

TAINARA SCHÜRHAUS DA CUNHA

**ANÁLISE DA COERÊNCIA ENTRE DISCURSO E AÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA 6ª SDR/SC SEGUNDO PRESSUPOSTOS ARENDTIANOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

TAINARA SCHÜRHAUS DA CUNHA

**ANÁLISE DA COERÊNCIA ENTRE DISCURSO E AÇÃO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA 6ª SDR/SC SEGUNDO PRESSUPOSTOS ARENDTIANOS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Co-orientador: Fábio Luiz Quandt**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

*Dedico esse trabalho a Aloísio e Neusa,
por terem me ensinado a acreditar nos sonhos,
e nas pessoas.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Normas adotadas.....	24
ANEXO 2 – Normas para publicação na Revista.....	25

RESUMO

A atenção primária à saúde situa-se no primeiro nível de assistência, fundamentada nos princípios do SUS e baseada no trabalho em equipe multiprofissional, incluindo participação social. Este trabalho visa analisar o discurso de equipes de saúde de municípios do meio oeste catarinense, avaliando coerências com os preceitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), à luz dos pressupostos de Hannah Arendt. Para tal, utilizou-se a pesquisa qualitativa na perspectiva da hermenêutica-dialética. Os resultados evidenciaram pontos convergentes com a proposta da ESF, compreendendo o discurso e a aplicação da estratégia e articulação com a comunidade. No entanto observaram-se outras questões, envolvendo a organização do trabalho, representatividade do profissional, educação permanente e longitudinalidade do atendimento, que se mostraram incoerentes com os preceitos estabelecidos. Essas diferenças, carregadas por características regionais, emergem da pluralidade humana, na interface das relações sociais.

Palavras-chave: Atenção Primária, Processo de trabalho, Poder

ABSTRACT

The primary attention given to healthcare is situated in the first care level, fundamented on the SUS (Unified National Health System) principles and based on a multi professional workforce, including social participation. This work intends to analyze the discourse of health teams from the Midwest cities of Santa Catarina, evaluating its coherence with the Family Health Strategy's (FHS) precepts, in the light of Hannah Arendt's assumptions. For this purpose it was used a qualitative research from the perspective of hermeneutics-dialectics. The results showed convergent issues with the proposal of the FHS, including the speech and the strategy's implementation and integration with the community. However other issues were observed, involving work organization, professional representativity, continuous education and longitudinal care, that showed inconsistent with the established precepts. This differences driven by regional characteristics, emerge from human plurality, at the interface of social relations.

Key words: Primary Health Care, Work Process, Power

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	ii
LISTA DE ANEXOS.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>.....	v
SUMÁRIO.....	vi
INTRODUÇÃO.....	1
PERCURSO METODOLÓGICO.....	2
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	3
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
COLABORADORES.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXOS.....	24

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. É um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, tendo como fundamento os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Diante desta perspectiva, tem início, no final de 1993, o Programa Saúde da Família (PSF), vertente brasileira da APS, baseado no sucesso do modelo canadense e cubano de medicina de família implantado nesses países em meados da década de 80. Foi definido como um modelo de assistência à saúde exercido por equipes multiprofissionais, destinado a desenvolver ações de promoção e proteção, focalizando o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade. Inicialmente considerado um programa, o Saúde da Família é alçado à condição de estratégia para reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou de atenção básica^{2,3}.

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. As equipes da saúde da família criam espaços de discussões para gestão do cuidado como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo.

Esses novos arranjos organizacionais para o trabalho em saúde, caracterizados pela existência de equipes de referência com apoio matricial especializado, foram propostos inicialmente por Campos⁴. De acordo com o autor, eles são capazes de produzir outra cultura institucional e de lidar com a singularidade dos sujeitos, favorecendo a troca de informações e

a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde, apresentando, portanto, características de transversalidade e buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento⁴.

Uma das teorias que abarcam a temática da organização do trabalho em saúde, envolvendo a discussão do poder na teia de relações humanas, foi desenvolvida por Hannah Arendt. Seu trabalho fundamentou-se nas profundas transformações políticas que vivenciou no século XX, em sua condição de judia alemã que havia experimentado perseguições e o exílio, num movimento de compreensão de si mesma e do mundo ao seu redor^{5,6}. A obra de Arendt é essencial para se entender e refletir sobre os tempos atuais e as relações de poder que resultam da interação humana e se encontram em constante transformação⁶.

Em sua concepção, o poder não é resultante do trabalho ou fabricação, mas consiste na habilidade humana da ação em concreto, efetivando-se somente quando o ato e a palavra não se divorciam. Assim, o poder genuíno irá se caracterizar pelas intenções explícitas em coerência com as práticas em si, de modo indissociável, com a ação e o discurso mantendo uma ligação fundamental e recíproca no contexto da coletividade humana.

O presente artigo visa analisar o depoimento de equipes de saúde de municípios do meio oeste catarinense, avaliando coerências com os preceitos da Estratégia de Saúde da Família, à luz dos pressupostos de Hannah Arendt.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente trabalho teve seus resultados oriundos do uso de pesquisa qualitativa. A análise dos dados pautou-se na hermenêutica dialética^{7,8}, que foi realizada após leitura exaustiva para apropriação de conteúdo, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise – esta fundamentada nos conceitos acerca da interface discurso-ação desenvolvidos

por Hannah Arendt – conforme preconizado pela literatura^{7,8}. O material sob o qual foi feita a leitura resultou de gravações que foram transcritas na íntegra.

Para a interpretação, o produto final foi confrontado com o marco teórico do sobre APS, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios.

Em termos instrumentais, utilizaram-se na coleta de informações as técnicas de grupo focal (GF)^{7,9}. Além do moderador, houve um segundo pesquisador no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, com duração média de uma hora e meia, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras trabalharam o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos quinze municípios.

A pesquisa de campo foi empreendida nas 37 equipes de Saúde da Família dos quinze municípios do Meio Oeste Catarinense, em um total de 15 GF com equipes de Saúde da Família. Participaram 11 médicos, 15 enfermeiros, 14 odontólogos, 45 agentes comunitários de saúde (ACS), 30 técnicos de enfermagem, 15 técnicos de saúde bucal, em que cada uma das profissões estava representada por pelo menos um profissional nos GF que foram realizados por equipe de Saúde da Família, dos quinze municípios.

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Análise da articulação entre NASFs e a ESF na 6ª SDR do Estado de Santa Catarina - dos desafios às potencialidades para a efetivação do SUS” (Protocolo ético 1043/10/ CAAE 0237.0.242.000-10), fomentado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), através do Edital PPSUS 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país, fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, num contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, buscando garantir as possibilidades de um viver de forma saudável¹⁰. A ESF foi estabelecida objetivando a reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais que realizam ações de promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, e reabilitação de agravos em uma população adscrita sob a luz da territorialização¹⁰. Desta forma, compreende-se que o processo de atenção a saúde-doença transparece sua dependência com as relações humanas em ecossistemas sociais, evocando ações sociobiológicas acerca do indivíduo e coletivo¹¹.

Quando questionados quanto à definição da ESF, os profissionais entrevistados a descreveram como estratégia envolvendo ações de prevenção e educação em saúde através da interação entre equipe multiprofissional, gestores e população; buscando equidade e integralidade em um cuidado contínuo e de forma resolutiva, inserido no contexto social. O delineamento da ESF baseado na atenção integral à saúde inserida efetivamente no contexto da comunidade oportuniza a corresponsabilização entre usuário e profissional, com vistas à horizontalidade necessária ao vínculo¹².

Conhecida como “pensadora da liberdade”, Hannah Arendt define que o discurso se refere às intenções, ideologias e leis que formalmente caracterizam determinado grupo, seus processos normativos e a justificativa oficial sua existência⁶. E na atenção à saúde, esse discurso se consolida à medida em que se propõe a operacionalização dos princípios do SUS através da universalidade ao acesso dos serviços, a integralidade da assistência e equidade destituída de preconceitos e privilégios¹³.

“É uma estratégia que visa não só atender o paciente em estado de doença, mas todo o contexto. A pessoa enquanto família e enquanto comunidade(...). É muito mais fácil de trabalhar e conseguir o resultado que tu deseja.” Município 2

“Nós não vemos a pessoa de forma fragmentada, mas sim junto de sua família; tanto a parte física, psicológica e social tem que ser trabalhada não só com aquele sujeito que procura.” Município 6

“Atende não só o paciente como toda a família e tenta atender de forma integral vendo ele como um todo e encaminhando para a especialidade quando necessário, mas com retorno depois para o acompanhamento da família e do paciente.” Município 7

“É um trabalho que a gente faz em equipe: Secretaria de saúde, posto de saúde, médicos, técnicos de enfermagem, agentes e a família.”
Município 8

Em relação ao atendimento nas unidades após a introdução da ESF, traduzindo a ação na prática diária, os entrevistados fizeram referências ao planejamento das atividades, com introdução de algumas ações de prevenção, promoção e realização de visitas domiciliares, bem como o desenvolvimento de fundamentos como educação e vínculo. Também observaram o papel da atenção básica como porta de entrada do sistema, oferecendo atendimento inicial à população adscrita.

Além das atividades de atenção à saúde propostas pela estratégia, mostram-se igualmente importantes as ações de planejamento com base da identificação, conhecimento e avaliação da realidade local a partir das condições que determinam a qualidade de vida e saúde da população. Em um ambiente com constante transformação, a eficácia das organizações depende da capacidade de adaptação e resposta rápida às demandas, permitindo propor ações capazes de intervir na realidade local¹⁴⁻¹⁵.

Com a introdução da ESF, assume-se o desafio da atenção continuada e resolutiva com base nos princípios da promoção da saúde, através da ação intersetorial com vistas à qualidade na atenção e fortalecimento por meio da melhoria do acesso – ao eliminarem-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais. Com a admissão de um novo modelo, articulado com organizações e instituições sociais o indivíduo passa a ser considerado sujeito e qualidade de vida é incorporada ao discurso, aproximando-se do modelo de Promoção da Saúde¹⁵⁻¹⁶.

Na concepção de Hannah Arendt, o espaço público aberto à visibilidade intersubjetiva e comunicativa é uma construção da convivência entre os homens, edificada através da ação e do discurso. Assim, a comunidade se organiza e encontra seu verdadeiro espaço entre as pessoas que vivem ligadas através do propósito de falar e agir, não importa onde estejam, uma vez que só é possível experimentar o significado das coisas ao se expressar e ser compreendido⁵.

“Eu vejo assim, que a questão do planejamento é tudo. (...) Então tu consegue trabalhar, tu consegue se organizar.” Município 4

“Quando começou o PSF, mudou-se o foco de atendimento. A gente

agora tá bem mais focado em fazer trabalho de prevenção do que a parte de assistência dentro da unidade.” Município 4

“Tem um trabalho de educação nas escolas que a gente faz com periodicidade, onde a gente trabalha algum tema, a idéia é conscientizar as crianças pra mudar esta prática curativa.” Município 6

“PSF é um programa voltado para a atenção básica. É a porta de entrada do sistema de saúde e que vai direcionar de acordo com as necessidades do paciente, tentando resolver a parte básica no próprio local de atuação da equipe. ” Município 7

“A pessoa está num estágio mais avançado da doença e aqui a gente tem toda a clínica inicial, tem os primeiros sinais, os primeiros sintomas, tem toda a parte social e investigativa” Município 2

“A gente tem um trabalho muito bom na escola, coisas que antes não fazia. A gente ficava aqui só na parte de atender o povo” Município 4

A Estratégia de Saúde da Família está pautada, entre outras diretrizes, no controle social, que compreende as práticas de participação nos processos deliberativos e fiscalização das políticas de saúde e gestão do SUS, abrangendo mecanismos institucionalizados como as Conferências e os Conselhos em Saúde¹⁷. A respeito da participação social da gestão em saúde, questionou-se quanto à existência e função dos Conselhos Municipais de Saúde

(CMS). As entrevistas demonstraram sua ocorrência em todos os municípios pesquisados, assumindo como principal papel o planejamento e execução das políticas de saúde, incluindo, em sua maioria, os aspectos financeiros. A participação social na gestão propõe um processo de democratização das instituições, com vistas à consolidação do direito à cidadania para requisitar atenção à saúde com qualidade¹⁸.

Em relação à função deliberativa, esta manifesta um caráter político nesses espaços, através da composição paritária. A participação social permite a construção do sujeito sociopolítico ao aliar os saberes técnico e popular em busca do estabelecimento de um projeto assistencial comum. Nesse sentido, é indispensável adequar a linguagem utilizada com a população, de modo a assegurar o processo de comunicação entre os setores, e com isso a maior inclusão da comunidade no serviço¹⁸. Na prática da administração dos serviços em saúde, a gestão transparente mostra-se como um desafio na construção dos caminhos para a consolidação do SUS¹⁷.

“O planejamento é aprovado por eles: se vai comprar um carro, eles precisam saber o porquê disso.” Município 1

“É como uma peneira, porque tudo passa pelo Conselho, todos os projetos precisam ser aprovados pelo Conselho. Até os recursos, também, federais, que vem, tudo passa pelo Conselho. Ele é bem transparente” Município 4

“A Secretaria faz uso do Conselho pra tudo! (...) Qualquer assunto mais delicado, do que quer que seja, eu levo pro Conselho e há uma

decisão em conjunto e que leva a uma resolução, (...) daí eu consigo, né? A decisão é do grupo” Município 8

Dentre as diversas questões envolvendo a Estratégia e o trabalho diário em equipe, pode-se destacar a importância de uma interação harmoniosa e efetiva entre os Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais. Os agentes apresentam-se como o elo principal entre a comunidade e o serviço de saúde por estarem em contato direto com o usuário, acompanhando e realizando atividades em saúde, e estreitarem o diálogo com a totalidade da equipe. Visualiza-se também a atenção direcionada à capacitação desses agentes, de forma a adaptar ações às necessidades dinâmicas da população.

Percebe-se a importância do ACS na dinâmica da atenção, como elo entre a população e a equipe, através do contato próximo com os as famílias, possibilitando reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, fazendo o diagnóstico de saúde da população e repassando-o ao serviço de saúde. Ao mesmo tempo, a articulação entre a totalidade da equipe e comunidade ainda parece frágil, proclamando o ACS como única forma de contato instituída¹⁹.

“[Os agentes] também estão levando os problemas das pessoas, né!? E ali, até mesmo nós, que somos Agente de Saúde, acompanhamos também as pessoas que tão tendo problemas nas famílias, pra estar dando um apoio e também pra estar vendo pro posto alguma coisa.”

Município 8

“Os agentes, que fazem o elo, com a comunidade, né!?(...) De repente, tem um paciente que não procura a gente, e tem um problema

grave de saúde ou alguma coisa que a gente poderia fazer um acompanhamento... Então, eles trazem bastante isso pra gente.”

Município 8

“Nós falamos pras ACS que elas são nossos olhos e algumas vezes algum paciente passa despercebido, então eles tem que alertar a gente.” Município 1

“E aí são sempre elas que dão a cara à tapa, então quando a gente faz a reunião a nossa prioridade é saber o que elas têm a dizer, porque elas que escutam a maior parte das reivindicações.” Município 4

“Toda última quarta-feira do mês, todos os agentes do município se reúnem, e a gente repassa as atividades, que é pra trabalhar de maneira uniforme dentro do município, então, não é que o “PSF 2” vai trabalhar medicamentos e o outro, um outro assunto... Todo mundo vai trabalhar a mesma coisa, né!? (...) A gente achou melhor uniformizar. E daí vai algum profissional, e vai passar pra falar sobre o assunto. Teve um tema que a gente tá trabalhando: a questão da zoonoses, em conjunto com a Secretaria.” Município 8

No que se refere ao processo de trabalho, algumas falas evidenciaram conflitos no gerenciamento de ações realizadas fora da estrutura da unidade de saúde – como no domicílio e espaços comunitários, conforme instituído na Estratégia – sobrepostas às atividades de atendimento intra-consultório. Essa condição acaba por sobrecarregar profissionais, gerando

conflitos em seus papéis dentro da equipe e do modelo assistencial, podendo, por exemplo, limitar o acesso às reuniões do Conselho de Saúde em seu contexto deliberativo, negando ao profissional o direito de contribuir na proposta de gestão participativa e constituindo uma barreira ao diálogo com outras instituições sociais.

O desenvolvimento dos trabalhos fora da unidade pode ser dificultado pela manutenção de uma visão fragmentada do processo de trabalho em saúde, baseada em um enfoque tecnicista-biomédico, ao elevar a demanda por atendimento em consultório. O modo de trabalho centralizado nos procedimentos torna-se, além de pouco resolutivo, custoso à medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade como núcleo da atenção²⁰.

Historicamente, o profissional de enfermagem tem absorvido funções de gerenciamento dos serviços de saúde, sendo responsável pelos aspectos administrativos e burocráticos do programa, o que acaba por interferir diretamente na ação e prática assistencial deste profissional¹³. A sobreposição de serviços de assistência, ações relacionadas à ESF e tarefas administrativas acabam por sobrecarregar a equipe de enfermagem, tornando-se um obstáculo para o desenvolvimento de um trabalho eficiente e modificando posições nas relações de poder dentro da própria equipe, e na relação com o usuário. Como afirmam Souza e Lisboa²¹, absorver atribuições que se distanciam do seu objeto laboral – relacionado ao cuidado e planejamento da assistência de enfermagem – gera uma série de conseqüências, como aprofundamento da crise de identidade profissional, aumento do volume e ritmo de trabalho e até o comprometimento da qualidade do serviço prestado. Nota-se que a necessidade de execução de serviços de assistência acaba por privar os profissionais de participarem das reuniões dos Conselhos Municipais, perdendo representatividade e autonomia nas decisões acerca das políticas de saúde, além do distanciamento de outras instituições sociais.

Segundo Nascimento e Nascimento²², o CMS é concebido como um espaço de negociação de todo o segmento organizado da sociedade, e delega autoridade através da legitimação da representatividade de membros, com a finalidade de decidir efetivamente as diretrizes da política de saúde local. No entanto, percebe-se nas falas que, na prática, os Conselhos acabam sendo submetidos às decisões dos gestores municipais. Essa supressão da autonomia não acabaria por provocar distanciamento dos espaços de discussão, afetando o controle social? A esfera da saúde pública e coletiva se constrói na interface entre aspectos que fogem do trabalho e trabalhador da saúde, inserida na arena de disputas políticas, econômicas e sociais que permeiam as organizações humanas.

“A gente ficava aqui só na parte de atender o povo, e agora, muitas vezes o pessoal até reclama: ‘Ah, a gente sempre vai lá e nunca acha ninguém.’ E aí é que a gente tenta explicar(...): é que não acha a pessoa com a qual veio procurar. (...) Nem sempre o pessoal presta a atenção nessa agenda. Por mais que as agentes de saúde falem(...), a população ouve aquilo que lhe convém ouvir no momento, né? (...) Aí o pessoal às vezes acha que é perder tempo, vir aqui e não achar ninguém.” Município 4

“Então a enfermagem está se sobrecarregando, pra não deixa a coisa desandar(...). É muita demanda, a enfermeira tem que dar a cara à tapa todo mês, e a gente não consegue envolver os outros profissionais pra acompanhar mais. Pouco a pouco a população tá cansada de nos ver...” Município 4

“Às vezes pelas datas das reuniões nós ficamos nas mãos só dos usuários, pois muitas vezes nós estamos aqui trabalhando e alguém nos representa, mas em outras unidades, fora os usuários, os profissionais não estão presentes” Município 4

Ainda no que tange à representatividade nos Conselhos Municipais de Saúde, destaca-se a ausência de renovação e capacitação dos participantes, associada a um desinteresse por parte dos usuários, que optam por omitir-se, limitando-se a cobrar resultados.

As falas dos profissionais evidenciaram certa indiferença por parte do usuário como sujeito político, assumindo um padrão unidimensional, enraizado em necessidades pré-determinadas que suprimam seu potencial crítico, impedindo a condução à realização de mudanças no seu mundo, transformando-se em mais uma peça da maquinaria social²³, e impossibilitando a efetivação do controle social na gestão em saúde de forma democrática. Poderia essa condição provir do desconhecimento acerca do funcionamento do serviço de saúde, além de seus próprios direitos e deveres? As dificuldades na articulação com organizações sociais não acaba por distanciar ainda mais a população dos espaços de discussão e construção de cidadania?

“Eles fazem as reuniões mas é aquela panelinha de sempre. Por mim teria que pôr umas pessoas mais novas, não que os mais velhos não saibam, mas é outra mentalidade.” Município 3

“Falta eles saberem do poder que eles tem nas decisões do conselho, as pessoas não tem esse conhecimento ou tem um desinteresse mesmo

(...) Eles gostam de cobrar, mas tentar entender como funcionam, eles não tentam.” Município 1

“Não tem representantes(...)dos professores e isso seria outra porta pra nós entrarmos na comunidade... Eu vejo que eles não tem essa representatividade.” Município 4

Outro aspecto a ser discutido na região é a inserção do profissional no sistema público de saúde, especificamente na ESF. Assim como a população pode não se reconhecer como parte do processo de atenção a saúde, é possível que o profissional também esteja alienado ao sistema. Destaca-se nos trechos a carência no desenvolvimento de atividades de capacitação para os profissionais. Por definição, um dos fundamentos da atenção básica envolve o estímulo constante e acompanhamento da capacitação da equipe, como forma de valorizar o profissional de saúde¹⁰. A ausência de uma política que enfoque esses processos cria obstáculos à continuidade na formação em saúde direcionada às prioridades locais e desafios que possam surgir no processo de trabalho. O desenvolvimento de educação permanente propicia espaços para a discussão e construção de projetos assistenciais comuns, potencializando a integração entre os profissionais e suscitando segurança e autonomia para o estabelecimento de novas práticas em saúde^{22,24}.

No entanto, é imperativo superar a cultura organizacional, fundamentada na centralização e verticalização de programas e projetos²⁵. Embora os freqüentes progressos tecnológicos em saúde demandem atualização constante dos profissionais, os processos educativos necessitam, mais que solucionar questões técnicas imediatas, basear-se na contribuição pedagógica das relações interpessoais, com a percepção da interação entre os que

educam e os que são educados, em um movimento dinâmico de construção e desconstrução mediado por valores políticos, culturais e éticos²⁶.

Os profissionais também levantaram críticas ao modo que as capacitações ocorriam. Na região, as atividades voltadas para educação continuada envolveram a participação em conferências em saúde e cursos em gestão envolvendo participações individuais, além de especialização na área de saúde da família, mas essas possibilidades limitam-se a pequenos grupos. Seria esse distanciamento entre profissionais responsável por prejudicar a busca por capacitação e educação permanente envolvendo a totalidade da equipe? Somado a isso, a disponibilidade de educação continuada e capacitação, principalmente na gestão em saúde, não traria à luz a questão da autonomia e controle social?

“Teve o introdutório com os profissionais que não tinham e uma outra capacitação, mas essa era só para os Agentes de saúde.” Município 3

“Capacitação pra equipe, não tem. Nós tivemos duas vezes, pra quem não tinha ainda, mais foi de motivação, né? (...) Mas assim, capacitação na área de PSF não.”
Município 4

“Eu acho que seria muito importante se tivesse uma capacitação. Mesmos cursos pagos em saúde mental, nós não temos, tem pra psicólogo ali em Joaçaba, agora eu, por exemplo, se quiser fazer um curso, tem que ir pra Itajaí, Rio Grande do Sul.” Município 7

Um dos desafios à implantação da ESF em municípios do interior do estado envolve a contratação e, principalmente, fixação de profissionais que ingressam nas localidades atraídos pelos altos salários oferecidos pelo programa em favor de sua “interiorização”, em especial dos médicos^{20,27}.

A alta rotatividade dos profissionais tem grande impacto na continuidade do cuidado e no estabelecimento de vínculo, comprometendo profundamente a qualidade na assistência¹⁹. Outro aspecto que não condiz com a forma de organização do modelo assistencial reside no fato de que há dificuldade na articulação com serviços de maior complexidade, sendo necessário, em alguns momentos emergenciais, recorrer à utilização do sistema privado de assistência.

Observando o recorte, visualizam-se as dificuldades para fixação de mão-de-obra, gerando entraves ao desenvolvimento de vínculo e co-responsabilização entre equipe e população, rompendo com o fundamento da longitudinalidade da atenção. Sem ignorar a importância da remuneração adequada dos trabalhadores em saúde, é equivocada a concepção de que esta, por si só, é capaz de garantir o estabelecimento de um atendimento acolhedor, com compromisso na resolução dos problemas de saúde dos usuários²⁰. Além disso, os profissionais por vezes deparam-se com uma estrutura material deficiente, além da sobrecarga no atendimento, dificultando a reorganização e evolução do processo de trabalho²⁸. Questiona-se então se a situação se estabelece porque o profissional não tem perfil para trabalhar no contexto da saúde coletiva ou se o modelo de formação acadêmica acaba por não preparar o estudante para exercer a profissão no SUS com métodos e referenciais teóricos compatíveis com o ensino e assistência. E quanto aos postos de trabalho que se encontram disponíveis, estes não se situariam em locais cujo contexto social se mostra muito diferente de onde ocorreu a formação dos profissionais?

Outra questão referente aos discursos explicita-se através das limitações aos fluxos de referência e contra-referência. Ora, se o modelo assistencial caracteriza-se como porta de entrada preferencial do sistema de saúde por que há tantos entraves para acesso aos serviços de atenção secundária e terciária? A mudança do modelo de atenção à saúde deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado²⁰. A organização da assistência ainda dá ênfase aos serviços e procedimentos hospitalares, organizados na lógica da especialização, em detrimento da construção e desenvolvimento da promoção de saúde. Uma vez que serviços concentram-se nos municípios de maior poder econômico, essa disposição fundamentada na hegemonia tecnicista direcionada à resolução de necessidades imediatas cria um obstáculo evidente ao desenvolvimento da integralidade. A desarticulação com a oferta de serviço e demandas, somada à dificuldade de escuta das necessidades de saúde pelos profissionais, gera desigualdades e enfraquece a proposta^{22, 29}.

“Como tem a dificuldade da distância para os grandes centros, já é difícil a gente conseguir um clínico geral, imagine um especialista.” Município 1

“A maioria dos médicos vem aqui e depois de um tempo vai embora, não tem aquela continuidade. Tiveram vários que, mesmo recém-formado, se ele se propuser nestes dois anos a efetivamente atuar no saúde da família, efetivamente se dedicar, não importa o objetivo dele depois. Mas nós tivemos 3 médicos que não deram certo mesmo, por motivos pessoais e decidiram não ficar e por isso não se envolveram mesmo, acho que a maior dificuldade é essa. o médico ele se forma na cidade grande na faculdade de medicina e acabou a faculdade, vai

fazer o que? “Vou pro Psf ganhar dinheiro no interior”, e dificilmente alguém vem pra cá porque gosta. Aí pode acontecer de ficar mais e criar vínculo com a população, mas a maioria dos programas tem médico recém formado, que ta aí pra ganhar dinheiro. O PSF paga bem e acaba atraindo os médicos recém formados.” Município 6

“Tem o centro de referencia em Concórdia e o que o centro faz é encaminhado para eles (...) e quando não tem lá a gente encaminha pra algum profissional partícular.” Município 5

“No SUS tem sempre fila de espera e o que o município faz em casos de urgência é: se não tiver vaga o município paga.” Município 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas falas analisadas, podem ser identificados núcleos de sentidos demonstrando coerências e incoerências com a proposta da ESF. Entre os primeiros, que convergem para os preceitos do modelo de atenção preconizado, estabelecido como forma de reorientação da atenção básica no país, faz-se inicialmente a avaliação do discurso da estratégia, baseado na definição de conceitos nas alocações dos entrevistados. Esses conceitos só têm força quando se permite sua operacionalização fundamentada nos princípios do sistema.

Em seguida, discutem-se as mudanças após a aplicação da estratégia no contexto da prática diária, envolvendo modificações na orientação do planejamento com vistas à ação, articulada com os diversos setores e aproximando a atenção em saúde ao cotidiano das famílias e outras instituições sociais.

Quanto à questão do Conselho Municipal de Saúde, mostrou-se que sua existência, instituída no caráter deliberativo da instituição, estabelece influência na constituição do controle social, edificando a distinção sociopolítica do sujeito. Observa-se também a relevância dos Agentes Comunitários de Saúde como articulação entre equipe e comunidade, fazendo diagnósticos em saúde e orientando a busca por estreitamento no diálogo entre profissional e usuário.

Entre os núcleos de sentido que se mostraram incoerentes com as diretrizes da ESF, observam-se primeiramente as limitações à autonomia do profissional e dificuldades no estabelecimento do controle social através de restrições à representatividade dos profissionais encimadas pela unidimensionalidade do usuário como sujeito político. Além disso, vêem-se condições que determinam barreiras à dinâmica do trabalho em equipe, somadas às conseqüências ceifantes da sobreposição de serviços e atribuições.

Por fim, são discutidas as carências no estabelecimento e continuidade do processo de educação permanente, essenciais para discussão e construção de um plano comum baseado nas contribuições mútuas entre educadores e educandos. Além disso, emergem outras limitações à qualidade e longitudinalidade da assistência, refletidas nas dificuldades na inserção e manutenção dos profissionais em municípios do interior.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se a existência não só de coerências e contradições com as definições da ESF e as diretrizes do SUS: estão envolvidas também características regionais, com sua dinâmica própria e relação com constituições locais, políticas e sócio-econômicas, em diferentes proporções. O estabelecimento da ESF, como qualquer instituição social, é baseado na pluralidade humana, que na concepção de Hannah Arendt, tem a duplicidade da igualdade e diferença, uma vez que “se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreenderem-se entre si (...), de fazerem planos para o futuro

e prever as necessidades das gerações vindouras. Se não fossem diferentes (...), não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender”³⁰.

COLABORADORES

R.O.Moretti-Pires e F.L.Quandt participaram da coleta de dados e revisão do artigo.

T.S.Cunha, orientada por R.O.Moretti-Pires e F.L.Quandt, trabalhou na análise e discussão do artigo. Todos os autores contribuíram para a elaboração do artigo final.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 1999.
2. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad Saúde Públ.** Rio de Janeiro, 2002v, 18 (sup.), p. 191-202.
3. Santos MAM.; Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arq cat med.** 2004, v. 33, n. 3, p. 31-40.
4. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc saúde coletiva**, 1999, v. 4, n. 2, p. 393-403.
5. Briskievicz DA. Violência e Poder em Hannah Arendt. [Dissertação] Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG; 2009
6. Oliveira HM de; Moretti-Pires RO; Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, Junho 2011, v. 15, n. 37.
7. Minayo MCS. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. 380p.
8. Campos DA; Rodrigues J; Moretti-Pires RO. Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta metodológica fundamentada na postura hermenêutica-dialética. **Sau & transf. soc.** No prelo 2011.
9. Morgan D. **Focus Group as qualitative research**. London: Sage Publications, 1997. 88p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011

11. Cezar-Vaz MR; Muccillo-Baisch AL; Soares JFS; Weis AH; Costa VZ; Soares MCF .
Concepções de enfermagem, saúde e ambiente: abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde na atenção básica. **Rev latino am enfermagem**. Ribeirão Preto, Junho 2007, v. 15, n. 3.
12. Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface – Comunic, saude, educ**. 2009, v.13, n.30, p.153-66.
13. Oliveira HM; Pires TO; Parente RCP. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. **Sau & transf soc**. Florianópolis, 2011, v. 1, n. 2, p.17-26.
14. Santana ML. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba**. [Dissertação] Taubaté(SP): Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté; 2008
15. Tesser CD; Garcia AV; Argenta CE; Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da Grande Florianópolis. **Rev saúde públ santa Cat**. Florianópolis, jan/jun 2010, v. 3 n. 1.
16. Escorel S; Giovanella L; Mendonça MHM; Senna MCM . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Públ.**, Washington, 2007, v. 21, n. 2-3, mar.
17. Brasil. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde. 2. ed. Brasília, 2009.
18. Crevelim MA; Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciênc saúde**. Abril 2005 ; 10(2): 323-331.

19. Faria IBR; Ventura JC; Silva DE; Moretti-Pires RO. O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia. **Cogitare enferm. (UFPR)**, 2010, v. 15, p. 231-237.
20. Merrhy E; Franco T. PSF: Contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde online**. 2009 março. [Acessado 2011 Out 24]; Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em 26 de outubro de 2011
21. Souza NVDO; Lisboa MTL. Os múltiplos e contraditórios sentidos do trabalho para as enfermeiras: repercussões da organização e do processo laboral. **Cienc, cuid saude**, Maringá, set./dez. 2006, v. 5, n. 3, p. 326-334.
22. Nascimento MS; Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, abr. 2005, v. 10, n. 2.
23. Mancebo D; Oliveira DM; Fonseca JGT; Silva LV. Consumo e subjetividade: trajetórias teóricas. **Estud Psicol (Natal)**. 2002, vol.7, n.2, p. 325-332
24. Silva NEK; Oliveira LA; Figueiredo WS; Landroni MAS; WALDMAN CCS; Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev saúde publ.**, São Paulo, Ago. 2002, v. 36, n. 4.
25. Murofuse NT; Rizzotto MLF; Muzzolon ABF; Nicola AL . Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Rev latino am enfermagem**, Ribeirão Preto, Junho 2009, v. 17, n. 3.
26. Sanes MS; Arrieche TA ; Cestari MEC. A educação no discurso de uma equipe de saúde da família. **Cogitare enferm.**, jul.-set. 2010, 15(3).

27. Guglielmi MC. **A política pública "saúde da família" e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco** [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
28. Taveira ZZ. **Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura**. [Monografia]. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, UFMG; 2010.
29. Pires MRGM; Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc saúde coletiva**. 2010, vol.15, suppl.1
30. Arendt H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ANEXO 1

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado segundo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

ANEXO 2
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 / sala 129 – Manguinhos – CEP: 21041-210, Rio de Janeiro/RJ

(21) 3882-9153 e (21) 2290-4893

Disponível em:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/imagens/instrucoes_para_colaboradores_2011.pdf

Introdução

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

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmep.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções de publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

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

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

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

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

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

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

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

Apresentação de manuscritos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

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

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na

confecção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os gráficos devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

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

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado no site).

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscriam os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

Referências

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

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Curoto indicador analisado foi o de maturidade do PSP¹¹; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

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

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

5. O nome de pessoa, cidades e países devem

ser citados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (Inclua todos os autores)
Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AI. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.

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

3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzansberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cocchetto FR. *Vida e cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

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

7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por método agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Itama; 2001.

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

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

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais de V Congresso Brasileiro de Adolescência*; 1993;

Belo Horizonte. p. 581-582.

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

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

Outros trabalhos publicados

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

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

14. Material audiovisual
HIV+/AIDS: the facts and the future [vídeo-cassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calisto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

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

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

17. Monografia em formato eletrônico
CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Malbach H. MEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

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