a renda média mensal. São Paulo - SP, 2008. 69
- Gráfico 2** - Distribuição percentual dos profissionais do PSF, segundo o motivo que os levou a atuar no programa. São Paulo - SP, 2008. 70
- Gráfico 3** - Distribuição percentual dos integrantes das equipes do PSF por categoria profissional, segundo a satisfação em atuar no programa. São Paulo - SP, 2008. 72

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1

Tabela 1 - Populações residentes nos municípios estudados, ano de implantação do programa, número de profissionais, de Equipe de PSF e de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte da região noroeste do Estado de São Paulo. Araçatuba - SP, 2008. 33

CAPÍTULO 2

Tabela 1 - Distribuição percentual dos profissionais do PSF, segundo a categoria de trabalho. São Paulo - SP, 2008. 68

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais do PSF, segundo a renda e o grau de satisfação. Araçatuba - SP, 2008. 71

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO 1

Quadro 1: Intensidade da relação interprofissional dos membros do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, região Noroeste do Estado de São Paulo, 2008.

51

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOPS	Área de Odontologia Preventiva e Social
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD	Cirurgião-dentista
CRO	Conselho Regional de Odontologia Brasileira de Odontologia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FOUFU	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

	Resumo	14
	Abstract	15
1	Introdução	23
2	Capítulo 1 – Perfil e relação interprofissional da equipe de saúde no Programa de Saúde da Família - PSF	25
2.1	Resumo	25
2.2	Abstract	26
2.3	Introdução	27
2.4	Metodologia	31
2.5	Resultados e Discussão	33
2.6	Conclusão	55
2.7	Referências	56
3	Capítulo 2 – Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do PSF no Noroeste paulista	61
3.1	Resumo	61
3.2	Abstract	62
3.3	Resumen	62
3.4	Introdução	63
3.5	Materiais e Métodos	66
3.6	Resultados	68
3.6.1	Perfil socioeconômico	68
3.6.2	Inserção e satisfação no Programa Saúde da Família	69
3.6.3	Percepção de satisfação profissional com relação à inserção no PSF	72
3.7	Discussão	75
3.8	Considerações Finais	79
3.9	Referências	80
4	Capítulo 3 - Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do programa saúde da família?	82
4.1	Resumo	82
4.2	Abstract	82
4.3	Introdução	83
4.4	Metodologia	85
4.5	Resultados e Discussão	87
4.5.1	Universidade X Comunidade	87
4.5.2	Perfil dos ACD (Dados sócio-demográficos e sócio-econômicos)	88
4.5.3	Realidade de trabalho dos ACS	89
4.6	Considerações finais	94
4.7	Colaboradores	94
4.8	Referências	95
5.	Conclusão	97
	Anexos	99

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde aponta para uma atenção integral e acessível, devendo contar com profissionais capazes de trabalhar com a maioria das necessidades de saúde do indivíduo, desenvolvendo com ele uma relação sustentada e participativa, sempre o contextualizando na família e na comunidade.

A proposta "Saúde da Família", estratégia político-governamental para a mudança do modelo de assistência à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde, aponta para modificações importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços, nas práticas assistenciais no plano local e no processo de descentralização; suscita discussão uma vez que é marcada por diferentes orientações políticas e ideológicas. Desta forma, novas competências são exigidas desse trabalhador, valorizando os sistemas de produção integrados e indicando necessidades de manter os profissionais em suas respectivas atividades.

Considerando que, para desenvolver as atribuições determinantes do processo saúde/doença, que valorize a qualidade de vida, num contexto de trabalho da equipe de saúde da família, é necessário que os profissionais desenvolvam competências, que os farão adquirir um perfil específico para o melhor desempenho de suas funções, tanto numa abordagem coletiva, como numa individual. Portanto, este estudo tem como objetivo inicial conhecer o perfil de todos os profissionais que integram a equipe do PSF para verificar as suas potencialidades e limitações e em seguida traçar diretriz na busca da reorganização do trabalho, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Observa-se uma grande diversidade de situações relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, seja em relação ao perfil dos profissionais, mecanismo de contratação, modalidades de seleção e processos de capacitação, com impacto diverso na configuração do programa, na rotatividade dos profissionais, na integralidade, na resolutividade e qualidade das ações e na formação de vínculos com a comunidade. A remuneração diferenciada dos profissionais mais capacitados constitui forte atrativo ao PSF, embora nem sempre garanta a fixação do profissional a ele, pois, em decorrência das diretrizes/normas das propostas, da insatisfação com as condições de trabalho, deficiências no processo de capacitação: educação descontínua e infra-estrutura deficitária levam a uma alta rotatividade desses profissionais. Sendo assim, este estudo procurou identificar questões relacionadas ao interesse, satisfação e motivação de profissionais que integram equipes do Programa Saúde da Família e apontar a importância desses fatores para o exercício da gestão em Saúde Pública no Brasil.

Como o Programa de Saúde da Família (PSF) é apontado como um eixo de reorientação da atenção básica no Brasil, devendo contribuir para a implementação de um novo modelo assistencial no país, norteado pelo paradigma da promoção da saúde a induzir mudanças no processo de trabalho dos profissionais e de modificar o modelo de atenção, o agente comunitário de saúde tem um papel importante na equipe. O ACS proporciona a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, permite o fortalecimento do vínculo com a família e possui um papel relevante no contexto dentro da equipe. Sendo assim, é importante conhecer o perfil e a realidade de trabalho desses profissionais que contribuirão com a consolidação do SUS.

2 CAPÍTULO 1

PERFIL E RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF*

PROFILE AND PROFESSIONAL RELATIONSHIP IN FAMILY HEALTH PROGRAM TEAMS – FHP

2.1 Resumo

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e tem merecido maior atenção da sociedade nas últimas décadas, em virtude da sua importância para a qualidade de vida dos indivíduos. Verificou-se o perfil e a relação interprofissional das equipes do Programa de Saúde da Família – PSF. Fez parte desta pesquisa, oito equipes do PSF e cinco equipes de saúde bucal (ESB) de cinco municípios de pequeno porte da região Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. O estudo foi quanti-qualitativo e os dados foram obtidos por meio de entrevistas com o auxílio de um roteiro semi-estruturado para registros. Verificou-se que os membros das equipes estudadas eram jovens (de 18 e 29 anos), com menos de um ano de trabalho no PSF e a maioria morava no município onde trabalhava; os médicos e equipe de saúde bucal não relacionavam com os demais membros da equipe do PSF, bem como a facilidade das enfermeiras de relacionar com os demais membros da equipe de saúde da família. Constatou-se nos resultados, a dificuldade dos profissionais em relacionar-se na Equipe do PSF. Há a necessidade de capacitar as equipes para que sejam, de fato, multiprofissional.

Palavras-Chave: Perfil profissional. Programa Saúde da Família. Equipe multiprofissional. Saúde. Relacionamento. Trabalho. Assistência.

* Normalização segundo a Revista Bioscience Journal. (Anexo 4)

2.2 ABSTRACT

PROFILE AND PROFESSIONAL RELATIONSHIP IN FAMILY HEALTH PROGRAM TEAMS – FHP

The work in health is essential for the life human being and has deserved bigger attention of the society in the last few decades, in virtue of its importance for the quality of life of the individuals. One verified the profile and the interprofessional relation of the teams of the Family Health Program - PSF. It was part of this research, eight teams of the FHP and five of oral health teams (OHT) of five cities of small transport of the region the Northwest of the State of São Paulo, Brazil. The study he was quanti-qualitative and the data had been gotten by means of interviews with the aid of a script half-structuralized for registers. It was verified that the members of the studied teams were young (of 18 and 29 years), with less of one year of work in the FHP and the majority liveed in the city where it worked; the doctors and oral health team did not relate with the too much members of the team of the FHP, as well as the easiness of the nurses to relate with the too much members of the team of health of the family. He evidenced himself in the results, the difficulty of the professionals in becoming related in the Team of the FHP. It has the necessity to enable the teams so that they are, in fact, multiprofessional.

Key words: Profile professional. Family Health Program. Multi professional team. Health. Relationship. Job. Assistance.

2.3 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) instituído em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) objetiva fornecer suporte para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como reorganizar a prática assistencial de forma diferenciada. Segundo Guimarães (2004), a intenção do MS era criar um programa preventivo que fosse capaz de substituir o modelo tradicional de Saúde no Brasil, que sempre foi direcionado pela prática curativista. De acordo com Wagner et al. (1999), o PSF tem como estratégia o atendimento centrado na pessoa e em sua estrutura social - família e comunidade.

Os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família, tais como o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem; prestação de atenção integral; humanização das práticas de saúde; participação comunitária são partes de uma estratégia primordial que induziria a mudança tanto pela interferência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho, buscando introduzir a lógica da efetividade com relação às formas de remuneração, bem como o manejo racional de tecnologia (CORDEIRO, 1996).

O PSF representa a primeira tentativa significativa de reformulação, em escala nacional do modelo de atenção primária à saúde. Mostra que não é apenas uma nova proposta de atenção seletiva à saúde, que se além à abordagem de problemas delimitados além de que o futuro de um programa recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos e na sua operacionalização (VASCONCELOS, 1999).

Este Programa foi inspirado nas experiências de outros países, dentre eles Cuba e Inglaterra, que, mediante a implantação de programas semelhantes, conseguiram alcançar níveis ótimos em qualidade e promoção de saúde. Inicialmente, a equipe deste programa foi composta por um médico, uma enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Somente no ano de 2000 o MS decidiu inserir a saúde bucal no PSF em função da ampla necessidade da atenção odontológica da população. Coube a essa equipe multidisciplinar se responsabilizar por determinadas famílias na área de abrangência de seu município (VIEIRA et al., 2004).

A saúde da família como estratégia de organização da atenção primária visa criar no primeiro nível do sistema centros de saúde no qual a equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde das famílias e da comunidade de forma contínua personalizada e ativa. Assim, enfatiza a promoção e a prevenção dos problemas relacionados à saúde, sem se descuidar do aspecto curativo reabilitador, com alta resolutividade, baixos custos diretos e indiretos privilegiando a intersetorialidade.

De acordo com Vieira et al. (2004), o modelo assistencial adotado no PSF não tem produzido os resultados esperados em função da forma de como o trabalho é articulado nas equipes. Esta situação tem colocado obstáculos à integração dos profissionais, bem como o planejamento de ações de forma mais integral e resolutiva.

A falta de respostas às necessidades sociais se relaciona às inovações tecnológicas ocorridas a partir da segunda metade do Século XX, com a revolução na prática médica de graduação e pós-graduação onde se tornou sofisticada, fragmentada, hospitalocêntrica e sua organização voltada às altas especialidades. Ressalta ainda que, tal perfil profissional gera distorção no ensino, no serviço e no SUS, além de resultar em baixos salários. É prioritário

reverter este quadro, pois privilegia a categoria médica frente às demais profissões de saúde e a população (AMORETTI, 2005).

Segundo Manfredini (2004) e Amoretti (2005), qualquer programa de saúde que visa alcançar sucesso e atingir seus objetivos deve se preocupar em formar uma equipe multiprofissional, onde todos possam colaborar com o planejamento, implementação e avaliação das ações na área de saúde.

O agravamento dos problemas sociais e a pobreza geram problemas de gestão e educação para o SUS o qual vêm se acumulando ao longo do tempo. Portanto, a sensibilização dos futuros profissionais da saúde se torna urgente para a compreensão do papel deste Sistema como o principal espaço de mercado de trabalho nos dias de hoje (UNIFESP, 2004).

As lideranças da saúde mundial realizaram debates durante o 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso de Saúde Pública, em Agosto de 2006. Neste encontro, foi discutida a globalização e suas conseqüências em relação ao aumento da desigualdade social que leva à pobreza e à exclusão social e, como conseqüência, a deterioração da saúde. Ressalta ainda a importância do fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde pública (ABRASCO, 2006).

Geralmente os resultados de capacitações desarticuladas e fragmentadas não refletem no SUS, pois não se ensina aprender a trabalhar em equipe, além dos docentes, preceptores, tutores e orientadores dos serviços de saúde ter uma baixa capacitação pedagógica (UNIFESP, 2004).

Nesse sentido, parte-se do pressuposto que o PSF tem um papel a cumprir e cada um dos integrantes da equipe deve desempenhar suas funções no programa em busca da cidadania.

Para exercer bem as suas funções e, conseqüentemente, promover uma boa atenção para as famílias abrangidas pelo PSF, é necessário que a equipe também tenha como foco o desenvolvimento das relações interprofissionais (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Diante do exposto, é preciso conhecer o perfil de todos os profissionais que integram a equipe do PSF para avaliar as suas potencialidades e limitações. Em seguida, traçar diretrizes na busca da reorganização do trabalho, conforme é preconizado pelo MS Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), uma vez que esses assuntos não são muito explorados nas pesquisas em saúde coletiva.

Sendo o trabalho interequipe um dos principais pilares do PSF, torna-se necessário a realização de estudos para oferecer subsídios à comunidade científica visando conhecer e reorientar a capacitação dos profissionais de saúde bem como propiciar experiência para a formação acadêmica na busca de interação entre Comunidade, Universidade e Serviço (ARAÚJO; ROCHA, 2007) para que a saúde da família possa instituir em sua prática outro paradigma da produção social da saúde (MENDES, 1996).

Este estudo teve como objetivo, analisar a equipe do PSF de municípios de pequeno porte em relação ao perfil dos profissionais que atuam no programa, a existência de interação entre os membros das equipes e a necessidade de orientar a capacitação desses profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar.

2.4 METODOLOGIA

Este estudo é parte de um Programa da Pós Graduação em Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de São Paulo – FOA/UNESP, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo-FAPESP/NEPESCO/FOA/UNESP*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Processo FOA/UNESP/02187/2005 (ANEXO 1).

Fizeram parte do estudo oito equipes de PSF e cinco equipes de saúde bucal (ESB), totalizando 78 profissionais dentre os quais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde (ACS) das cidades de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, considerados municípios de pequeno porte da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil.

O estudo foi quanti-qualitativo e as técnicas de pesquisa utilizadas foram o grupo focal (MINAYO, 1993) e a entrevista utilizando-se um questionário semi-estruturado constituído de perguntas abertas e fechadas (ANEXO 3).

Os entrevistados foram esclarecidos acerca do objetivo e da importância deste estudo para quem atuam no PSF. Após os esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) com observância na Resolução CNS/MS 196/96 (BRASIL, 1996).

* Projeto “Saúde Bucal da População: Desenvolvimento de Metodologia para a implementação da atenção odontológica no PSF”, FAPESP/NEPESCO/FOA/UNESP.

Um estudo piloto foi realizado para o ajuste e validação do instrumento, bem como a capacitação dos pesquisadores para uma correta obtenção dos dados.

Foram analisadas as variáveis: dados sócio-demográficos (gênero, idade, local de nascimento, residência e trabalho); sócio-econômicos (escolaridade, tempo de formado, renda pessoal e familiar) e dados sobre a relação profissional da equipe do PSF (ANEXO 3).

Quanto ao relacionamento interprofissional da equipe do PSF, cada profissional atribuiu uma pontuação de um a quatro ao outro profissional da equipe sendo que a nota um representa o melhor relacionamento e a nota quatro, o pior relacionamento entre os membros da equipe do PSF.

As entrevistas com abordagem qualitativa para análise foram coletadas dentro dos princípios de entrevistas semi-estruturadas (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1993), o qual buscou estabelecer algumas articulações entre dados e referenciais teóricos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

A apuração dos dados foi realizada por meio da análise estatística descritiva com representação em porcentagem. Para tanto, utilizou-se do programa EPI-INFO 2000 versão 6.04 para o processamento dos dados (CDC, 2000).

2.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os municípios participantes deste estudo são considerados de pequeno porte (< 10.000 habitantes) segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) e as equipes de PSF destas regiões foram implantadas em momentos diferentes. O Programa de Saúde Bucal nos municípios de Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí foram implantadas no ano de 2002, antes mesmo da existência da Portaria do Ministério da Saúde que implantou a Equipe de Saúde Bucal (ESB) em 2004. Os municípios de Bilac e Clementina a implantação se deu em 2004. Observou-se que as ESB desenvolvem os trabalhos odontológicos de forma tradicional, com ênfase na ação curativa e de livre demanda. Estão localizadas em áreas fora da sede das Equipes do PSF estando, portanto, isolados das ações das equipes (Tabela 1).

Tabela 1 Populações residentes nos municípios estudados, ano de implantação do programa, número de profissionais, de Equipe de PSF e de Saúde Bucal dos municípios de pequeno porte da região noroeste do Estado de São Paulo. Araçatuba-SP, 2008.

Cidade	Pop. Residente	Ano Implantação PSF	Nº Profis. PSF	Nº Equipes PSF	ESB		
					Ano Implant	N	Tipo*
Bilac	6.552	2000	07	01	2004	01	I
Clementina	5.789	2000	19	02	2004	01	I
Gabriel Monteiro	2.914	1998	12	01	2002	01	I
Piacatu	4.689	1998	22	02	2002	01	I
Santópolis Do Aguapeí	3.795	1998	18	02	2002	01	I

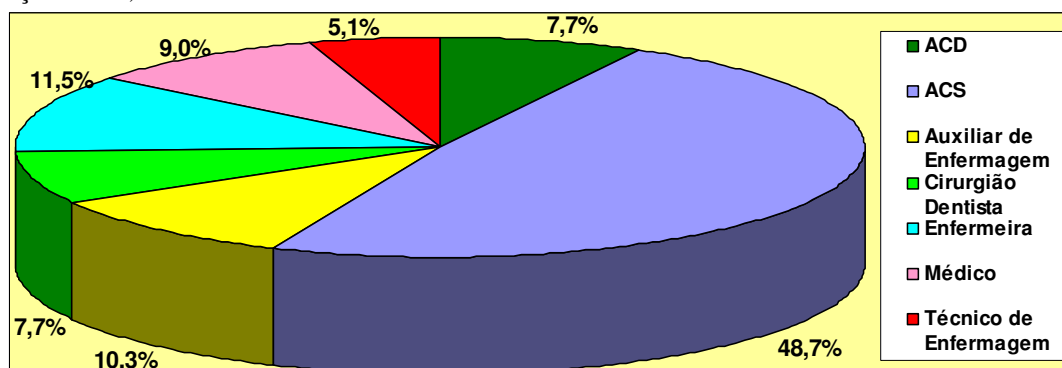
FONTE: IBGE, 2006; Banco de dados FOA/UNESP, 2007. *Constituída de um CD e um ACD.

A Figura 1 ilustra o percentual do universo de profissionais entrevistados, sendo que em sua maioria foi constituída de ACS, perfazendo 48,7% da população estudada. Esse

resultado já era esperado, visto que as equipes de PSF são constituídas de um médico, uma enfermeira e de quatro a cinco ACS, como é preconizado pelo Ministério da Saúde - MS, (BRASIL, 2006). Cabe salientar que, em um dos municípios estudados, as ACS estavam em desvio de função naquele momento, portanto, no tempo em que foram levantados os dados do estudo, as ACS não estavam realizando as visitas domiciliares. Os médicos do PSF afirmaram estar sobrecarregados de consultas na UBS devido à ausência desses profissionais na equipe. Este fato deixou bem claro a importância da ACS para a equipe e para o programa.

Os CD e ACD perfizeram um menor número de profissionais com 7,7% da amostra. Este resultado pode estar associado ao fato de que as equipes de Saúde Bucal não estão incluídas em todas as equipes de PSF (BRASIL, 2006). A proporção CD/ACD nas ESB do PSF dos municípios estudados foi de 1/1, ressalta-se que em um dos municípios, uma ACD atendia até três CD, sendo um do PSF e dois da rede básica de saúde. A ACD relata que, além da sobrecarga de trabalho, não teve oportunidade de integrar-se com os demais membros da equipe do PSF, bem como não conseguia realizar as atividades preventivas e educativas no consultório e fora dele.

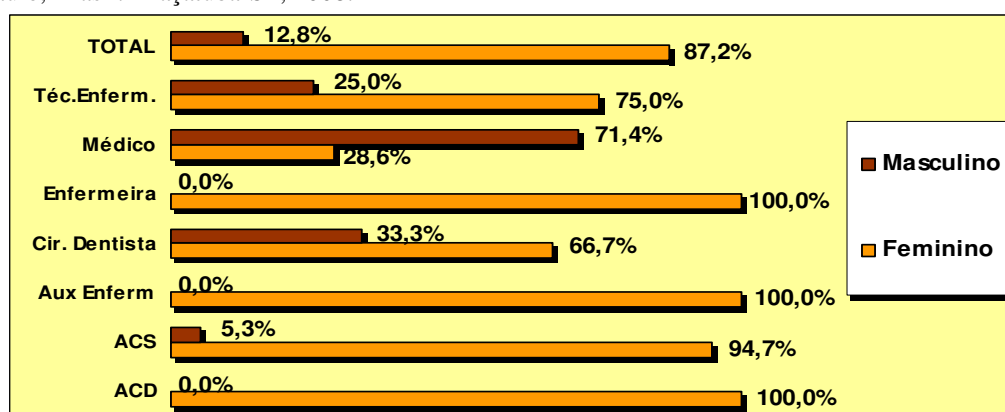
Figura 1. Distribuição percentual dos profissionais do PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

A maioria dos profissionais era do gênero feminino (87,2%) e apenas 12,8% eram do gênero masculino. As funções de enfermeiras, auxiliares de enfermagem e ACD são totalmente preenchidas pelo gênero feminino conforme demonstrado na Figura 2. Estes dados concordam com os estudos da Imbrape (2003), Araújo (2005), Andrade et al. (2005), Canesqui e Spinelli (2006), Cotta et al. (2006), Vilarinho et al. (2007) quanto ao predomínio de mulheres na área da saúde, principalmente na enfermagem e odontologia. Já os autores Pedrosa e Teles (2001), realizaram um estudo no PSF de Terezina-PI e verificaram que não houve diferença entre os gêneros das equipes estudadas.

Figura 2. Distribuição percentual segundo o gênero dos profissionais do PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

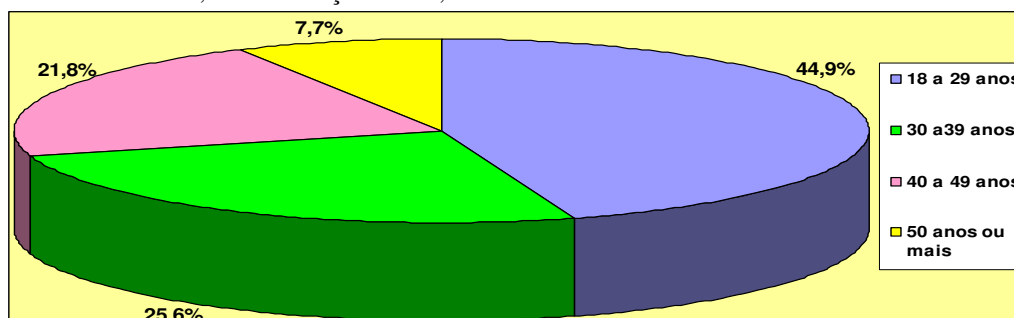


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Quanto à idade dos profissionais do PSF dos municípios estudados, 44,9% pertencem à faixa etária entre 18 e 29 anos, 25,6 % entre 30 e 39, 21,8% de 40 a 49 e apenas 7,7% de 50 anos ou mais (Figura 3). Pode-se perceber que, nas equipes constituídas de profissionais jovens, para a maioria deles este era o seu primeiro emprego. Estes resultados concordam com Cotta et al. (2006) que delinearam o perfil dos profissionais do PSF do Município de Teixeira, MG, cuja faixa etária dos profissionais foi de 20 a 30 anos. Concorda também com estudos realizados pelo MS em dez grandes centros do Brasil

(BRASIL, 2002) e em Caucaía, CE (ANDRADE et al., 2005). Por outro lado, Rocha e Zeitoune (2007) em seu estudo sobre o perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) em Floriano (PI), mostraram que a maioria dos enfermeiros tinha idade acima de 30 anos, não estando em consonância com os dados deste estudo.

Figura 3. Distribuição percentual segundo a faixa etária dos profissionais que atuam no PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

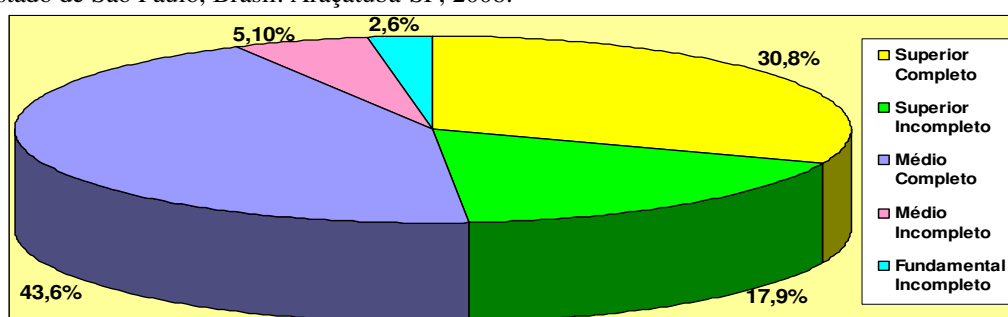


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

A Figura 4 mostra o grau de escolaridade dos profissionais, onde 30,8% concluíram o ensino superior e 17,9% ainda estão cursando o ensino superior, 43,6% concluíram o ensino médio e 5,1% estavam cursando o ensino médio e apenas 2,6% não concluíram o ensino fundamental. O pessoal com a formação de ensino fundamental incompleto pertencia ao grupo de ACS, universo deste estudo (48,7%). Os demais ACS (46,1%) tinham formação de nível médio incompleto até nível superior incompleto. Considerando que a porcentagem de profissionais de nível superior (médicos, cirurgiões-dentista e enfermeiros) corresponde a 28,2% do universo estudado, havia nessas equipes 20,5% a mais de profissionais de nível superior incompleto e completo nas funções em que bastaria a formação de ensino médio para exercê-las. Na década de 80, os “Promotores ou Agentes de Saúde” eram necessário que tivessem escolaridade mínima de três anos do ensino fundamental para atuarem nos Programas Rurais de Saúde da América Latina (WERNER,

1977). Na Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, afirmou que um dos pré-requisitos para o exercício da profissão de ACS era a conclusão do ensino fundamental, resguardando as que já eram ACS antes da lei, o qual bastava apenas saber ler e escrever, independentemente da escolaridade. (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b). Diante desse fato, o ACS foi mobilizado a retornar à escola na busca de sua formação (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Figura 4. Distribuição percentual segundo a escolaridade da equipe de profissionais que trabalham no PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

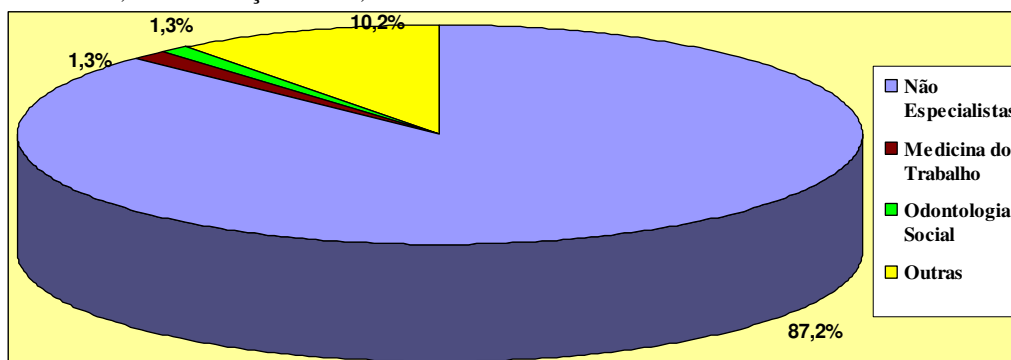


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Neste estudo constatou-se que 94,6% das ACS e ACD concluíram o ensino médio. Já nas investigações realizadas por Cotta et al. (2006) em Teixeira - MG, Brasil, analisou-se o perfil dos profissionais e a organização do trabalho no cotidiano do Programa de Saúde da Família e verificaram que apenas 56% dos ACS possuíam ensino médio completo. Estes dados reforçam a afirmação de Tomaz (2002) que discute acerca da ampliação do papel do ACS no PSF, sendo que o foco inicial era o programa materno-infantil que foi ampliado para a família e a comunidade, além das novas competências no campo político e social tornando necessário refletir sobre o seu grau de escolaridade. Ressalta que este novo papel exige um grau mais elevado dos profissionais tornando-os capazes para as tarefas mais abrangentes e complexas. Os profissionais de nível superior (médico, cirurgião-dentista e enfermeiro) das equipes estudadas, 87,2% não eram especialistas conforme demonstra a

Figura 5. Os médicos e dentistas especialistas em alguma área do conhecimento correspondiam a 14,1%, sendo que 10,2% eram especialistas em dentística, prótese, cirurgia geral, pediatria, cardiologia, cursos de área técnica que não habilitavam os profissionais para atuarem em equipe multidisciplinar, estratégia do PSF na atenção básica. Destes, apenas um cirurgião-dentista (1,3%) era especialista em Odontologia Social e um médico (1,3%) em Medicina do Trabalho. Estas duas especialidades aproximam, mas não preenchem os requisitos para o trabalho no PSF. Os enfermeiros destas equipes não eram especialistas. No estudo realizado por Cotta et al. (2006), no PSF de Teixeira-MG, verificaram que 75% dos médicos e 33% dos enfermeiros possuíam especialidades. Araújo (2005), Rocha e Zeitoune (2007) também obtiveram resultados semelhantes de enfermeiras especialistas em saúde pública (33,3%). Vilarinho et al. (2007) estudaram o perfil dos cirurgiões-dentistas do PSF em uma microrregião de Teresina (PI) e identificaram que esses profissionais possuíam somente a graduação, resultado semelhante encontrado neste estudo. Segundo Araújo (2005), o cirurgião-dentista do PSF tem perfil voltado para a atividade clínica básica de dentística, periodontia, cirurgia e procedimentos preventivo/educativo de maneira tradicional.

Figura 5. Distribuição percentual segundo a especialidade dos médicos, dentistas e enfermeiros do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Moreira (1999) considera importante o estímulo à desmonopolização dos saberes de saúde bucal para todos os membros da equipe bem como capacitar para o desenvolvimento de atividades em grupo visando à educação em saúde. Pereira et al. (2003), ressaltaram quanto à necessidade de formar o profissional individualista, tecnicista e curativista para o paradigma da promoção em saúde. Fakhouri (2004) refere-se aos currículos dos cursos de odontologia com ênfase nos aspectos técnicos e científicos com modelos ultrapassados o qual estimula à fragmentação do tratamento odontológico além de ser mais voltado para as especializações, o que demonstra a necessidade de capacitação e atualização permanente dos profissionais.

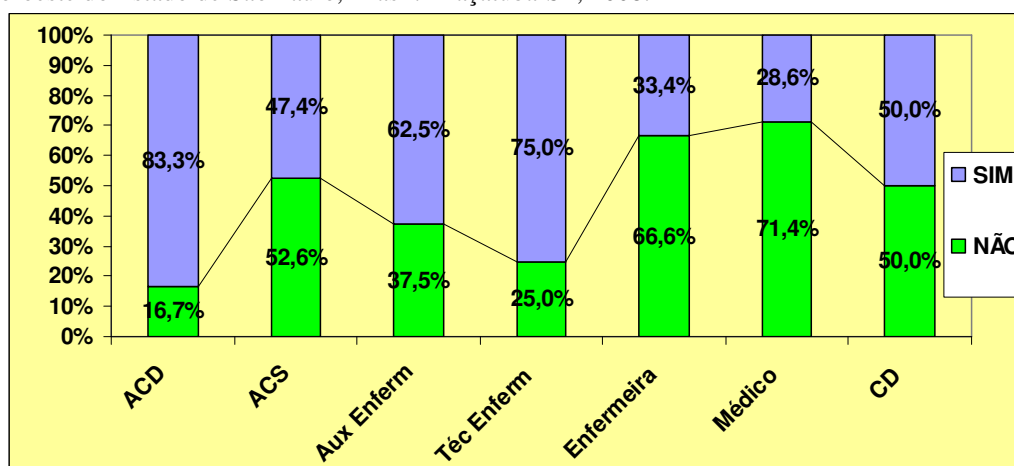
Sendo assim, o que se busca nos últimos tempos, é uma formação específica para atuar no PSF, visto que os resultados dos cursos de capacitação introdutória e de educação continuada em serviço acontecem de forma desarticulada e fragmentada e os resultados não têm refletido na atenção básica do SUS. Estes cursos não se ensinam a trabalhar e aprender e aprender a trabalhar em equipe, além dos docentes, preceptores, tutores e orientadores dos serviços de saúde ter uma baixa capacitação pedagógica (UNIFESP, 2004).

Moura et al. (2003) realizaram um estudo com enfermeiras de uma microrregião do Ceará e identificaram um perfil condizente para atuarem no PSF. Os autores sugerem que os cursos de especialização sejam descentralizados para diminuir a migração profissional e favorecer o vínculo dos profissionais com a comunidade.

Considerando que a Capacitação Introdutória é de grande importância para desenvolver o trabalho em equipe multidisciplinar, neste estudo, os médicos, enfermeiros, ACS e CD foram os que menos participaram destes cursos (Figura 6). Vasconcellos (1999) considera a capacitação para toda a equipe imprescindível, pois este é o primeiro momento para iniciarem a integração do grupo. O autor afirma que a equipe capacitada apresenta um grande impacto na diminuição da mortalidade infantil.

Roncalli et al. (1998), enfatizou a necessidade de corrigir as deficiências referentes à capacitação e treinamento dos recursos humanos. Matumoto et al. (2001), ressaltou quanto a importância do conteúdo da ética na capacitação da equipe. Moreira (1999) salientou que o CD deveria ser incorporado à equipe de Saúde da Família somente após treinamento que deveria proporcionar ao profissional a compreensão da política de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 6. Distribuição percentual segundo a participação ou não da Capacitação Introdutória dos profissionais do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



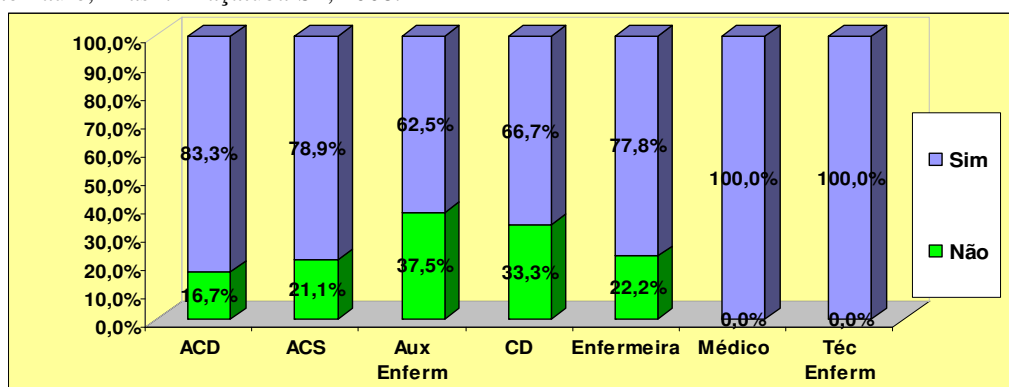
Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

De acordo com a Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006), uma das responsabilidades dos municípios, em específico das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal é estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes do PSF. Segundo esta Portaria, a capacitação das equipes deveria iniciar-se concomitante ao início do trabalho da Equipe e o Curso Introdutório deveria ser realizado até três meses após a implantação das mesmas. Dentre os profissionais que participaram da capacitação introdutória, 57,7% disseram ter recebido informação sobre saúde bucal e 42,3% não receberam. Considerando a saúde bucal como parte da saúde geral, a equipe do PSF deveria

conhecer na capacitação introdutória, o papel e a importância da ESB bucal no contexto da saúde geral. Segundo Teixeira (2006), a interação da equipe como forma de criar mecanismos de acolhimento, configura-se na melhor forma de integrar o paciente aos cuidados de um trabalho multidisciplinar. Entretanto, o trabalho do CD raramente se insere em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolvem suas ações de forma autônoma, independente e individualizada. Araújo (2005) analisou o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos no PSF de municípios do Rio Grande do Norte e identificou a falta de integração com a Equipe de Saúde da Família. Entretanto, Vilarinho et al. (2007), avaliaram o perfil do cirurgião-dentista do PSF em Teresina (PI) onde relataram como pontos positivos, a boa integração com a equipe do PSF e a capacitação na área de saúde pública.

Quando questionados sobre se sentiam ou não seguros para desempenharem as suas funções como profissional da equipe do PSF, 79,5% afirmaram que sim, apesar de não terem participado da capacitação introdutória. A justificativa foi por estar a muito tempo no Programa, por ser da cidade e conhecer todas as pessoas. Quando considerados em ordem decrescente, os profissionais mais inseguros para atuarem em equipe (Figura 7), foram os

Figura 7. Distribuição percentual segundo se sentem seguros ou não para atuarem na equipe do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

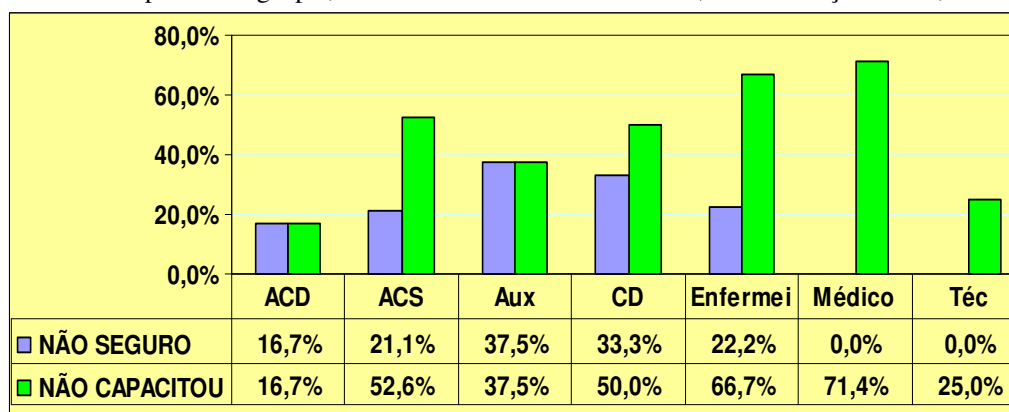


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

auxiliares de enfermagem (37,5%), os cirurgiões-dentista (33,3%), as enfermeiras (22,2%), as ACS (21,1%) e a ACD (16,7%). Os médicos e técnicos de enfermagem sentiam-se totalmente seguros para desempenharem as suas funções na equipe, mesmo não tendo sido capacitados. Observou-se que esses profissionais atuavam de acordo com o modelo hospitalocêntrico, ou seja, realizavam atendimento aos pacientes, mas não na estratégia do PSF.

Ao relacionar os fatores insegurança e Capacitação Introdutória para atuarem em equipe (Figura 8), verificou-se que pode haver uma relação entre as duas para o desenvolvimento do trabalho dos ACD e das Auxiliar de Enfermagem.

Figura 8. Distribuição percentual dos profissionais do PSF segundo a relação da insegurança e a não capacitação introdutória para atuar no Programa de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

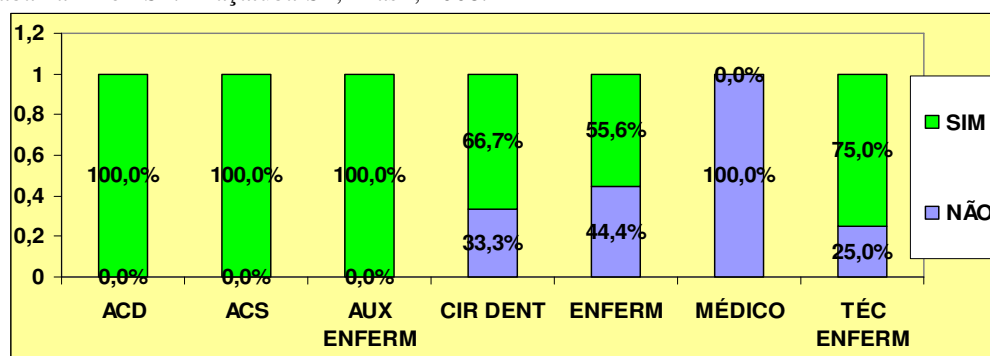


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Araújo (2005); Rocha e Zeitoune (2007) listaram as dificuldades apresentadas pelos membros da equipe do PSF em relação aos recursos humanos, material e equipamentos. Os resultados demonstraram a necessidade em motivá-los para uma reflexão e redirecionamento de suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo para a educação permanente com monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas por eles.

Quanto ao local de residência, 81,0% responderam que residiam e trabalhavam na mesma cidade e 19,0% não residiam nos municípios onde trabalhavam. Dos entrevistados, 61,5% afirmou morar no mesmo bairro onde trabalhavam. As ACS e ACD estão incluídas neste grupo e atendiam às Normas do Ministério da Saúde onde é exigido a residência de pelo menos um ano no bairro antes de pleitear o cargo. Os médicos não residiam nas cidades onde trabalhavam. Já uma parte dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cirurgiões-dentista residiam nos locais onde trabalhavam (Figura 9).

Figura 9. Distribuição percentual dos profissionais que residem ou não nos municípios em que trabalham no PSF. Araçatuba-SP, Brasil, 2008.

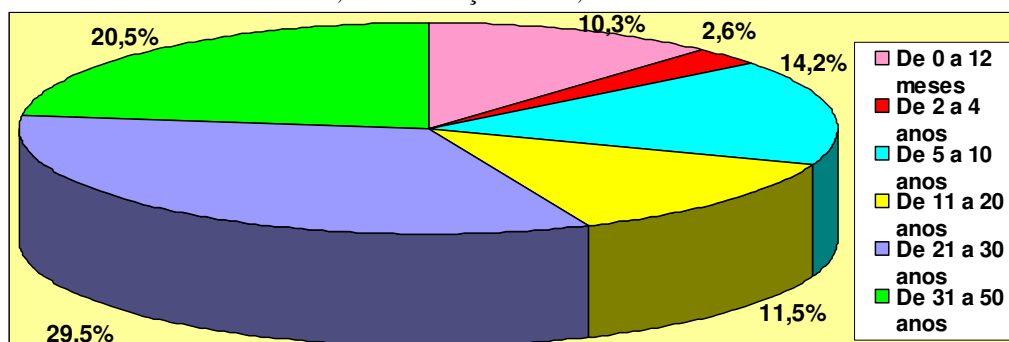


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

A maioria dos profissionais (92,0%) que atuavam no PSF, era do Estado de São Paulo, e destes, 35,9% dos municípios estudados. Embora alguns profissionais do PSF tenham vindo de outras localidades, residiam nos municípios onde trabalhavam a mais de dois anos.

(Figura 10). Os enfermeiros moravam há menos de um ano na cidade onde trabalhavam (10,3%) eram recém formados e vieram de outros municípios. Isto significa que a maioria dos membros das equipes do PSF desses municípios, era constituída de pessoas que moravam e conheciam bem o local de atuação, sendo positivo no desenvolvimento do Programa.

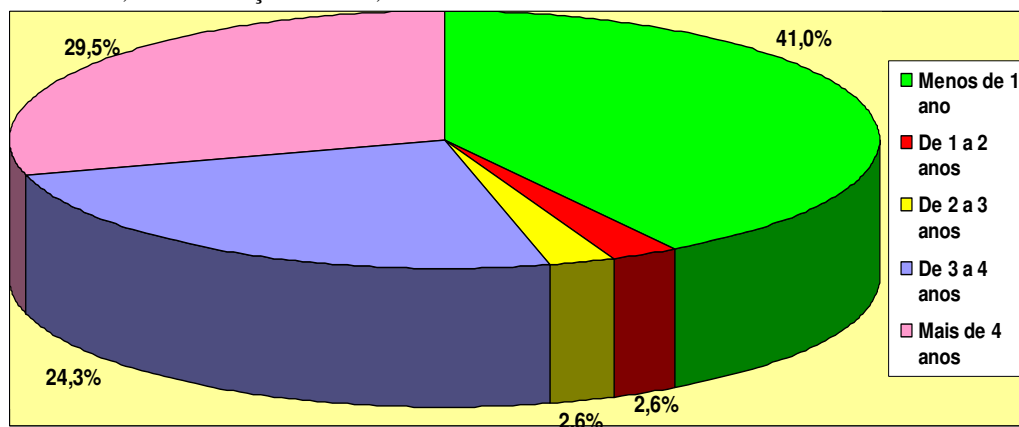
Figura 10. Distribuição percentual dos profissionais segundo o tempo de residência nos municípios antes de atuarem no PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Quanto ao tempo de trabalho no PSF, o percentual dos profissionais que trabalhavam há menos de um ano foi de 41,0%, de três a quatro anos, 24,3% e mais de quatro anos 29,5% (Figura 11).

Figura 11. Distribuição percentual dos profissionais segundo o tempo de trabalho nas equipes de PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba - SP, 2008.



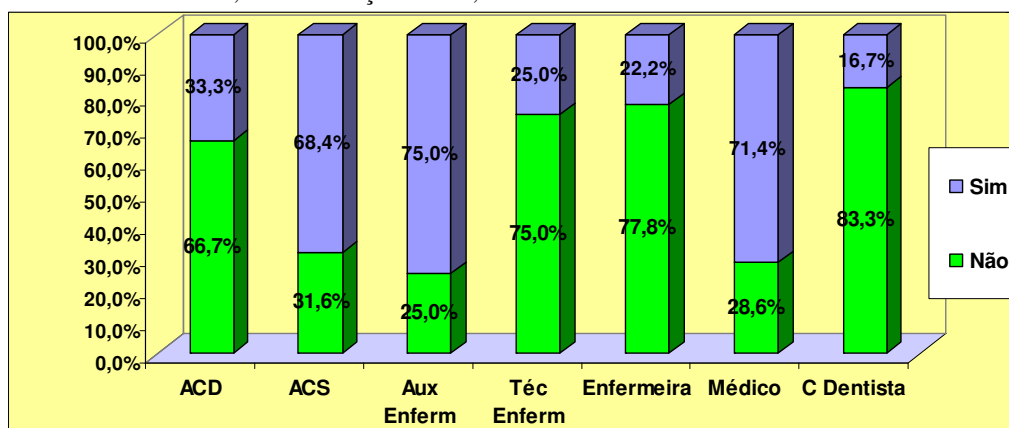
Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Os profissionais com maior rotatividade nas equipes estudadas foram os médicos e enfermeiros (38%). Canesqui e Spinelli (2006), afirmaram que esta rotatividade pode ser prejudicial para as ações de saúde do PSF. Ressaltaram que o vínculo deles com a

comunidade contribuem para um maior conhecimento das necessidades das famílias que fazem parte do programa além de aumentar o grau de confiança entre os membros da equipe e a comunidade. Andrade et al. (2005) verificaram que o tempo médio de trabalho dos profissionais nas equipes de PSF variou de 8,7 meses para médicos, 24 meses para enfermeiros e 9,2 para cirurgião dentista. Os autores afirmaram que a alta rotatividade foi evidenciada na maioria dos profissionais, torna um grande obstáculo na consolidação do SUS.

Os profissionais satisfeitos com o resultado do trabalho desenvolvido pelas equipes do PSF em seus municípios correspondiam a 55,1%. Os mais insatisfeitos com a ação do programa foram os CD (83,3%), seguido da Enfermeira (77,8%), Técnico de Enfermagem (75,0%) e ACD (66,7%) (Figura 12). Citaram como motivo, o baixo salário e as condições de trabalho, ou seja, falta de recursos materiais para o desenvolvimento das ações.

Figura 12. Distribuição percentual dos membros da equipe que estavam ou não satisfeitos com o PSF de sua cidade: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

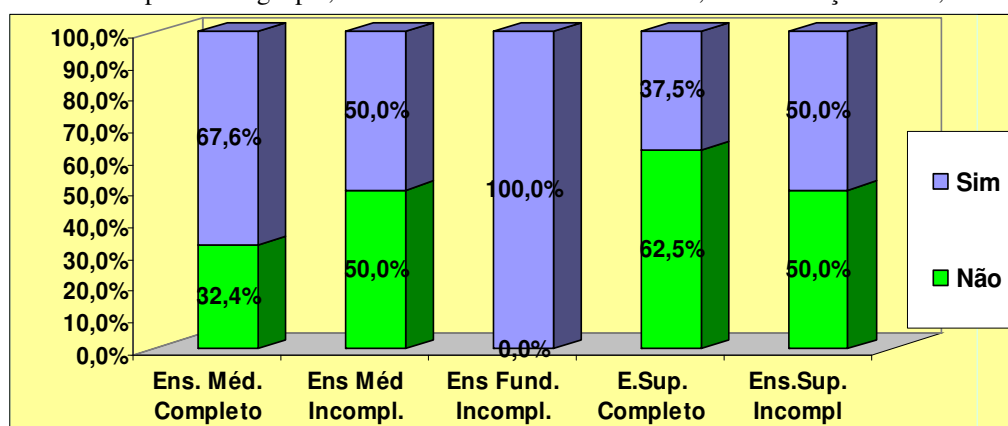
Cabe salientar que neste estudo, os salários dos profissionais de nível superior eram díspares. Em média, o médico ganha três vezes mais que o cirurgião dentista e quatro vezes

mais que os enfermeiros. Todos esses profissionais são portadores de diplomas de nível superior e responsável pelo sucesso ou fracasso do Programa em seu município.

Os resultados deste estudo estão de acordo com Mendonça et al. (2003), Araújo (2005) e Cotta et al. (2006), que citaram as seguintes medidas a serem adotadas para maior qualidade dos serviços de atenção à saúde: qualificação e capacitação do profissional de saúde; aumento salarial; novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortalecimento do vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura para os relevantes serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais do PSF.

Os profissionais mais satisfeitos com a atuação do programa foram os de ensino fundamental incompleto (100%), ensino médio completo (67,6%), ensino médio e superior incompleto (50,0%). Os menos satisfeitos (62,5%) foram os profissionais de ensino superior completo, destacando-se os CD e enfermeiros (Figura 13).

Figura 13. Distribuição percentual dos membros da equipe por grau de escolaridade, segundo se está satisfeito com a atuação do PSF dos municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

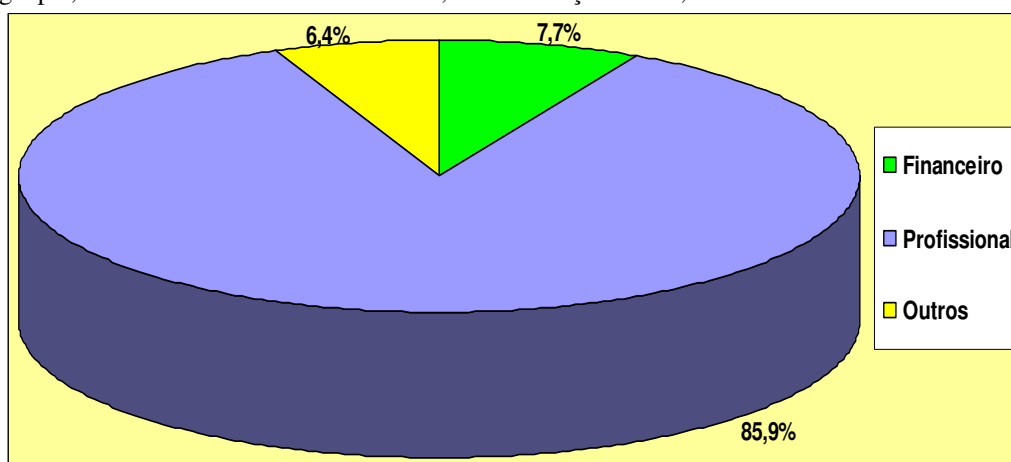


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Quando perguntado aos profissionais qual o tipo de satisfação o trabalho do PSF lhe proporcionava, 85,9% responderam ser a satisfação profissional, 7,7% a satisfação

financeira e 6,4% citaram outros motivos (Figura 14). Ressaltaram que a satisfação nem sempre era pelo salário, e sim, porque se sentiam úteis por poder fazer algo pelas pessoas e contribuir com o crescimento da comunidade, tornando o trabalho prazeroso.

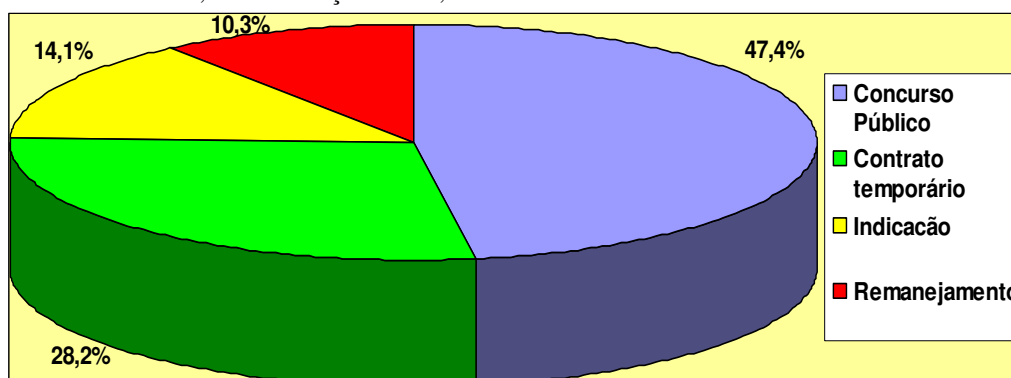
Figura 14. Distribuição percentual dos profissionais segundo o tipo de satisfação obtida pelo seu trabalho no PSF das equipes de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Em relação à forma de contratação para o ingresso dos profissionais, observou-se que 47,4% foram contratados por meio de concurso público e 52,6% foram vinculados de forma precária, a saber: 28,2% por contratos temporários, 14,1% por indicação e 10,3% por remanejamento (Figura 15). Segundo Andrade et al. (2005), uma das maiores dificuldades do PSF seriam os baixos salários e a insegurança no emprego devido à forma precária de contratos. Canesqui e Spinelli (2006) realizaram um estudo em Mato Grosso e verificaram que 90,5% dos profissionais eram vinculados às prefeituras e destes, 65,2% possuíam vínculo precário, sendo um dos fatores que dificultavam a implementação do PSF, o que gerava a insatisfação dos profissionais que preferiam ter vínculo estável no Programa. Rocha e Zeitoune (2007), também obtiveram resultados semelhantes além da duplicidade de vínculo empregatício, atuando paralelamente na docência e/ou na assistência hospitalar.

Figura 15. Distribuição percentual dos profissionais segundo a forma de contratação para o PSF municípios de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



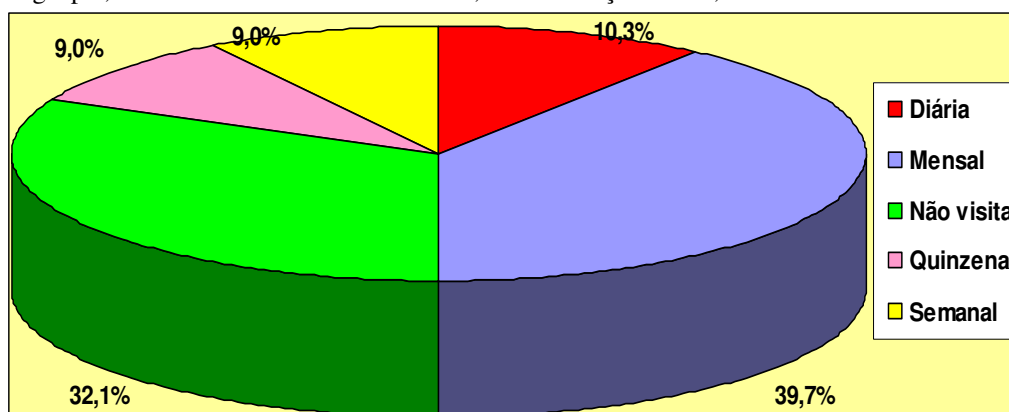
Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Segundo os autores, o concurso público é a melhor forma de ingresso, porque além de democrático contribui para a seleção de profissionais mais qualificados e capacitados para a função. A indicação não possui as mesmas características de imparcialidade e apreciação dos conhecimentos dos profissionais podendo levar à contratação de pessoal não capacitado além de remanejamento dos membros da equipe do PSF no final de cada gestão das Prefeituras Municipais, o que leva a um estrangulamento do programa (CANESQUI; SPINELLI, 2006). Entretanto, Cotta et al. (2006), ao delinearem o perfil dos profissionais e a organização do trabalho do Programa do Município de Teixeira, MG, observaram que o concurso público foi a forma de seleção de grande parte dos profissionais do PSF. Diante a tantas distorções, Cotta et al. (2006) e Rocha e Zeitoune (2007), sugeriram rever a forma de contratação desses profissionais visando maior estabilidade e fortalecimento do vínculo empregatício.

Em relação às visitas domiciliares realizadas pelas equipes do PSF (Figura 16), cabe ressaltar que 32,1% afirmaram não realizá-las. É importante salientar que o Ministério da Saúde a considera um pré-requisitos para o PSF (PRETTO; FRANCO, 1999). Essas atribuições são: prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade às

necessidades de saúde da população adstrita, na unidade de saúde e no domicílio; intervir sobre os fatores de risco aos qual a população está exposta; eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde, estabelecendo o vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias, através do desenvolvimento de ações intersetoriais; Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; provocar o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1998). Considerando a família o núcleo básico de trabalho, o profissional que atua no PSF precisa ter como atitude a realização das visitas domiciliares.

Figura 16. Distribuição percentual dos profissionais segundo a freqüência das visitas domiciliares de rotina realizada pela equipe do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.

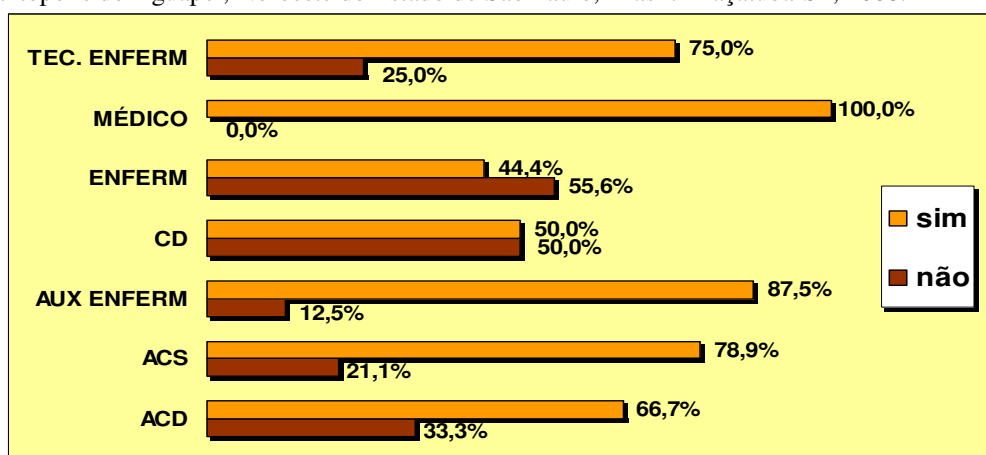


Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Quando perguntado aos profissionais do PSF se eles conheciam ou não os membros das famílias da sua área de abrangência, verificou-se que 25,6% não os conheciam. Alegaram que no horário das visitas às pessoas de sua área, as mesmas estavam no trabalho e, em algumas situações, os profissionais do PSF eram recém ingressados no Programa.

Ao agrupar as respostas por categoria verificou-se que todos os médicos entrevistados conheciam a população de sua área de abrangência. Por outro lado, 55,6% dos enfermeiros não as conheciam. Esta alta porcentagem corresponde aos enfermeiros que foram contratados há menos de um mês na equipe do PSF e também não haviam participado da Capacitação Introdutória (Figura 17). Os membros da equipe do PSF que menos conhece a população assistida são os CD (50%) e ACD (33,3%). Acreditamos que isto ocorre porque as equipes de saúde bucal dos municípios estudados atendem os pacientes por livre demanda de acordo com o modelo tradicional. Eles conhecem apenas a população que frequenta o serviço odontológico da cidade em que trabalham.

Figura 17. Distribuição percentual dos profissionais quanto ao seu conhecimento dos integrantes da comunidade da área de abrangência do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Araçatuba-SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

A maioria dos componentes da equipe do PSF (91,0%) já encaminhou pacientes da Unidade Básica de Saúde - UBS, para os centros de média e alta complexidade que requeria um especialista. Quando perguntado se estes problemas foram resolvidos, 43,6% disseram que sim, 52,6% disseram que resolveram em parte e apenas 3,8% não foram resolvidos. Esta baixa resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes encaminhados, observados

neste estudo, foi confirmada por Maeda (2002), e Silva; Dalmaso (2002), que reportaram à dificuldade de acesso aos serviços de referência e contra referência.

Ao analisar a intensidade de relacionamento entre os membros da Equipe do PSF estudadas, conforme o Quadro 1 observou-se que:

Quadro 1: Intensidade da relação interprofissional dos membros do PSF de Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí, região Noroeste do Estado de São Paulo-SP, 2008.

Função	n	ACS	Enferm.	Médico	Aux.Enf.	A C D	C.Dent	Téc.Enf.
Médico	07							
Cir. Dent	06							
ACD	06							
Enferm.	09							
Aux. Enf.	08							
Téc. Enf.	04							
ACS	38							

Legenda			
	Relacionam-se mais		Relacionam-se mais ou menos
	Relacionam-se menos		Não foram citados

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

1. O médico da equipe relacionava-se mais com os médicos e menos com todos os outros profissionais da equipe.
2. O cirurgião dentista relacionava-se mais com a ESB (CD e ACD) e menos com ACS, auxiliar de enfermagem. Não citou o enfermeiro, o médico e o técnico de enfermagem como profissionais do relacionamento intequipe.
3. O ACD relacionava-se mais com a própria categoria e o CD, menos com as ACS e enfermeira. Não foi pontuado o médico, auxiliar e técnico de enfermagem.

4. O enfermeiro relacionava-se mais com os ACS e técnicos de enfermagem, mais ou menos com o auxiliar de enfermagem e CD. Não citou o enfermeiro e o médico como profissionais de relacionamento interequipe.
5. O auxiliar de enfermagem relacionava-se mais com a sua categoria e ACS. Relacionava-se menos com todos os outros membros da equipe.
6. O técnico de enfermagem relacionava-se com o próprio técnico e com auxiliar de enfermagem. Com os demais, relacionava-se menos.
7. ACS relacionava-se mais com ACS e enfermeiro, mais ou menos com auxiliar de enfermagem e menos com médico, ACD e CD. Não citou o técnico de enfermagem como profissional de relacionamento interequipe.

Diante ao exposto no Quadro 1, constatou-se que o cirurgião-dentista e a ACD relacionavam-se mais com a própria ESB. Os ACS, e técnicos de enfermagem estabeleciam uma boa relação interprofissional, quando comparados com os outros membros da equipe. O trabalho do CD raramente se inseria em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, uma vez que desenvolviam suas ações de forma autônoma, independente e individualizada. Para o CD, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos anteriores, tornando-se um desafio para ele (TEIXEIRA, 2006). Rocha e Zeitoune (2007) identificaram a necessidade de aprimoramento técnico-científico para atuação no PSF e descentralização dos cursos de pós-graduação, em especial na área de Saúde da Família.

Ao analisar esses resultados, observou-se o quão é difícil a integração dos profissionais pertencentes à equipe do PSF. A dificuldade do trabalho em equipe não é uma peculiaridade apenas de um profissional, mas de toda a equipe.

Neste estudo foi destacado que todos os membros do PSF, de alguma forma, têm dificuldades no relacionamento interequipe, o que indica a necessidade de capacitação

visando um bom relacionamento interpessoal no trabalho. Cotta et al. (2006), listaram as medidas a serem adotadas para melhorar a qualidade dos serviços de atenção à saúde: qualificação e capacitação do profissional de saúde, aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam estabilidade e vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infra-estrutura dos relevantes serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais do PSF. Os autores enfatizam também as características epidemiológicas, demográficas, culturais entre outras, que se obtém a partir da coleta de dados que retratam a realidade de cada localidade, possibilitando planejar ações de atenção à saúde. Isto implica em um novo processo de trabalho com incorporação de pessoal para o cuidado à saúde visando à integralidade na atenção (BOTAZZO et al., 2006).

Conhecer o perfil da equipe do PSF torna-se necessário para dimensionar as potencialidades e as dificuldades de cada um dos seus membros e verificar a qualificação profissional visando exercerem as funções intra e extra equipe e, principalmente, aceitar os outros saberes, que não os seus próprios (BENITO et al, 2003a). Portanto, esta proposta deve ser pensada e executada no PSF, para proporcionar à população, serviços de melhor qualidade no que tange à promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias atendidas pelo programa.

Os problemas de gestão e educação para o SUS vêm-se acumulando ao longo do tempo, cabendo uma urgente sensibilização dos futuros profissionais no sentido de compreender o papel do sistema como o principal espaço de mercado de trabalho nos dias de hoje (UNIFESP, 2004). O PSF é um espaço relativamente novo no mercado de trabalho que necessita de equipe compromissada com uma área adscrita de seu município e cada membro desta equipe deverá cumprir suas atribuições específicas determinadas pela Portaria 648/2006 (BRASIL, 2006), na busca da saúde e cidadania da população. Cabe ressaltar que a produção do conhecimento é necessária para obter avanços de forma

qualificada no PSF (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005). A reorientação das pesquisas voltadas para a saúde com ênfase nas necessidades da população, a organização e financiamento dos serviços de saúde, experimentação de novos modelos de intervenção dentre outros para permitir uma melhor estimativa na resolutividade da atenção (BRASIL, 2005).

A solução para a falta de interação entre as equipes do PSF não é outra senão a formação, de fato, de equipes multiprofissionais como bem observa Ribeiro et al, (2004). Reconhece-se uma equipe multiprofissional através do modo de como cada membro desta equipe entende seu saber, suas funções, habilidades e competências bem como suas expectativas em relação à sua profissão, ao outro e a sua própria vida (BENITO et al, 2003a). Tal postura não caracteriza abandono da formação básica e sim, integra outros elementos no seu conhecimento e no seu agir que se chama de integração (BENITO et al, 2003b). Estes autores argumentam que se os problemas de saúde são interdisciplinares, então, a ação também precisa ser interdisciplinar, visando à exploração máxima da potencialidade da ciência, da compreensão dos seus limites e também, o princípio da diversidade e criatividade.

2.6 CONCLUSÃO

Diante do exposto e frente ao perfil e relação interprofissional das equipes estudadas, conclui-se que:

- A maioria dos membros da equipe é do gênero feminino (87,2%), constituídas de profissionais jovens (44,9%);

- Os médicos (71,4%), enfermeiros (66,6%), ACS (52,6%) e cirurgião dentista (50,0%) não participaram de Capacitação Introdutória e não possuíam especialidade voltada para a prática no PSF (87,2%);

- O relacionamento intequipe não se estabelece entre os profissionais da saúde dos PSF estudados, o que demonstra um grande desafio para promover a organização e gerenciamento dos recursos humanos, capacitação e integração na busca da assistência humanizada, de alta qualidade e resolutividade dos problemas de saúde da população atendida pelo SUS.

2.7 REFERÊNCIAS *

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 136-146, maio/ago. 2005.

ANDRADE, J.M. ; ALMEIDA, M.I. de; PEQUENO, L.L; BATISTA, F.L.R.; JUCÁ, M.M.; ALMEIDA, P.C de; ARAÚJO, M.F.M. **PSF de Caucaia (Ce)**: uma análise de atuação dos profissionais em 2004. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 57º, Goiânia, nov. 2005.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.455-464, mar./apr.2007.

ARAÚJO, P.Y. **Atuação profissional e vivência do cirurgião-dentista na estratégia do programa de saúde da família em Natal**. Em Natal. 2005. 95 f. Dissertação (Mestrado). Universidade federal do rio Grande do Norte, 2005.

ASSOCIACÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUACÃO EM SAÚDE COLETIVA. Declaração do Rio. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8º e Congresso Mundial de Saúde Pública, 11º. Rio de Janeiro, de 21 a 25 de agosto de 2006.
Disponível em: [URL:http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=47](http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=47).
Acesso em: 18 de Abril de 2007.

BENITO, G.A.V.; SILVA, L.L.; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETTO, S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática da saúde. **Revista da Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, n.1, jan./abr. 2003a.

BENITO, G. A. V.; SILVA, L. L.; MARQUES, N.A.M.; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETTO, S. Cuidando de famílias: o papel de uma equipe interdisciplinar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.2, Supl., p.110-111, 2003b.

BOTAZZO, C.; PIRES, S.F.; MARTINS, P.N.; BARROS, R.S.; MARTINO, L.V.; CARVALHO, L.A.C.; PIRES, O.M.D.A.; MARTINO, F.S. Perfil profissional dos Cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da Região da DIR V – Osasco. **Revista de Odontologia e Sociedade**, p.92, maio. 2006.

* Normalização segundo a Revista Bioscience Journal. (Anexo 4)

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programaseprojetos/atencaoasicasauade>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COSTA NETO, M.M. (Org.). Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COSTA NETO, M.M. (Org.). Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família. v. 1, 2, 3, 4. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf Acesso em: 18 abr. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2005. 77p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizartexto.cfm?cfm?dtx=23040>. Acesso em: 03 out. 2007.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no estado do Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p.1881-1892, set. 2006.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.** In: Ministério da Saúde. Saúde da família construindo um novo modelo. Brasília: Ministério da saúde, 1996. (Caderno de Saúde da Família, n.1, p. 10-15, 1996).

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C; PRIORE, S.E.P; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7-18, set. 2006.

CDC: EPI INFO 2000. Programa de computador. Versão 2000. Atlanta (GE), 2000.

- FAKHOURI, A.P. A real situação do cirurgião-dentista dentro do programa saúde da família. **Revista de Odontologia da UNICID**, 5. v. 16, n. 2, p. 159-167, 2004.
- GUIMARÃES R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**; v. 9, n.2, p. 375-387, abr./jun. 2004.
- IBGE**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. São Paulo: IBGE, 2006.
- IMBRAPE** - Instituto Brasileiro de Estudos e pesquisas Socioeconômicas. O perfil do Cirurgião-Dentista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais de Odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO. abr., 2003. Disponível em: www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf . Acesso em: 08 jun. 2006
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O Discurso do Sujeito Coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Desdobramentos. Caxias do Sul: Educs, 2003.
- MAEDA, S.T. **Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo gravídico – puerperal: a realidade do Distrito do Butantã**. 2002. 185f. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- MANFREDINI, M. A. Promovendo a saúde bucal. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v. 5, n. 7, p. 50-54, 2004.
- MATUMOTO, S.; MISHINA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 233-241, fev. 2001.
- MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M.; GOMES, V. C.; ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L. **As inovações na gestão de recursos humanos no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de saúde da família** [Resumo]. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO 2003. p. 56.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993. 269 p.
- MOREIRA, L. C. H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ. O dentista de família**. Niterói, 1999, 148 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.
- MOURA, E.R.F.; RODRIGUES, M.S.; SILVA, R.M. Perfil de enfermeiras que atuam no programa saúde da família em uma microrregião do Ceará, Brasil. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 7, n. 1, p. 49-56, abr. 2003.
- PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, jun. 2001.

- PEREIRA, D.Q.; PEREIRA, J.C.M.; ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em Unidades básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p.599-609, 2003.
- PRETTO, S. M.; FRANCO, F. Visitas domiciliares como estratégia de educação em saúde: relato de uma experiência. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 3, p. 33-36, 1999.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 438-446, mar/abr. 2004.
- ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista Enfermagem UERG**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.
- RONCALLI, A.G.; COSTA, I.C.C.; UNFER, B.; ARCIERI, R. M.; MORAES, E.; SALIBA, N. A. Investindo na promoção da saúde: programas de saúde da família e agente comunitário de saúde - uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. **Revista da ABOPREV**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 30-37, nov.1998.
- SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; WENDHAUSEN, A.L.P. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p. 521-536, set/dez. 2005.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 217 p.
- TEIXEIRA, M.C.D. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a Odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n. 1, p. 45-51, jan./mar. 2006.
- TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.
- UNIFESP. Escola Paulista de Medicina. **A Relação Universidade e o Sistema Único de Saúde: experiência acumulada e desafios político - institucionais (Relatório Síntese)**. São Paulo, UNIFESP:19/20 de Abril, 2004.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999. 332 p.
- VIEIRA, E. T.; BORGES, M. J. T.; PINHEIRO, S. R. M.; NUTO, S. A. S. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, fortaleza, v. 17, n.3, p. 119-126, 2004.

VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 22, n.55, p. 48-54, jan./mar. 2007.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P.; MALAFAIA, O.; RIBAS FILHO, J. M.; OLIVEIRA, E.; GIACOMINI, C. H.; TALBOT, Y. Bases conceituais de trabalho em saúde da família. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 57, n.1/2, p. 16-22, jan./dez. 1999.

WERNER, D. **O agente de saúde**. Congresso da Federação Internacional de Hospitais, 20. Tóquio 1977.

3 CAPÍTULO 2

INTERESSE E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE QUEM ATUA EM EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO NOROESTE PAULISTA*

INTEREST AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF WHO ACTS IN FAMILY
HEALTH PROGRAM TEAMS OF NORTHWEST SÃO PAULO STATE

INTERÉS Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS QUE ACTÚAN EN EQUIPOS
DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN EL PROVINCIA DEL SÃO PAULO

3.1 RESUMO

Este trabalho objetiva identificar questões relacionadas ao interesse, satisfação e motivação de profissionais que integram equipes do Programa Saúde da Família, apontando a importância desses fatores para o exercício da gestão em saúde pública no Brasil. A pesquisa, de natureza quali-quantitativa, utilizou-se de entrevista, valendo-se de roteiro semi-estruturado. Os dados obtidos mostram um elevado grau de satisfação no trabalho em categorias de nível auxiliar (auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, com 75% e 68,4% respectivamente), apesar das baixas remunerações salariais. Já, dentre os profissionais de nível superior, destacam-se os cirurgiões-dentistas com elevado grau de insatisfação (83,3%) e a classe médica, em sua grande maioria, satisfeita (71,4%). Concluiu-se que a maioria dos profissionais demonstrou possuir interesse e afinidade com o Programa, apesar do grau de insatisfação exposto por algumas categorias, e evidenciou-se a importância do reconhecimento de fatores subjetivos para a otimização da dinâmica do trabalho em saúde.

Palavra chave: Satisfação no Trabalho; Programa Saúde da Família; Política Nacional de Saúde.

* Normalização segundo a Revista Mineira de Enfermagem. (ANEXO 5)

3.2 ABSTRACT

INTEREST AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF WHO ACTS IN FAMILY HEALTH PROGRAM TEAMS OF NORTHWEST SÃO PAULO STATE

This study have as an objective to identify questions related to the interest, satisfaction and motivation of professionals who acts in the Family Health Program teams, pointing out the importance of these factors for the management's exercise in Brazilian public health. This qualitative and quantitative research, which was realized through an interview, makes use of a half-structuralized script. The data show to one high degree of satisfaction in the work in categories of auxiliary level (nurse aid and communitarian agents of health, with 75% and 68,4% respectively), although the low wage remunerations. Already, amongst the professionals of superior level, the dentists presented high degree of dissatisfaction (83.3%) and the medical classroom, in its great majority, showed satisfied (71.4%). It was ended that most of the professionals that works in the Health Family Program have demonstrated interest and likeness with this program, in spite of the exposed dissatisfaction degree.

Keywords: Job Satisfaction, Health Family Program, Health Police.

3.3 RESUMEN

INTERÉS Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LOS QUE ACTÚAN EN EQUIPOS DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN EL PROVINCIA DEL SÃO PAULO

Este trabajo plantea cuestiones relacionadas al interés, satisfacción y motivación de profesionales que integran equipos del Programa Salud de la Familia, con el reto de justificar la importancia de esos factores para el ejercicio de la gestión en salud pública en Brasil. La investigación, de naturaleza cuali-cuantitativa, hizo uso de encuestas, y se valió de escrituras semi-estructurados. Los datos obtenidos enseñan un elevado grado de satisfacción en el trabajo en categorías de nivel auxiliar (auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, con el 75% y el 68,4% respectivamente), a pesar de las bajas remuneraciones salariales. Ya, dentre los profesionales de nivel superior, se destacan los dentistas con elevado grado de satisfacción (83,3%) y la clase médica, en su gran mayoría, satisfecha (71,4%). Se concluyó que la mayoría de los profesionales enseñaron poseer intereses y afinidades con el Programa, a pesar del grado de insatisfacción expuesto por algunas categorías.

Palabra clave: Satisfacción en le trabajo; Programa Salud de la Familia; Política Nacional de Salud.

3.4 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), compreendido atualmente como uma estratégia de reorganização das ações em saúde no Brasil, profundamente marcado por características de práticas promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde dos indivíduos e da família vem sendo apresentado a necessidades - frutos naturais de qualquer processo em saúde, uma vez que se apresentam constantemente inacabados - até então, pouco discutidas.

Muito tem se falado nessa nova estratégia sobre a mudança do objeto de atenção que agora se desloca do indivíduo e caminha em direção à família, à comunidade e às ações de vigilância em saúde. Uma nova prática de trabalho também se mostra bastante estabelecida, com a formação de equipes interprofissionais, a definição de responsabilidades e a divisão territorial das áreas de atuação. Entretanto, neste novo horizonte do pensar e do fazer ações em saúde, visando as melhores formas de implantação e organização dessa estratégia, imprime-se também a urgente necessidade de uma reorientação do olhar voltado aos recursos humanos (RH). Os trabalhadores em saúde, sujeitos das transformações necessárias aos serviços, têm grande responsabilidade na condução desse processo, que requer reflexões e revisões das estruturas, práticas e principalmente da atuação e inserção profissional no novo modelo.

Já em 2001, o Ministério da Saúde, claramente assinala à estratégia do PSF capacidades de revisão de práticas, valores e conhecimentos de todos os envolvidos, a ampliação às ações a serem desempenhadas pelos profissionais (aumentando os limites e as possibilidades de atuação) e, conseqüentemente, a exigência de novas habilidades e aptidões¹. Assim, o trabalhador da equipe de Saúde da Família precisa dispor-se a algo mais do que simplesmente constituir formalmente uma equipe multidisciplinar e ter

conhecimento do processo de trabalho; ele deve ser capaz de verdadeiramente envolver-se e comprometer-se com a transformação social. Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base em certo conhecimento a respeito do trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção do cuidado: visa buscar o entendimento e o reconhecimento recíprocos de autoridade, saberes e autonomia técnica. Trabalhar de forma integral é também construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los². A prática integrada de trabalho pressupõe ainda perceber o indivíduo sócio-biológico, a família e a comunidade adscrita, enfim, toda a realidade local como inerentes à sua práxis, e perceber-se, a si, como agente social dessa transformação.

No entanto, para que esse perfil de atuação profissional constitua-se prática transformadora de uma determinada realidade, ele deve, de forma natural e crescente, agregar-se e confundir-se às expectativas internas de seus profissionais.

Cabe aqui a exposição de um emaranhado de questionamentos que certamente povoam os pensamentos de quem aposta num profundo processo de reorganização, capaz de refletir-se positivamente em diversos campos da saúde. Estão os profissionais prontos e dispostos a trabalharem verdadeiramente em equipe, com outros níveis de conhecimento e de responsabilidade? Têm ciência sobre os princípios e objetivos propostos por esta estratégia? Estão realmente preparados para defrontar-se com diferentes e, muitas vezes, longínquas realidades sociais?

Na verdade pouco se tem avançado nessa direção, visto que as discussões sobre o perfil dos profissionais que integram equipes de Saúde da Família frequentemente esbarram em questões políticas, organizativas e institucionais. Esta dimensão, atribuída à questão dos recursos humanos no PSF, vê-se fortemente ampliada quando são trazidos à tona, além de características normativas necessárias para o bom desempenho profissional, questões de

caráter subjetivo³ como os anseios, as angústias e a satisfação dos profissionais constituintes dessas equipes.

Existem muitas controvérsias a respeito do conceito de satisfação e interesse no trabalho, o que dificulta o seu estudo e a sua compreensão, bem como o entendimento das variáveis que a ele se relacionam. Satisfação profissional vem sendo descrita como o estado emocional positivo resultante do prazer que se adquire com experiências do trabalho, estando fortemente relacionada a fatores como autonomia, desempenho e *status* profissional, qualidade de vida, auto-estima e remuneração^{4,5}.

Assim sendo, satisfação profissional pode ser considerada como um fenômeno complexo e multivariado, vivenciado pelos indivíduos como um estado comportamental, derivado de fontes internas e externas. Ainda, considerando-se o ambiente vivenciado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família como fontes geradoras principalmente de estímulos externos (positivos e negativos), torna-se essencial uma investigação a respeito da influência desses estímulos sobre o seu contexto de trabalho.

Este trabalho objetiva identificar questões acerca do interesse, da satisfação e da motivação de profissionais que integram equipes de Saúde da Família em municípios do estado de São Paulo, revelando aos gestores de saúde dados que justifiquem a importância do reconhecimento desses fatores profissionais, com vista aos avanços nos âmbitos profissional e social.

3.5 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de natureza quali-quantitativa, contou com a participação da totalidade de profissionais do setor saúde (n=78), integrantes de oito equipes de PSF e de seis equipes de saúde bucal (ESB), pertencentes a cinco municípios de pequeno porte da região noroeste do estado de São Paulo, Brasil (Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí). A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Processo FOA/UNESP 02187/2005 (Anexo 1).

A estrutura metodológica que orientou este trabalho baseou-se na aquisição de informações objetivas e subjetivas alcançadas por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado, previamente testado e validado. A entrevista, realizada por dois entrevistadores calibrados, deu-se no próprio ambiente de trabalho de cada categoria profissional.

O instrumento utilizado compreendeu três partes distintas, estando a primeira relacionada com questões socioeconômicas, a segunda com questões relativas à inserção e satisfação profissional no PSF e a terceira, com dados referentes à percepção subjetiva da satisfação profissional. As variáveis investigadas na primeira etapa relacionaram-se ao gênero, à faixa etária, ao grau de escolaridade, à residência, à renda mensal proveniente do PSF e à realização de cursos de pós-graduação ou de capacitação introdutória para o PSF. A segunda etapa contemplou, de maneira objetiva, a forma de contratação dos profissionais, seu tempo de atuação no Programa, os motivos que os levaram a trabalhar no PSF e a sensação de satisfação e segurança durante a sua prática de trabalho. Na terceira etapa os profissionais envolvidos puderam expressar-se com relação à sua satisfação em integrar uma equipe de PSF e emitirem, independentemente de estarem ou não satisfeitos, suas idéias, anseios e propostas de mudança (Anexo 3).

Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva e ao tratamento estatístico por meio do *software* Epi-Info 2000⁶, de domínio público e os resultados encontrados expressos em gráficos e tabelas. O material produzido por meio de entrevista foi tratado de acordo com uma das técnicas da Análise de Conteúdo, proposta inicialmente por Bardin⁷, a Análise Temática. Nesta, as respostas registradas são categorizadas de acordo com temas centrais e norteadores de cada fala. Visando contemplar os quesitos e anonimatos dos participantes utilizou-se, como instrumento de identificação profissional, nomes de plantas e ervas medicinais.

Os profissionais que optaram pela participação nesta pesquisa o fizeram cientes dos propósitos do estudo, assinando posteriormente um termo de consentimento livre e esclarecido o qual autoriza a divulgação de suas respostas (Anexo 2).

3.6 RESULTADOS

O número de entrevistados, segundo suas categorias de inserção profissional, está demonstrado por meio da tabela 1, visando uma melhor compreensão do universo da amostra.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS DO PSF, SEGUNDO A CATEGORIA DE TRABALHO. SÃO PAULO/SP, 2008.

Categoria Profissional	n	%
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	38	48,7
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	06	7,7
Cirurgião-Dentista (CD)	06	7,7
Auxiliar de Enfermagem (Aux. Enf.)	08	10,3
Enfermeiro	09	11,5
Médico	07	9,0
Técnico de Enfermagem (Téc. Enf.)	04	5,1
Total	78	100

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

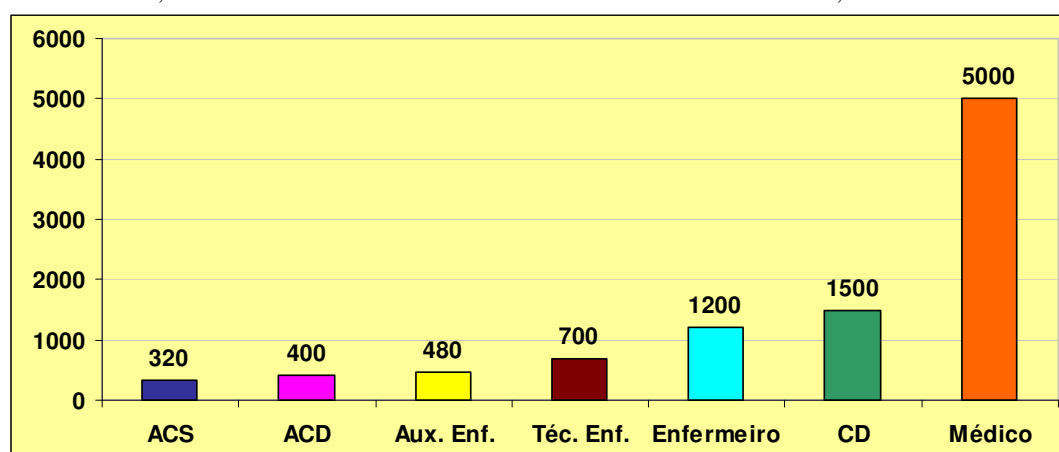
3.6.1 Perfil socioeconômico

Este estudo envolveu 78 profissionais constituintes de equipes do PSF, sendo 68 pertencentes ao gênero feminino e 10, ao gênero masculino. A faixa etária predominante concentrou-se entre 18 e 29 anos, o que caracteriza uma população de estudo constituída por adultos jovens. Com relação ao grau de escolaridade, a maioria dos entrevistados (43,6%) declarou ter completado o ensino médio. Vinte e três profissionais possuíam o ensino superior completo e dois, somente o ensino fundamental incompleto.

Quando questionados sobre o local de residência, 82,1% afirmaram morar na mesma cidade onde trabalham e 17,9% assumiram que residem em outras localidades. Destes, 7 eram médicos, 2 eram cirurgiões-dentistas e 4, enfermeiros.

Outro item abordado foi o rendimento financeiro médio mensal, considerando-se somente a renda proveniente do PSF. Os dados obtidos encontram-se no gráfico que segue (Gráfico 1), estando os valores expressos em reais.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS DO PSF, POR CATEGORIA, SEGUNDO A RENDA MÉDIA MENSAL. SÃO PAULO/SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

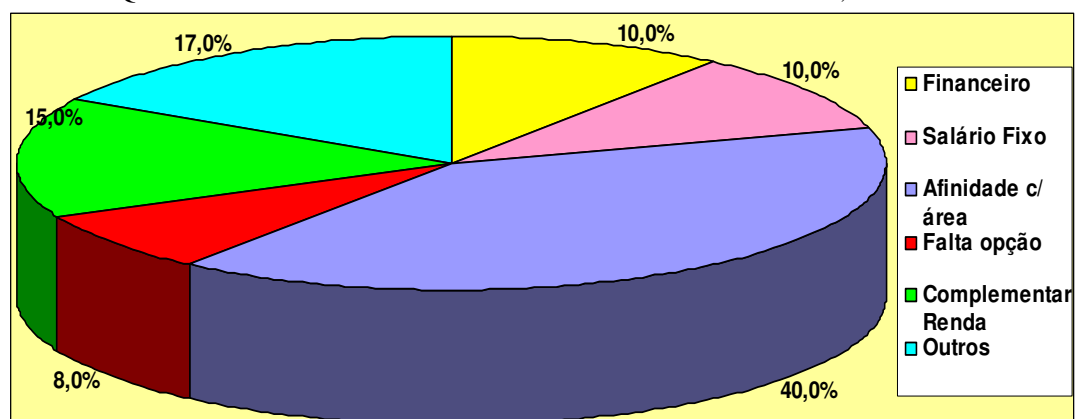
No que se referem à educação permanente e continuada, somente dois profissionais de nível superior (8,7%) relataram possuir algum curso de pós-graduação voltado para a área de saúde coletiva, sendo um especialista em Odontologia Social e outro em Medicina do Trabalho. A participação em cursos de capacitação introdutória para a atuação prática no PSF foi apontada por 50% do universo de profissionais envolvidos.

3.6.2 Inserção e Satisfação no Programa Saúde da Família

A grande maioria dos profissionais que compuseram a amostra (94,8%) relatou atuar há mais de três anos no PSF; sendo que 67,9% nunca haviam trabalhado anteriormente em um serviço público de saúde. Esses dados evidenciam constituir, o PSF, uma nova oportunidade de inserção no mercado de trabalho, no âmbito da saúde.

Perguntou-se também aos profissionais sobre o principal motivo que os levou a atuarem no Programa. As respostas mais frequentes podem ser visualizadas por intermédio do gráfico abaixo (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROFISSIONAIS DO PSF, SEGUNDO O MOTIVO QUE OS LEVOU A ATUAR NO PROGRAMA. SÃO PAULO/SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Quando questionados a respeito da satisfação sentida em compor uma equipe do PSF, 85,9% a atribuíram à questão profissional e 7,7% ao fator financeiro. Do total de profissionais, 6,4% não souberam responder.

Ao analisar a relação entre o motivo de inserção no PSF e o grau de satisfação percebido verificou-se que, dentre os profissionais que optaram pela variável “afinidade com a área”, o grau de satisfação profissional encontrado foi elevado (40,3%) e, dentre os que optaram pelo fator “financeiro”, nenhum entrevistado relatou sentir a satisfação financeira supostamente esperada.

Quanto à forma de contratação desses profissionais para a atuação no Programa verificou-se que 47,4% eram concursados, 28,2% contratados, 14,1% advindos de algum tipo de indicação política e 10,3% fruto de remanejamento interno. Dentre os concursados e os profissionais que sofreram remanejamento destaca-se a satisfação financeira como a variável de maior relevância (50% e 33,3% respectivamente), para os contratados o mais importante para sua satisfação foi o fator profissional (32,8%), e 40% dos indicados apontaram outros motivos para sua satisfação.

Constituiu-se também interesse dessa pesquisa uma avaliação dos profissionais a respeito das ações desenvolvidas pelas equipes no PSF: 52,6% as julgaram satisfatórias, 37,2% consideraram as ações regulares e 10,3%, insatisfatórias. Vale salientar que 62 entrevistados (79,5%) relataram sentir-se seguros para o desenvolvimento dessas ações enquanto 16 profissionais (20,5%) expressaram certo grau de insegurança. Dos profissionais que se sentiam seguros em sua prática diária de trabalho no PSF, 88,4% disseram estar satisfeitos com o Programa; no entanto, para os profissionais que não sentiam segurança ao atuar no PSF, o índice de satisfação declinou para 11,6%.

A Tabela 2 expõe a relação verificada entre a satisfação dos componentes das equipes do PSF e a renda advinda de seu trabalho no Programa.

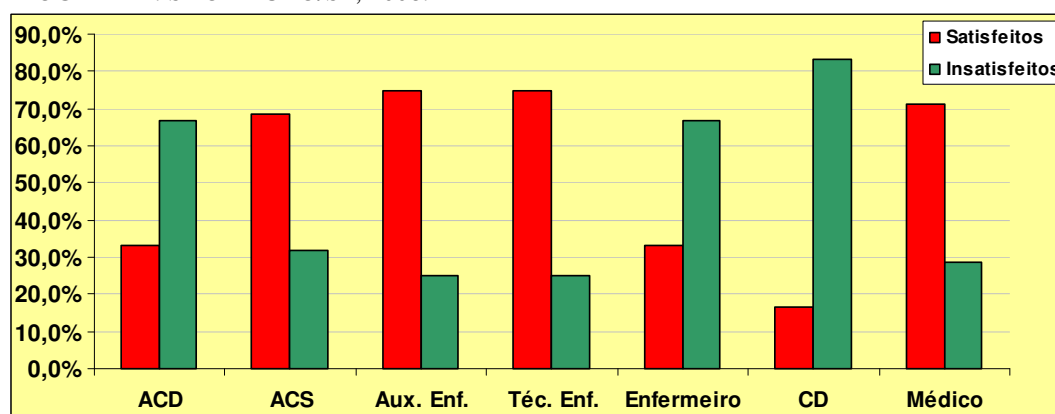
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO PSF, SEGUNDO A RENDA E O GRAU DE SATISFAÇÃO. SÃO PAULO/SP, 2008.

Renda	Satisfação	Número de Profissionais
Até 1000 reais	60,3%	58
1000 a 3000 reais	20%	15
Superior a 3000 reais	100%	05

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

Finalmente os participantes foram questionados, de forma simples e direta, independentemente de fatores positivos ou negativos agregados à sua resposta, se estavam ou não satisfeitos em atuarem no PSF – 55,1% declararam-se satisfeitos e 44,9%, insatisfeitos. As respostas foram também agrupadas por categoria profissional (Gráfico 3) e evidenciaram as auxiliares de consultório dentário, os cirurgiões-dentistas e as enfermeiras como constituintes das classes profissionais que apresentaram maior grau de insatisfação.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DO PSF POR CATEGORIA PROFISSIONAL, SEGUNDO A SATISFAÇÃO EM ATUAR NO PROGRAMA. SÃO PAULO/SP, 2008.



Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatu, Santópolis do Aguapeí/SP.

3.6.3 Percepção de satisfação profissional, com relação à inserção no PSF

Os relatos considerados mais representativos da percepção de satisfação ou insatisfação profissional serão neste momento expostos, dentro de suas categorias temáticas, da exata maneira como cada profissional se expressou.

No que diz respeito ao sentimento de satisfação profissional, o fato de estarem inseridos em uma proposta inovadora, a qual oportuniza o trabalho humanitário e o contato com as famílias foi diversas vezes abordado.

“Quando a gente faz o curativo no paciente e ele melhora, fica muito agradecido, tornando a gente muito feliz.” –Alfavaca.

“Porque gosto de ajudar pessoas carente e sentir de perto as necessidades da vida de cada um, isso me deixa feliz.” – Calêndula

“Porque a situação de vida das pessoas melhorou bastante depois do PSF. Antigamente não tinha essa facilidade de marcar consulta, pegar remédio, etc., pra gente faz bem ver que a população está mais assistida.” –Andiroba

“...porque a gente é a primeira relação entre o paciente e o médico, a gente se sente importante no PSF, isso é novo pra nós.” – Hamamelis

O contato com diferentes realidades, a troca de afeto, o carinho, o sentimento de confiança e a gratidão por parte dos usuários foram outros aspectos considerados motivos de satisfação.

“...há troca de afeto com os paciente. Têm carinho e respeito por nós ACS.” – Jaborandi

“O pessoal abre a porta das casas porque confia na gente, conta dos problema da vida, dá café, bolo e ainda agradece a gente.” – Carqueja

“...me deixa muito chocada ver a situação que alguns vivem, às vezes vou dar vacina e não agüento o cheiro da casa...aí agradeço a oportunidade de ver gente pior que eu e paro de reclamar da vida.” – Alecrim

Os membros das equipes do PSF apontaram também o “gostar em fazer” como fator de satisfação profissional.

“Eu gosto do que faço, apesar de ser muito cansativo.” – Malva

“Porque gosto do que faço, trabalhar com o ser humano é gratificante.” – Valeriana

“Porque consegue-se trabalhar mais as questões preventivas, se relacionar mais com outras pessoas, obter maior troca de informações...é gostoso poder trabalhar assim, não ficar isolado.” –Boldo Chileno

Já com relação à insatisfação profissional, a falta de integração entre os membros das equipes e a falta de suporte para o desenvolvimento das ações (profissional, de gestão, espaço físico, recursos financeiros, educação continuada) foram um dos fatores mais citados.

“O trabalho não é integrado, fico isolada, não participo de reuniões e nem sei do agendamento de reuniões.” –Jaborandi.

“Falta reunião para integração e a gente conhecer a equipe do PSF.” – Alcachofra.

“O trabalho não é feito em equipe, há falta de funcionários e também falta materiais para desenvolver o trabalho.” –Erva Cidreira.

“Há falta de apoio da administração, falhas no planejamento do PSF, a administração impõe funções que não foram planejadas, o que atrapalha o andamento do planejamento.” – Ibisco.

“Falta suporte de outros profissionais, tais como, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta.” –Guaco.

A sobrecarga de trabalho, os baixos salários e a desvalorização profissional constituíram outros temas abordados.

“Porque falta verdade no trabalho, são cobrado coisas que não são tarefa das ACS.” –Louro.

“...o enfermeiro do PSF é mais um do posto, que não tem tempo de atuar no PSF como PSF. O serviço do PSF é muito misturado com o serviço do posto de saúde.” - Zimbros.

“Porque o salário é muito baixo, em vista da carga exagerada de trabalho.” –Hipérico.

“Me sinto desmotivada pelo não reconhecimento do trabalho do PSF, pela administração e pelos meus colegas.” –Catuaba.

3.7 DISCUSSÃO

O trabalho em equipe é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do PSF, visando uma atenção em saúde mais integral e resolutiva. Entretanto, há que se promover entre os membros das equipes que trabalham com a estratégia Saúde da Família uma profunda coesão, buscando o entrelaçamento dos saberes e o conseqüente melhor desempenho profissional.

Outro aspecto importante a ser considerado é a melhor forma de contratação dos recursos humanos, impostos pela legislação trabalhista em vigor⁸. Se por um lado o concurso público se destaca como a forma mais eficaz para a fixação e adesão dos RH a esta nova proposta, fato que propiciaria uma maior integração profissional-usuário, com suposto desenvolvimento de vínculo, por outro aspecto existem falhas evidentes no processo de seleção dos profissionais⁹. Selecionar pessoas com perfil e aptidão para o trabalho com a comunidade constitui-se um desafio importante para o PSF. Além disso, o limite orçamentário dos municípios é real. É importante salientar que a proposta de financiamento dessa estratégia se estabelece a partir da contribuição das três esferas de governo, ou seja, também os estados e municípios devem destinar parte de seus recursos para a consolidação da proposta. Araújo e Dimenstein¹⁰ acreditam ser a inclusão dos profissionais no PSF, ainda hoje, definida por relações pessoais e políticas, o que certamente causará interferência no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que esses profissionais estabelecerão com a comunidade e com seu trabalho. Ainda, segundo os autores, muitos desses profissionais encaram a sua participação no PSF como uma atividade passageira, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional. No presente

estudo 47,4% dos profissionais são concursados e 94,8% vinculados ao Programa há mais de três anos.

Ao admitir-se que um dos grandes entraves do PSF situa-se na questão dos RH, haja vista a falta de anseios, motivação e perspectivas salariais alcançados e ainda a dificuldade de relacionamento interprofissional, a falta de aptidão e satisfação de seus profissionais, torna-se urgente uma forte atuação no nível pessoal¹¹ com ênfase à aceitação e ao respeito frente às diferenças entre os indivíduos, além da valorização de todos os envolvidos nos processos decisórios. Para Ribeiro et al.⁵, os profissionais necessitam ter clareza das condições vigentes em seu trabalho, uma vez que as possibilidades de sucesso e de fracasso não são exclusivas de seu desempenho, mas também características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-culturais, fato que poderia levá-los ao sentimento de insatisfação.

Ao apresentar como característica uma enorme capilaridade, o PSF exibe-se como estratégia socialmente sensível uma vez que suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade local¹², expondo-os constantemente a sentimentos de satisfação e/ou insatisfação¹³. Nesse estudo verificou-se, por meio da percepção dos sujeitos, que a exposição profissional a diferentes realidades constituiu-se motivo de satisfação, especialmente para as auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde.

Locke et al.¹⁴, autores de um dos primeiros estudos sobre satisfação no trabalho, defendem a satisfação como muito mais determinada pelas relações sociais do que pela recompensa salarial. Alguns dados obtidos por meio desse estudo corroboram com essa afirmação, uma vez que as auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, portadoras de uma das mais baixas médias salariais, apresentaram alto grau de satisfação no trabalho (75% e 68,4% respectivamente). Entretanto, ao analisar os resultados obtidos no estudo com agentes de saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN, os autores

perceberam que apesar de satisfeitas com a profissão em que atuam, ainda existem muitas reclamações no que se refere à baixa remuneração e à grande carga de trabalho a elas designada¹⁵.

Dentre os profissionais de nível superior destacam-se os cirurgiões-dentistas com elevado grau de insatisfação (83,3%) e a classe médica, em sua grande maioria, satisfeita (71,4%). Os resultados alcançados por Nicolielo e Bastos¹⁶ também mostram a insatisfação dos cirurgiões-dentistas frente à sua remuneração.

Cabe destacar aqui a discrepância salarial existente entre os diferentes profissionais que compõem o nível superior no PSF, com valores de renda média até três vezes maiores para os médicos^{17,18}. Esses dados constituem-se ainda resquícios de uma prática arraigada aos serviços de saúde pública no Brasil e de um modelo de atenção centrado na doença¹⁹, com freqüente desvalorização de todas as classes profissionais frente à hegemonia da classe médica.

Quando indagados sobre o motivo que os levou a trabalhar no PSF, somente 10% apontaram motivos financeiros, enquanto 40% afirmaram trabalhar no Programa pela questão da afinidade. A pesquisa desenvolvida por Cura e Rodrigues⁴, a qual aborda a satisfação profissional do enfermeiro, mostra uma forte relação entre insatisfação e benefícios financeiros compensadores.

A análise dos relatos obtidos junto aos profissionais evidencia a variável satisfação positivamente associada à participação em uma nova estratégia de trabalho, portanto pré-disposta a novos arranjos metodológicos e, negativamente, ao relacioná-la aos mesmos problemas humanos, técnicos e operacionais que há tempos cercam as políticas públicas de saúde no Brasil.

Na pesquisa conduzida por Vieira et al.²⁰ os profissionais destacaram como pontos fortes do PSF o vínculo com as famílias, a educação em saúde, o trabalho em equipe e

como pontos preocupantes também reivindicaram a melhoria das condições de trabalho e a estabilidade profissional. Porém, para que o desempenho dos trabalhadores no PSF possa ser otimizado, aumentando assim o grau de satisfação de seus trabalhadores, a literatura cita também a importância da implantação e do desenvolvimento de programas de capacitação profissional²¹. Para Lopes et al²² somente com a continuidade da educação é possível buscar a superação das concepções tradicionais e o fortalecimento de uma nova visão em saúde.

3.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática que aborda questões subjetivas, como o interesse e a satisfação profissional pouco tem sido estudada. Em especial, no PSF, é de suma importância que essas questões sejam consideradas e aprofundadas, visando direcionar o olhar para ações que contemplem as necessidades e anseios profissionais e a dinamização do processo de trabalho. As informações obtidas por meio desse estudo remetem à conclusão que a maioria dos profissionais que atuam no PSF demonstrou possuir interesse e afinidade com o Programa, apesar do grau de insatisfação manifestado por alguns profissionais.

Desta forma, o PSF continua sendo um grande desafio a ser enfrentado, no que se refere à implantação das políticas de atenção básica em saúde no Brasil, visto que se caracteriza por um campo de prática ainda pouco experimentado pelos diferentes profissionais que integram as suas equipes.

Agradecimentos: A Dra Nemre Adas Saliba por ter permitido a execução deste trabalho, parte do Projeto a qual é responsável. A Profa e Doutoranda Cristina Berger Fadel por ter adotado e colaborado para a concretização deste. Às Equipes de PSF dos cinco municípios estudados, pois sem eles não existiria esta contribuição. À CAPES e FAPESP pelas bolsas concedidas.

3.9 REFERÊNCIAS*

1. Ministério da Saúde. A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília, 2001.
2. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EG, Onoko RT, orgs. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.
3. Thofehrn MB, Leopardi MT. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(3): 409-17.
4. Cura MLAD, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev Latino-am enferm.* 1999; 7(4):21-8.
5. Ribeiro EM, Pires D, Blank VL. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 438-46.
6. Epi Info 2000. [programa de computador]. Versão 2000. Atlanta (GE): CDC; 2000.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
8. Ministério do Trabalho e Emprego. Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943.
9. Leitão GM. Reflexões sobre gerenciamento. *Texto Contexto Enferm.* 2001;10(1): 104-15.
10. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cienc Saúde Coletiva* 2006; 11(1):219-27.
11. Lodi DLP, Tagliari MH, Moretto EFS. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. *Bol Saúde* 2003; 17(2):67-79.
12. Werneck MAF, Lopes MIP, Rocha RC. Algumas reflexões sobre o cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte. [s.l.]; 2003.
13. Silva FSJFB. Perfil, ações e relações dos agentes comunitários de saúde integrantes do Programa de Saúde da Família do município de Araçatuba-SP. [Dissertação]. Araçatuba: Unesp - Universidade Estadual Paulista; 2004.

* Normalização segundo a Revista Mineira de Enfermagem. (ANEXO 5)

14. Locke EA, Smith PC, Kendall LM, Hulin CL, Miller AM. Convergent and discriminant validity for areas and methods rating job satisfaction. *J Appl Psychol.* 1964; 48: 313-9.
15. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Rev Odontol Universidade Cidade São Paulo* 2006; 18(1):43-51.
16. Nicolielo J, Bastos JRM. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. *Rev Fac Odontol Bauru.* 2002; 10(2):69-74.
17. Machado MH. Programa Saúde da Família no Brasil: algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF, org. *Os sinais vermelhos do PSF.* São Paulo: Hucitec; 2002. p. 125-32.
18. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4): 1026-35.
19. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10 Suppl :297-302.
20. Vieira ET, Borges MJL, Pinheiro SRM, Nuto SAS. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Rev Bras Promoção Saúde* 2004; 17(3):119-26.
21. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 669-81.
22. Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Brum LM, Scola MC, Buogo M. Educação em saúde: um desafio para a transformação do práxis no cuidado em enfermagem. *Rer HCPA* 2007; 27(2):25-7.

4 CAPÍTULO 3

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERFIL ADEQUADO A REALIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA?*

COMMUNITY HEALTH AGENT: STATUS ADAPTED WITH FAMILY HEALTH PROGRAM REALITY?

4.1 RESUMO

O presente artigo analisa o perfil e a realidade de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, visando contribuir para a otimização do Sistema Único de Saúde, especialmente em municípios de pequeno porte. Foram discutidos aspectos relacionados a sua inserção na equipe do Programa de Saúde da Família e da sua interação com a comunidade adscrita. Observou-se, entre outros, que há falta de motivação e experiência por parte dos agentes, o que compromete a qualidade da atuação na comunidade. Sabe-se que tais fatos encontrados são reflexos e conseqüências de todo um contexto estabelecido. Torna-se necessário um profundo repensar de prática por parte da equipe e, especialmente dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e o PSF.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Serviços de Saúde. Programa Saúde da Família.

4.2 ABSTRACT

This study analysis the status and work reality of Community Health Agents, with the purpose of contributing to the improvement of the Brazilian Health System (SUS) in small cities. It was discussed aspects related to their participation in the team of the Family Health Program (PSF) and their interaction with the community. It was observed a lack of motivation and experience, which compromises the quality of Agents performance in the community. It is known that these findings are reflex and consequence of an established context. It is necessary the team rethink their practice, specially the managers, having always as fundament the principles that guide the SUS and PSF.

Key words: Community Health Agents. Health Services. Family Health Program.

* Normalização segundo a Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo 6)

4.3 INTRODUÇÃO

A estratégia da Saúde da Família foi apresentada como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como alicerce os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso proporcionou uma postura dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, rompendo o seu caráter passivo. Deste modo, os serviços passaram a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco ao qual a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social.

Entretanto, cabe ressaltar, que é de extrema importância o envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, para a efetivação desse processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes¹.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo Ministério da Saúde, em 1991, e foi a partir daí, que começou a se focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo. A atenção passou a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes que trabalham junto a estes sujeitos, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas².

O programa conta com uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, a partir de 2000, cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e atendente de consultório dentário,

proporcionando um grande avanço para a saúde da população, a qual cria vínculos de coresponsabilidade com os profissionais do setor, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade³.

Dentro da equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) tem se revelado o ator mais intrigante, e muitas vezes considerado o protagonista, no que se refere à relação de trocas de experiências estabelecidas, especialmente entre os saberes populares de saúde e os conhecimentos médico-científicos⁴. O ACS, principal elo entre a ESF e a comunidade⁵, permite o fortalecimento do vínculo com a família, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar, aumentando com isso, a capacidade da população de enfrentar os problemas.

Tendo em vista a relevância do papel que os ACS assumem na equipe, constitui-se objeto desse estudo conhecer o perfil e a realidade de trabalho desses profissionais, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS.

4.4 METODOLOGIA

A pesquisa, caracterizada como um estudo exploratório descritivo, com abordagem quanti-qualitativa, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Processo FOA/UNESP 2005 – 02187 (Anexo 1).

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos desta, e àqueles que consentiram a participação, tiveram suas identidades resguardadas em cumprimento aos preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do CNS/MS⁶. Para validar o instrumento utilizado e calibrar os pesquisadores foi realizado um estudo piloto.

O estudo foi realizado com a totalidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (n=38) que atuam em sete Equipes de Saúde da Família em quatro municípios de pequeno porte do Noroeste Paulista.

Inicialmente, foram realizadas visitas iniciais aos Municípios e articulação com os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e com os próprios Agentes Comunitários de Saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevista, seguindo um roteiro semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, especialmente elaborado para pesquisa (Anexo 3). O local das entrevistas com os profissionais foi um espaço reservado, no ambiente de trabalho deles, visando a privacidade, a ética profissional e o direito à cidadania de cada participante. As questões propostas abordaram características sócio-demográficas e sócio-econômicas, a forma de seleção dos agentes, atividades desenvolvidas por eles, grau de satisfação em atuar no PSF, frequência de visitas às famílias, relação interprofissional, pontos positivos e negativos do PSF, participação em capacitação

introdutória e orientações em saúde bucal. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Nas questões abertas, procurou-se recolher o maior número possível de percepções, captando a visão própria do indivíduo, sem induzir a resposta. Optou-se por anotar a fala dos profissionais durante a entrevista, visto que é importante que o entrevistado sinta confiança e estabeleça uma relação de empatia com o entrevistador. Após anotado o que foi dito, perguntou-se ao entrevistado se o que estava escrito retratava o que ele realmente queria expressar.

A pesquisa qualitativa seguiu os princípios propostos por Minayo⁷ o qual visa o agrupamento de circunstâncias que dão sentido ao fato, e não uma situação isolada, oferecendo liberdade para resgatar o importante na novidade dos temas, mesmo se a frequência é pequena.

No processamento dos dados quantitativos e análise estatística foi empregado o software de domínio público EPI INFO 6.04.

4.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.5.1 Universidade X Comunidade

Percebe-se que se torna cada vez mais necessário e oportuno promover e fortalecer os canais de integração e parceria entre as Instituições de Ensino Superior e os municípios, no sentido de contribuir para a consolidação do SUS. Uma importante função da Universidade é o de identificar corretamente os problemas de saúde de cada município ou região, e de alguma forma buscar solucioná-los, ou seja, o ensino e a pesquisa devem ser direcionados para ações de impacto social que possibilitem melhores condições de vida para a população.

Os dados que serão apresentados nesse texto foram produzidos no interior do estudo “Desenvolvimento de metodologia para a otimização do modelo de assistência à saúde em Municípios de pequeno porte no Estado de São Paulo”, realizado por docentes, pós-graduandos e acadêmicos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, cujo intuito foi obter um diagnóstico geral do sistema de saúde dos municípios citados acima, em busca dos nós críticos e conseqüentemente, da melhoria das ações de saúde. Para tanto, foram realizadas entrevistas com elementos chave (gestores, conselheiros municipais, profissionais da equipe de saúde, usuários, etc.), além de análise dos Planos Municipais de Saúde e da rotina das Unidades Básicas de Saúde.

Cabe ressaltar, ainda, que os dados de investigações devem ser publicados e estar disponíveis, bem como serem considerados na formulação de políticas públicas em saúde, considerações fortemente discutidas no 11º Congresso Mundial de Saúde Coletiva⁸.

4.5.2 Perfil dos ACS (Dados sócio-demográficos e sócio-econômicos)

Desde o início da década de 90, quando o Ministério da Saúde incorporou os agentes comunitários de saúde ao Sistema Único de Saúde, ficou definido, pelo próprio Ministério e pelas secretarias municipais de saúde, que estes trabalhadores, independentemente do nível de escolaridade, deveriam cumprir requisitos formais de: residir há pelo menos 2 anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler, escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades ⁹.

A Portaria N 648 ¹⁰ de 28 de março de 2006 traz a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa dos Agentes Comunitários. Essa Portaria deve ser respeitada para que o bom funcionamento dos Programas se efetive e que eventuais falhas possam ser sanadas imperando a interação entre os Poderes que se colocam como responsáveis em organizar a saúde da população.

No presente estudo, a maioria dos profissionais é do gênero feminino. 34,2% apresentaram idade entre 18 e 29 anos, 39,5% entre 30 a 39 anos, 18,4% entre 40 a 49 anos e 7,9% com 50 anos ou mais.

Constatou-se que 5,3% dos agentes possuem o ensino fundamental incompleto; 65,8%, o ensino médio completo; 7,9% ensino médio incompleto, e 21,1%, o ensino superior incompleto. A identificação de 65,8% dos agentes possuírem ensino médio é uma informação surpreendente e o que provavelmente define essa situação é a pequena oferta de empregos e os pequenos salários pagos na região. Os percentuais de escolaridade encontrados no presente estudo foram importantes para o processo de qualificação profissional que teve início em agosto de 2006.

Apesar da grande importância que o ACS assume dentro da equipe, incluindo o aumento significativo de trabalho e responsabilidade, é discrepante a diferença salarial entre os membros da mesma. A renda média dos ACS foi de R\$ 305, 60, enquanto os salários dos médicos variavam entre R\$4.000,00 a R\$8.000,00. Esse fator foi considerado um dos principais pontos negativos da profissão, portanto de insatisfação revelados por elas: "*Acho que deveria ter um incentivo a mais no salário*" ou ainda "*O único problema é o salário baixo*".

Mesmo assim, observou-ser claramente a importância que os agentes atribuem ao trabalho que realizam:

"Porque a gente é a primeira relação entre o paciente e o médico"; "Os problemas de minha área são resolvidos por mim (ACS) e pela enfermeira"; "Consigno tudo que precisa para a minha população adscrita". Por outro lado, o sentimento de desvalorização de sua profissão fica evidente em suas falas: "O salário é pouco pelo o que a gente faz"; "Não valorizam o trabalho da ACS"; "Falta de confiança nos Agentes por parte dos gestores"; "Forma de tratamento pessoal que magoa".

4.5.3 Realidade de trabalho dos ACS

A maioria dos agentes (65,8%) relatou que atua na área onde reside, fato essencial para que seja estabelecido o sentimento de confiança e cumplicidade entre eles e a comunidade. Outro ponto a se considerar, quanto à importância de se trabalhar onde reside, é o fato de compartilhar os mesmos problemas, a mesma cultura, enfim, a mesma realidade. Deste modo, o papel de "tradutor"⁴ que os ACS assumem é muito mais verídico, pois eles participam do mesmo contexto físico e social.

Dos agentes entrevistados, 47,4% estão a menos de um ano no PSF, caracterizando a alta rotatividade destes profissionais. Esse fato é considerado desfavorável para a comunidade, pois a questão do vínculo fica comprometida, e os laços de confiança que deveriam ser estabelecidos acabam ficando estremecidos.

Alguns ACS parecem não compreender as funções que lhes são atribuídas, até porque, muitas vezes, o que os leva a buscar o emprego são outros fatores, como por exemplo, a falta de trabalho, e não propriamente a função que exercem. Citações como "*Ter obrigação de realizar as visitas*" e "*Muitas famílias para poucas ACS*" deixa claro essa percepção por parte dos mesmos.

A expansão da cobertura possibilitada pelo Programa de Saúde da Família vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores. Assim verifica-se a ocorrência de diversas modalidades de contratação com vínculos que se distribuem desde os mais formais e protegidos pela legislação vigente, até os chamados contratos "informais".

Com o passar do tempo, a classe de ACS foi ganhando espaço no cenário do PSF e com isso foram se ampliando as suas aspirações de reconhecimento de sua identidade profissional e de seus direitos trabalhistas.

Entretanto, mesmo com a regulamentação da profissão ocorrida em 2002 (Lei 10.501)¹¹, verificou-se nesse estudo a existência de contratos de caráter precário, muitos sem garantias trabalhistas. Isso demonstra que os gestores municipais de saúde ainda não concebem o agente de saúde como sendo uma categoria permanente e essencial para o desenvolvimento do PSF.

Esse fato vem de encontro com outros estudos, como os realizados em municípios do Rio Grande do Norte e da região metropolitana do Recife, onde as formas de vinculação de trabalho realizadas entre as Secretarias de Saúde pesquisadas e os ACS são contratos

temporários^{12,13}. Sabe-se que na maioria das vezes estas formas de contratação contribuem marcadamente para a instabilidade dos ACS nos municípios, refletindo-se no conjunto de ações desenvolvidas por eles¹⁴.

As características da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade¹⁵. A forma de vinculação do agente na Secretaria de Saúde influencia e interfere no processo de trabalho, trazendo as seguintes conseqüências¹⁰: descompromisso; desmotivação e insegurança, fazendo com que os agentes não se sintam comprometidos ao município e por conseqüência diminuem a produção no serviço.

De acordo com o Ministério da Saúde², o ACS é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente cento e cinquenta famílias que vivem em seu território de atuação, sendo imperativa sua total identificação com o mesmo. Os ACS entrevistados revelaram que são responsáveis, em média, por 97 famílias, e 78,9% conhecem as famílias de sua área de abrangência. A maioria (68,4%) realiza visitas semanais e os três temas mais abordados por eles durante as visitas domiciliares foram: saúde geral, alimentação e assuntos familiares.

Por outro lado, percebeu-se que muitas ações realizadas pelos agentes são ainda muito centradas no enfoque curativo, com orientações e entrega de medicação, envio de exames, marcação de consultas: *“porque antigamente não tinha essa facilidade de marcar consulta, pegar remédios...”*.

Todavia, por meio de suas narrativas, foi constatado que alguns profissionais de saúde mostram-se satisfeitos, ou melhor, realizados em prestar um serviço de caráter coletivo, e o significado “cuidar” é muito forte entre eles. A questão do vínculo com o paciente, de um relacionamento de confiança mútua, fica evidente:

“Porque é um serviço onde todos se reúnem para atender a todos”;
 “Porque o paciente ganha confiança na gente”;
 “Troca de afeto com pacientes, eles tem carinho e respeito pela ACS;
 "A auto estima fica elevada ao trabalhar com as pessoas";
 "Quando os problemas encaminhados são resolvidos, me sinto realizada";
 “A maneira de conversar e poder ajudar as pessoas a melhorar hábitos de vida, como ACS posso ajudar as pessoas”;
 “Quando as pessoas te ouvem, vale a pena!”;
 “Recebo carinho, principalmente dos idosos e doente.”;
 “Ser útil ao ser humano.”

Segundo Carvalho et al.¹⁶, por mais bem estruturado que venha ser o Sistema Único de Saúde, por mais abrangente e pormenorizada que venha a ser a Legislação ordenadora do SUS, por mais recursos financeiros e materiais de que dispõe o Sistema e por mais avançados que sejam os enunciados da política de saúde e os objetivos fixados na Lei Orgânica de Saúde, o SUS não funcionará a contento e os ideais nele traduzidos estarão fadados ao fracasso, se não dispuser de recursos humanos qualificados e, obviamente, valorizados sempre.

Constatou-se que 52,6% dos ACS não participaram de uma capacitação introdutória, e que 89,5% não trabalhavam em serviços de saúde antes de entrar no PSF, mesmo assim, 78,9% sentem-se seguros em atuar na função que exercem.

“A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio-ambiente, transporte, lazer, liberdade, posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”³. Para existir, realmente a integralidade das ações, a saúde bucal deve ser considerada, entretanto, 60,5% dos entrevistados não receberam informações sobre saúde bucal.

De acordo Levy et al.¹⁴, em sua pesquisa também foi constatado que não houve uma capacitação para as ACS, para o desenvolvimento de atividades visando promover a saúde bucal, e as orientações restringem-se às gestantes e aos bebês, não havendo uma programação definida para a comunidade.

As práticas no PSF devem ser desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar na medida em que participa, integra conhecimentos específicos de diversas áreas, com o objetivo comum de promover e manter a saúde da população.

Em um estudo realizado por Menegolla et al.¹⁷, as ACS relataram que a colaboração dos companheiros de equipe é imprescindível para o bom andamento das orientações e cuidados prestados à população, embora alguns deles observaram que é muito incipiente o envolvimento desta equipe em relação aos problemas da comunidade.

Nesta pesquisa também foi referida a falta de trabalho em equipe, sendo esta, citada como causa de insatisfação: "*Falta reunião para integração e conhecimento entre a equipe do PSF*"; "*A equipe precisa trabalhar junto*", "*Falta ajuda dos médicos, enfermeiros e dentistas*". Este fato corrobora ainda, com o estudo de Pedrosa et al.¹⁸ que verificaram dificuldades de integração de médicos e enfermeiros do PSF com agentes de saúde e ainda ressaltaram que para os médicos, um dos problemas era a indefinição do papel do agente na relação médico/paciente/serviço, isto é, se deveria opinar/atuar diretamente nas intervenções diagnósticas e terapêuticas ou participar no levantamento de dados e facilitar o acesso ao serviço pela população.

4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, ainda que alguns pré-requisitos importantes para a atuação dos agentes no PSF se enquadrem dentro dos padrões exigidos, percebeu-se que características como a falta de experiência, de integração com o restante da equipe e de motivação dos agentes comunitários, pode comprometer a qualidade de suas ações na comunidade. Sabe-se que tais fatos encontrados são reflexos e conseqüências de todo um contexto estabelecido. Torna-se necessário um profundo repensar de prática por parte da equipe e, especialmente dos gestores, tendo como base os princípios que regem o SUS e o PSF, para que o papel do ACS seja realmente entendido e, sobretudo para que possam ser mais valorizados enquanto profissionais da área da saúde. Afinal, são eles que mantêm o contato estreito com os usuários dos Sistemas.

4.7 COLABORADORES

N. A. Saliba, S. A. S. Moimaz e R. M. Arcieri delinearão o estudo, orientaram a elaboração e aplicação dos questionários, bem como a análise dos dados e redação do artigo. M. L. Carvalho e K. T. Santos elaboraram e aplicaram os questionários, tabularam os dados e redigiram o artigo.

AGRADECIMENTOS:

À Karina Tonini dos Santos por ter adotado este trabalho. Aos agentes comunitários de saúde por permitir que fossem realizadas as entrevistas. A Fapesp (Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) pelo suporte financeiro do estudo. A CAPES pela bolsa de Doutorado.

4.8 REFERÊNCIAS*

1. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1026-35.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa da Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria define verbas da saúde bucal no PSF*. [acessado 2007 Abr 18].Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/default.htm>.
4. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6): 1639-46.
5. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(4):727-33.
6. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
8. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Declaração do Rio*. [acessado 2007 Abr 18].Disponível em: http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=47.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Dez anos de saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. *Portaria nº 648 de 28 de março de 2006*. Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o

* Normalização segundo a Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo 6)

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [acessado 2007 Abr 18].
Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.

11. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002, 11 jul.
12. Castro LJ, Vilar ALR, Fernandes PV. *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde*: um desafio para a gestão do SUS. [acessado 2006 Set 25].
Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigoPolitica.phpcodigo=195>.
13. Nascimento CMB. *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde*: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife. [Monografia]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
14. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):197-203.
15. Nogueira PR, Silva RBFZ, Ramos Z. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis* – o agente comunitário de saúde [acessado 2006 Nov 03]. Disponível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs> .
16. Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde*: comentários à lei orgânica da saúde (Leis nº 8080/90 e 8142/90): 3.ed. Campinas: Editora UNICAMP; 2001. 330 p.
17. Menegolla VL, Polleto Ds, Krahl M. O agente comunitário de saúde no desenvolvimento de seu trabalho. *Bol Saúde* 2003; 17: 81-93.
18. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(3):303-11.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu concluir que:

- Ao avaliar oito equipes do PSF e cinco equipes de saúde bucal de cinco municípios de pequeno porte da região noroeste do estado de São Paulo verificou-se que os membros das equipes estudadas possuíam idade entre 18 e 29 anos, com menos de um ano de trabalho e a maioria morava no município onde trabalha; houve falta de interação entre os médicos e a equipe de saúde bucal com os demais membros da equipe do PSF; facilidade de aproximação das enfermeiras aos demais membros da equipe de saúde da família; necessidade de interação município/universidade para atuar no trabalho interdisciplinar do PSF e de capacitação destas equipes.
- A maioria dos profissionais que atuam no PSF demonstrou possuir interesse e afinidade com o Programa, apesar do grau de insatisfação exposto por algumas categorias.
- Em relação aos agentes comunitários, características como a falta de experiência, de integração com os membros da equipe e de motivação dos agentes comunitários, pode comprometer a qualidade de suas ações na comunidade. Torna-se assim necessário uma prática de valorização diferente por parte dos gestores para com estes profissionais, visto que eles que mantêm o contato estreito com os usuários dos Sistemas.

- O PSF continua sendo um grande desafio a ser enfrentado e existe necessidade de criação de equipes multiprofissionais no PSF, frente às deficiências encontradas na interação dos profissionais que atuam no Programa.

ANEXOS

ANEXO 1

unesp  UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-

OF. 017/2006
CEP
SFCD/bri

Araçatuba, aos 16 de fevereiro de 2006

FLS. 32
PROC. 2005-02187
RUB. 132

Referência Processo FOA 2005-02187

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto "DESENVOLVIMENTO DE METODOLOGIA PARA A OTIMIZAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE NO ESTADO DE SÃO PAULO" expedir o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório final em 16/02/2007.


Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma Senhora
Dr^a. Nemre Adas Saliba
Araçatuba-SP-

Ciente. De acordo.

Dr^a. Nemre Adas Saliba

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária –
Rua José Bonifácio, 1183 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Unesp

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL



Araçatuba (SP), 27 de Fevereiro de 2006.

Prezado Senhor(a),

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, peço a permissão para a coleta de dados, através de questionário semi-estruturado, observação livre e fotografias. Esses dados serão tabulados e divulgados no meio científico, mas será respeitado o direito do anonimato aos participantes garantido pelos princípios da ética na pesquisa. Os dados da pesquisa serão coletados por meio de entrevistas com os profissionais das Equipes de Saúde e Equipes de Saúde Bucal (ESB), do Programa de Saúde da Família (PSF), deste município. Esta pesquisa poderá servir de parâmetros para melhorar a compreensão e identificação do trabalho realizado pelos profissionais das Equipes de Saúde pela percepção sobre os problemas relativos aos objetivos propostos pelo PSF, dando continuidade, com maior sucesso do Programa e do SUS, que vem sendo desenvolvido neste município. O título da referida pesquisa é **“Perfil das Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF), de municípios de pequeno porte”**, que será desenvolvida pelos alunos Maria de Lourdes de Carvalho, Doutoranda, orientada pelo Doutor Renato Moreira Arcieri, do Curso de Pós-Graduação de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.

Esperando contar com a sua colaboração, agradecemos a atenção desde já colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que fizerem necessário. Os telefones para contato, caso haja alguma dúvida, são: UNESP: 3636-3250, Maria de Lourdes: 3609-2457, Renato Moreira Arcieri: 3636-3250.

Aproveitamos para reiterar os nossos votos de estima e consideração.
Atenciosamente.

Coordenação do Projeto

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa “Perfil das Equipes de Saúde e Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa Saúde da Família (PSF), de municípios de pequeno porte”, AUTORIZO a realização do levantamento de dados para a pesquisa, dando-me o direito de sair deste grupo estudado, a qualquer momento e com o direito de usufruir dos seus benefícios na cidade de

_____, ____ de _____ de 2006.

Nome do Responsável

Assinatura do Responsável

Número doc. Identidade

Órgão Expedidor

ANEXO 3



Unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
 CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL



Questionário Semi Estruturado

Perfil das Equipes de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) em municípios de pequeno porte.
Pesquisadora: Maria de Lourdes Carvalho/Doutoranda; Orientador: Dr Renato Moreira Arcieri

Função no PSF _____ **Data Nascimento** _____
Local _____

1ª Parte: DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

1-Nacionalidade: a) Brasileiro b) Outros	2 - Gênero: a) Masculino b) Feminino	3 - Idade: a) 18 a 29 anos b) 30 a 39 anos c) 40 a 49 anos d) 50 anos ou mais
4 - Estado civil: a) Casado b) Solteiro c) Divorciado d) Outros	5 - Cor: a) Branco b) Moreno c) Pardo d) Amarelo e) Outros	6-Nascimento: Cidade: _____ Estado: _____ Ano: _____
7.Você reside na cidade onde trabalha? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8 - Há quanto tempo mora na cidade onde trabalha?	9 - Mora no bairro em que trabalha? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

2ª Parte: DADOS SOCIOECONÔMICOS :

1-Grau de Escolaridade: a) Ensino fundamental incompleto b) Ensino fundamental completo c) Ensino médio incompleto d) Ensino médio completo e) Ensino superior incompleto f) Ensino superior completo	2-Escola onde se formou: <input type="checkbox"/> Pública _____ <input type="checkbox"/> Privada _____	3-Ano da última formatura:
4- É Especialista? a) SIM b) NÃO Qual? _____	5 - Moradia: a) Própria b) Própria em aquisição c) Alugada d) Cedida e) Outros	6 - Numero de cômodos da casa: a) Menos de 5 b) De 5 a 10 c) Mais que 10
7 - Possui Carro? a) Não possui b) Possui um carro c) Possui dois ou mais automóveis	8 - Renda: Pessoal (PSF): _____ Renda Familiar: _____	Observação:

3ª Parte: DADOS DA RELAÇÃO PROFISSIONAL/PSF:

1 - Há quanto tempo está no PSF? a) Menos de 1 ano b) De 1 a 2 anos c) De 2 a 3 anos d) De 3 a 4 anos e) Mais de 4 anos	2 - Antes de trabalhar no PSF, trabalhava em serviço de saúde? a) SIM b) NÃO	3 - Se sim, em qual função? <div style="text-align: right;">Pág. 1</div>
--	--	---

4 - Qual o motivo que o levou a trabalhar no PSF? a) Motivos financeiros b) Por ter salário fixo c) Por afinidade a essa área d) Por falta de opção e) Por ser bem remunerado f) Para complementar renda g) Outros	5 - Assinale o grau de satisfação que você julga mais importante em seu trabalho no PSF? () Profissional () Financeiro () Outros _____	6 - Como foi selecionado para atuar no PSF? a) Concurso b) Contrato c) Indicação d) Remanejamento
7 - Por quantas famílias você é responsável?	8 - Conhece os integrantes das famílias de sua área de abrangência do PSF? a) SIM b) NÃO Por que? _____ _____	9 - Com que frequência você faz visitas de rotina em cada família? a) Diária b) Semanal c) Quinzenal d) Mensal e) Semestral f) Não visita
10. Com que frequência você faz visitas domiciliares programadas (situação específica)? A) Diária B) Semanal C) Quinzenal D) Mensal E) Semestral F) Não visita	11. Fez Capacitação Introdutória para atuar no PSF? a) SIM b) NÃO Por que? _____ _____	12. Recebeu informação sobre saúde bucal? (Responda só quem fez capacitação). a) SIM b) NÃO
13. Você se sente seguro para atuar no PSF? a) SIM Por que? _____ _____ b) NÃO Por que? _____ _____	14. Como você avalia as ações desenvolvidas pelo PSF? a) Satisfatória b) Regular c) Insatisfatória Por Que? _____ _____	15. Classifique seu relacionamento com os profissionais do PSF, em ordem decrescente de 1 a 4, sendo 1 o melhor relacionamento: () Médico () Dentista () ACD () Enfermeiro () Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () ACS
16. Faz agendamento de ENCAMINHAMENTO dos problemas de saúde para outras localidades? a) SIM Por que? _____ _____ b) NÃO Por que? _____ _____	17. Qual é o fluxo do encaminhamento?	18. Os problemas encaminhados são resolvidos? a) Sim b) Não c) Em parte POR QUE? _____ _____
19- Na sua opinião, você está satisfeito com o PSF? a) SIM Por que? _____ _____ b) NÃO Por que? _____ _____	20- Independente de estar ou não satisfeito, o que precisa ser mudado?	

21 - Classifique os 3 assuntos mais abordados nas visitas domiciliares, em ordem decrescente de 1 a 3: (O assunto mais abordado é o nº 1)

() Saúde Geral	() Religião	() Alimentação	() Outros: Quais?
() Saúde Bucal	() Habitação	() Política	
() Assuntos familiares	() Lazer	() Economia Doméstica	

22 - Cite pontos positivos e negativos do seu trabalho no PSF:

Positivos _____

Negativos _____

ANEXO 4

Capítulo 1: Diretrizes para submissão de trabalhos para Bioscience Journal da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

Universidade Federal de Uberlândia

Bioscience Journal.

Editor - Prof. Dr. Oswaldo Marçal Júnior.

Av. Para, 1720.

38400-902 Uberlândia – MG.

Brasil – fone- (34) 3218-2546.

www.biosciencejournal.ufu.br e-mail – biosciencej@ufu.br.

Submissões On-line

Diretrizes para o autor

Já possui um login/ senha para a Bioscience Journal?

[Acesso](#)

Deseja cadastrar um login/senha?

[Cadastro](#)

- A redação deve primar por clareza, brevidade e concisão.
- Os trabalhos devem ser apresentados sem identificação de autores, inclusive os anexos, fotos e gravuras. Devem ser digitados em fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo e com margem de, no mínimo, 2 cm.
- O texto será escrito cordialmente, com intercalação de tabelas e figuras, em quantidade mínima necessária para a compreensão do texto.
- Todo material ilustrativo deverá ser apresentado de tal forma que seja possível sua reprodução fotográfica sem retoques.
- No corpo do trabalho não deverá constar o nome dos autores.
- Após a submissão on-line, o autor principal deverá enviar um ofício assinado por todos os autores, solicitando a submissão do artigo e a sua possível publicação exclusivamente nesta revista. O ofício deverá conter dados pessoais de todos os autores (títulos, endereço para correspondência, e-mail e Instituição a que está ligado)
- O artigo será encaminhado a três (03) revisores da área, sem a identificação dos autores e, será considerado aprovado com 02 pareceres favoráveis.

A reprodução total ou parcial dos trabalhos da Revista é permitida desde que seja citada a fonte.

Informações mais detalhadas sobre a apresentação de trabalhos para publicação poderão ser obtidas junto à Comissão Editorial.

Tipos de publicação - Os trabalhos divulgados poderão ser:

1. Artigos originais - Artigos que apresentem contribuição inteiramente nova ao conhecimento e permitam que outros investigadores, baseados no texto escrito, possam julgar as conclusões, verificar a exatidão das análises e deduções do autor e repetir a investigação se assim o desejarem. Incluem-se aqui os resumos e teses. Devem conter: Título em português e inglês, Resumo (de 100 250 palavras), Palavras-chave, Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão (ou Resultados e Discussão), Conclusão (opcional), Agradecimentos (opcional), Abstract, Keywords, Referências. Os trabalhos

não devem exceder a 20 laudas, incluídos os anexos.

2. Artigos de Revisão - Serão aceitos, apenas a convite do editor. As revisões devem abordar temas de interesse, atualizados. Devem conter: Título em português e inglês, Resumo, Palavras-chave, Texto, Conclusão, Agradecimentos (caso necessário), Abstract, Keywords, Referências. Os trabalhos não devem exceder a 30 laudas, incluídos os anexos e as Referências Bibliográficas.

3. Relato de caso(s) - Artigos predominantemente clínicos, de alta relevância e atualidade, relatos de achados na área clínica e básica. Devem conter: Título em português e inglês, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Relato do caso, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (caso necessário), Abstract, Keywords, Referências. Os trabalhos não devem exceder 10 laudas, incluídos os anexos.

4. Comunicação - Artigo não original, demonstrando a experiência de um grupo ou de um serviço, abrangendo preferencialmente ensino, pesquisa, políticas de saúde e exercício profissional. Deve conter: Título em português e inglês, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Conteúdo, Agradecimentos (caso necessário), Abstract, Keywords, Referências. Os trabalhos não devem exceder 15 laudas, incluídos os anexos.

5. Notas prévias - Pequenas informações que apesar de conterem novos dados, ainda não permitem ao leitor, pela provisoriedade do texto, definir a conclusão. Devem conter: Título em português e inglês, Resumo, Palavras-chave, Texto, Abstract, Keywords, Referências. Os trabalhos não devem exceder a 5 laudas, incluídos os anexos.

6. Editoriais - Colocações solicitadas a especialistas de áreas afins, indicados pela Comissão Editorial, visando analisar um tema de atualidade. Devem conter: Título em português e inglês, Autor, Palavras-chave, Texto (português e inglês), Keywords, Referências (caso necessário). Os trabalhos não devem exceder a 2 laudas, incluídos os anexos.

As citações no texto poderão ser expressas das seguintes formas, de acordo com as normas da ABNT NBR 10520, de ago. 2002:

Citação direta: - “Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia”(DERRIDA, 1967, p. 293).

- “Não se mova, faça de conta que está morta” (CLARAC; BONNIN, 1985, p. 72).

- Oliveira e Leonardo (1943, p. 146) dizem que “a relação da série São Roque com os granitos porfiróides pequenos é muito clara”.

Citação indireta: Conforme Castro (1978), uma tese deve ser original e viável.

- A capacidade do homem de produzir e ler símbolos deve ser o ponto de partida da estética (BARBOSA, 1984).

Citação de citação: - (ETANS, 1987 apud SAGE, 1992, p. 2-3).

- Segundo Silva (1980 apud ABREU, 1999, p. 3) diz ser [...].

Toda citação feita no decorrer do texto deverá ser incluída na lista de Referências no final do artigo.

Referências

As referências incluídas no final de cada artigo devem ser escritas em folhas separadas do

texto principal, em ordem alfabética de acordo com as normas da ABNT NBR-6023, ago. 2002. Na lista de Referências, no final do artigo, todos os autores devem ser mencionados. Não é permitido o uso da expressão et al.

Observar os exemplos das referências abaixo:

Livro no todo:

GRAZIANI, Mário. Cirurgia buco-maxilo-facial. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976. 676 p.

Capítulo de livro sem autoria própria:

PERRINS, C. M. Social systems. In: _____. Avian ecology. Glasgow: Blackie, 1983. cap. 2, p. 7-32.

Capítulo de livro com autoria própria:

GETTY, R. The Gross and microscopic occurrence and distribution of spontaneous atherosclerosis in the arteries of swine. In: ROBERT JUNIOR.; A., ATRAUSS, R. (Ed.). Comparative atherosclerosis. New York: Harper & Row, 1965. p. 11-20.

Monografias, Dissertações e Teses:

CORRALES, Edith Alba Lua Segovia. Verificação dos efeitos genotóxicos dos agentes antineoplásicos citrato de tamoxifen e paclitaxel. 1997. 84 f. Dissertação (Mestrado em Genética e Bioquímica) – Curso de Pós-Graduação em Genética e Bioquímica, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 1997.

Trabalhos apresentados em eventos: Congressos, Seminários, Reuniões...

NOVIS, Jorge Augusto. Extensão das ações de saúde na área rural. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 37-43.

Artigos de periódicos

COHEN, B. I.; CONDOS, S.; DEUTSCH, A. S.; MUSIKANT, B. L. La fuerza de fractura de tres tipos de materiales para el muñon en combinacion com tres espigas endodontiacales distintas. R. Cent. C. Biomed. Univ. Fed. Uberlândia, Uberlândia, v. 13, n. 1, p. 69-76, dez. 1997.

Obs.: Quanto ao título de periódicos, deve-se adotar um único padrão. Na lista de Referências todos os títulos de periódicos devem vir abreviados ou todos por extenso.

Nota:

Quando se tratar de documento eletrônico, deve-se fazer a referência normal, acrescentando-se ao final informações sobre a descrição do meio ou suporte.

Exemplo:

Capítulo de livro com autoria própria disponível em CD-ROM:

FAUSTO, A. I. da F.; CERVINI, R. (Org.). O trabalho e a rua. In: BIBLIOTECA nacional dos direitos da criança. Porto Alegre: Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul, 1995. 1 CD-ROM.

Artigo de periódicos em meio eletrônico:

ROCHA-BARREIRA, C. A. Caracterização da gônada e ciclo reprodutivo da *Collisella*

subrugosa (Gastropoda: Acmaeidae) no Nordeste do Brasil. *Brazilian Journal of Biology*, São Carlos, v. 62, n. 4b, nov. 2002. Disponível em: Acesso em: 20 abr. 2003.

Diretrizes para submissão (Todos os itens obrigatórios)

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar em "Comentários ao Editor".

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, RTF ou Word Perfect.

Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.ubc.ca>) estão ativos.

O texto está em espaço duplo; usa uma fonte de 12-pontos; emprega *itálico* ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.

O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as [Diretrizes do autor](#), encontradas na seção "Sobre" a revista. A seção da revista é revisada pelos pares, a identificação do autor foi removida, e "autor" e "ano" foram usados na bibliografia e notas de rodapé, ao invés de nomes de autores, títulos, etc. O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word.

A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista. O texto cumpre com as normas de formatação da revista citados em Normas para os autores na seção Sobre a Revista.

Após a submissão on-line, os autores deverão enviar ao endereço da revista, uma carta de anuência com o título do artigo submetido, constando os dados funcionais e assinaturas de todos os autores, concordando com a submissão e sua possível publicação.

Todos os itens acima são requisitos básicos para a submissão de um artigo e, caso não estejam de acordo com as normas da revista, ou os meta dados não estejam preenchidos corretamente, o referido artigo NAO SERA considerado para avaliação.

Aviso de Direito Autoral

Direitos Autorais para artigos publicados nesta revista são do autor, com direitos de primeira publicação para a revista. Em virtude de aparecerem nesta revista de acesso público, os artigos são de uso gratuito, com atribuições próprias, em aplicações educacionais e não-comerciais.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

ANEXO 5

CAPÍTULO 2: Instruções aos autores da Revista Mineira de Enfermagem - REME

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui periodicidade trimestral e têm por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão Teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de Experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos Reflexivos: são textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: são as instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos, nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão –peer review – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- a) protocolados, registrados em base de dados para controle;
- b) avaliados quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME -(folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos consultores;
- c) encaminhados ao Editor Geral que indica o Editor Associado que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem

do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Geral que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297 mm), com margens de 2,5mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo - nos idiomas: português, inglês, espanhol;

Autor(es) – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; Indicação da Categoria do artigo: Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave; Abstract e Key words; Resumen e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: - introdução;

-desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);

-conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/bssccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As referências são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As citações no texto devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

4.4 Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o “Journals Database” Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do IBICT-Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As ilustrações devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completa, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressos (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer a padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis abaixo)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME - Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil
Telefax.: 55(31) 3248-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

ANEXO 6

CAPÍTULO 3: Instruções para Colaboradores da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Rua Diogo de Vasconcelos, 104 - Manguinhos
 CEP 21041-180 - Rio de Janeiro - RJ
 (21) 3882-9153 e (21) 2290-4893 –
 Todos os direitos reservados para ABRASCO.

http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/imagens/instrucoes_para_colaboradores.pdf

Instruções para Colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um **tema específico** considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de 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 bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das 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, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

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

Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de 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 artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado

de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

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 devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de 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 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera 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 notas de pé-de-página ou no final do artigo.

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.

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, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir materiais publicados 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 da Revista.

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

9. O resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres (incluindo palavras chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

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 do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (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, será 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 o 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 (Word).
5. Os **gráficos** devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conserva 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, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existir deve ser colocado antes das referências bibliográficas.
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 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 as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: ... “Outro indicador analisado foi o de imaturidade do PSF” 11 ...
ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza 4, 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 até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

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

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischeher PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

1. 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.

2. Organizador ou compilador como autor

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

3. Instituição como autor

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

4. 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.

5. 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.

6. 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. 581-2.

7. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: 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**1. Artigo de jornal**

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

2. Material audiovisual

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

3. Documentos legais

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.
Cronenberg 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

1. 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>

2. Monografia em formato eletrônico

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

3. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Com

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução desta pesquisa, de forma parcial ou total.

Araçatuba, São Paulo, 04 de Julho de 2008.

MARIA DE LOURDES CARVALHO

E-mail: mlourdes.carvalho@superig.com.br

Telefone: (34) 3218-2344

(34) 3231-6005