

## CONCLUSÃO

O Programa Qualidade Integral em Saúde - QUALIS, implantado na cidade de São Paulo em 1996, consistiu numa estratégia pioneira, tanto no que diz respeito ao modelo de atenção proposto, quanto à modalidade de gestão de um programa de atenção básica.

Tomando-se a rede de atenção básica do município de São Paulo que era, até então, servida por equipamentos próprios municipais e por equipamentos do governo do estado, havia o predomínio da administração direta do **poder público estatal** (Cohn, 1992). O QUALIS introduz, neste cenário, a gestão partilhada dos equipamentos de saúde com as organizações sociais (as 'parceiras'), abrindo um caminho desafiador quanto à gestão em saúde em seus aspectos financeiro, administrativo e propriamente gerencial.

Outra 'novidade' que o Programa trouxe para o município foi a introdução da modalidade da Saúde da Família na rede básica de atenção. Ainda que essa modalidade assistencial tivesse sido adotada em muitos outros municípios brasileiros e seu desenvolvimento tivesse sido, objeto de avaliação, na cidade de São Paulo, o QUALIS constituiu a primeira iniciativa. Tais características fizeram com que o Programa fosse implantado, em caráter experimental, em algumas áreas restritas da cidade, mais especificamente nas zonas leste, norte e sudeste.

Em relação à atenção odontológica também foi o QUALIS que introduziu, pela primeira vez no âmbito da atenção básica do município de São Paulo, um programa de saúde bucal para adultos. Até então a atenção odontológica restringia-se às crianças em idade escolar e, aos adultos, oferecia-se um serviço de pronto atendimento, de caráter emergencial em algumas Unidades da rede básica e Pronto-Socorros.

A origem da idéia do QUALIS na opinião dos profissionais, aponta para algumas matrizes nacionais e internacionais como exemplos de experiências realizadas e tomadas como modelo: do exterior, os exemplos de Cuba e do Canadá. Nacionalmente, experiências anteriores que, de certa forma, teriam aberto o caminho para a formulação e implementação do QUALIS: por exemplo, a experiência do Médico de Família nos anos noventa, no Estado de São Paulo, e a experiência do Município de Chapecó, em Santa Catarina, com a proximidade criada entre médicos que habitavam as regiões da comunidade assistida.

No que diz respeito às diferenças, as características da realidade sócio-sanitária apresentada ao QUALIS diferiam em quantidade e qualidade dos Programas de Saúde

da Família encontrados em regiões rurais ou de baixa densidade demográfica; era diferente o modo de vida dos agentes na área rural ou na urbana, bem como seu trabalho e as ações de saúde desenvolvidas, além de na área rural, não se contar com o suporte de uma rede mais extensa e complexa de assistência à saúde.

Sobre a implementação do QUALIS numa cidade com tantos recursos como São Paulo, os profissionais acreditavam na sua importância porque seria a única possibilidade de assistir a população sem que ela precisasse dirigir-se para os níveis secundário e terciário; ou seja, havia necessidade de prevenção e de diminuição dos gastos com atendimento hospitalar. Outros já consideravam que mesmo havendo muitos serviços em São Paulo, ainda havia pessoas que não tinham acesso aos serviços.

Por outro lado, na primeira fase o desenvolvimento do programa, se de um lado apresenta boa aceitação por parte da população e dos trabalhadores de saúde, por outro lado, tinha limitações que deveriam ser enfrentadas na sua expansão tais como: a inexistência de serviços nos três níveis de atenção, o excesso de demanda para consultas nas unidades de saúde, a tradição da população em acessar diretamente o serviço e, as necessidades reais vividas pela população. Um problema levantado era o comprometimento das visitas domiciliares já que as agendas deveriam contemplar, para médicos e enfermeiras, consultas dentro da unidade. Diante disto, desenvolvia-se um acolhimento da demanda na unidade e repassavam-se informações a estas pessoas, sobre a maneira de funcionamento do QUALIS.

Quanto ao perfil dos trabalhadores, pode-se perceber que 43% dos médicos do QUALIS tinham concluído a Residência Médica, exatamente a metade do percentual referido pelo conjunto dos médicos da capital (86%). E nos PSF (2004) apenas 37% concluíram alguma residência, percentual baixo, mas compatível com o aumento significativo de médicos mais jovens. A principal residência referida foi a de Pediatria, seguida de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, e num percentual ainda pequeno, de Saúde da Família.

Já entre os enfermeiros, tanto os do QUALIS (1999) quanto os do PSF (2004) constatou-se a existência de um número significativo de especialistas em saúde pública, alguns com pós-graduação e experiência na docência.

A maioria dos auxiliares de enfermagem concluiu o nível médio. No que diz respeito à formação técnica, no QUALIS (1999) muitos haviam apenas concluído o Curso de Auxiliar de Enfermagem e muitos eram recém-formados quando foram selecionados e

contratados para compor as equipes. Posteriormente, com a implantação do PSF como política pública municipal, por ocasião da pesquisa de 2004, podemos constatar que já havia entre eles um número importante de técnicos de enfermagem, exigência atual do Ministério da Educação e dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

E entre os ACS, já no QUALIS (1999) havia muitos com nível médio, aspirando a serem auxiliares de enfermagem, no PSF, cinco anos depois, 78,2% tinham concluído o nível médio.

Quanto à capacitação para atuar nas equipes de saúde de família, embora a maioria tenha recebido o treinamento introdutório, havia os que não passaram por ele. Este é um motivo de preocupação já que este módulo é obrigatório para todos os integrantes da equipe imediatamente após a contratação. A participação nesse módulo é essencial na medida em que contextualiza o profissional no Programa, seus objetivos, princípios e diretrizes e, principalmente, apresenta e discute as atribuições e responsabilidades de cada um dos membros da equipe.

Experiência profissional anterior foi referida pela quase totalidade dos trabalhadores, podendo-se observar que entre os auxiliares de enfermagem no QUALIS, havia um número maior de trabalhadores com experiência anterior na Atenção Básica que podemos denominar de “tradicional”, o que lhes permitia comparar o trabalho atual com o anterior, e avaliá-lo mais positivamente. Já entre os que foram inseridos no PSF cinco depois, as experiências de trabalho anterior, ocorreram com maior frequência na área hospitalar, o que seria esperado nessa abertura de mercado, já que classicamente, os cursos para auxiliares de enfermagem sempre foram voltados, em sua grande maioria, para a prática hospitalar.

Na medida em que um dos pontos mais frágeis, um dos grandes desafios, em nível nacional, para consolidação da estratégia diz respeito às formas de contratação dos profissionais da equipe, em especial do Agente Comunitário de Saúde, a situação de São Paulo foi bastante favorável no que diz respeito à condição de inserção dos profissionais, pois não existe precarização do trabalho, já que todos, conforme se verificou, gozavam dos direitos e garantias previstos na legislação trabalhista brasileira. No PSF (2004), por exemplo, mais de 95% tinham vínculo CLT, e alguns informaram serem servidores municipais, recebendo complementação da Instituição Parceira no regime de CLT.

Outra questão importante a considerar foi a aparente alta rotatividade de profissionais, especialmente dos médicos, pelo tempo médio de atuação no projeto, o que para um

programa que pretende se sustentar no estabelecimento do vínculo com a comunidade, é evidentemente muito ruim. É de se perguntar se esta rotatividade se apresenta para todos os profissionais nas diferentes faixas ou tende a concentrar-se em determinados segmentos. Não foi possível promover os cruzamentos adequados para responder a estas questões, mas algumas informações podem sugerir a existência de diferentes grupos. Por um lado 33% dos médicos já tiveram experiência anterior no PSF o que é muito significativo. E cerca de 40% já tinha há mais de três anos no PSF – neste caso, mesmo considerando-se uma rotatividade elevada, é possível que já estivesse começando a se constituir uma massa de profissionais efetivamente vinculadas ao PSF, o seria muito importante para a consolidação dessa política pública.

Quanto ao trabalho no cotidiano, segundo os profissionais, a divisão entre os membros da equipe obedecia às decisões tomadas em grupo, embora fossem respeitadas as especificidades de cada categoria profissional ou a necessidade e urgência de determinadas situações. Esta situação era vista como muito positiva por todos, no entanto, haviam também queixas quanto: desorganização administrativa; falta de normas, regras e realização de trabalhos sem discussão com os níveis locais; burocracia desnecessária; o método de trabalho proposto pela secretaria “oscilava”; o território era muito extenso e com muitas pessoas cadastradas; havia mudanças freqüentes de coordenação e gerencia, gerando insegurança nas equipes de base.

A reunião diária apareceu como espaço de apresentação de situações-problema, com troca de informações sobre o caso, troca de opinião sobre como proceder e planejamento de ações, muitas vezes envolvendo a soma de forças da equipe para lidar com o problema.

No caso das Equipes de Saúde Bucal, só existentes no QUALIS (1999) uma característica marcante foi o grau de planejamento do trabalho. Talvez a organização e o planejamento do trabalho decorressem não apenas das características das práticas odontológicas, mas também o fato de que foi pioneira na implantação desse atendimento na rede básica dos serviços. As ACDs concentram na divisão do trabalho os seus comentários: na divisão do trabalho entre os membros da própria equipe e na divisão do tipo de trabalho a ser realizado junto à comunidade, o clínico – do consultório - e o preventivo/educativo - das ações educativas, coletivas. No que se referia à divisão e ao processo de trabalho, o THD se via como a figura cuja função era otimizar e potencializar o trabalho do dentista e, conseqüentemente, o atendimento odontológico da unidade ampliando, assim, a capacidade de resposta à demanda.

Portanto, o trabalho estruturado e realizado em equipe, acabava por determinar uma articulação entre os trabalhadores. Quanto à determinação das tarefas a serem executadas na unidade, os trabalhadores colocavam na equipe a diluição do comando das atividades cotidianas. Mas havia, também, especialmente no curso do QUALIS (1999), o papel exercido pelas gerentes de unidade que, apesar das decisões conjuntas tomadas pelas equipes, acabavam por determinar tarefas e atividades a serem executadas. O relacionamento entre os membros da equipe, com a direção da unidade e com a coordenação era muito bom, afirmação comum entre os entrevistados.

E o trabalho em equipe foi muito valorizado por todos: enfermeiras, auxiliares de enfermagem, ACS e mesmo pelos médicos. Compartilhar com outros profissionais era visto como algo extremamente valorizado, que permitia crescimento profissional e melhoria do desenvolvimento das atividades junto à população.

Por outro lado, os conhecimentos produzidos nas práticas das visitas domiciliares e nas consultas eram muitos e deviam ser constantemente trocados e discutidos dentro da equipe. A composição de visões distintas sobre um mesmo fenômeno acabava por gerar respostas/intervenções junto à população.

Quanto a participação da população no desenvolvimento dos trabalhos do QUALIS (1999) ou do PSF (2004) na opinião dos trabalhadores podia ocorrer de duas maneiras: nas reuniões organizadas dentro da unidade para a qual eram convidadas pessoas que de “alguma forma representavam” a comunidade, ou pessoas interessadas em ouvir e discutir a organização do serviço. Outro caminho era o da formalização destas reuniões em um Conselho Gestor: mas neste último, a participação não foi tão assídua. Para muitos a população foi considerada até “passiva” e sem interesse em participar.

Havia ainda uma série de grupos educativo-assistenciais, alguns preconizados pelos programas mais tradicionais, outros conforme a criatividade e habilidade da equipe, como para gestantes, diabéticos, oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação; grafite e capoeira, trabalhos manuais etc... Eles cobriam uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico; até atividades de lazer e cultura, praticamente ausentes em muitos bairros.

Nas atividades dos agentes de saúde, observadas durante uma semana, na pesquisa QUALIS (1999), as ações comunitárias foram praticamente inexistentes, mas nas entrevistas houve uma série de fatos relatados, evidenciando que elas ocorriam de forma

esporádica e muitas vezes como resposta às situações de maior tensão ou mobilização social.

Cabe lembrar que poucos destes trabalhadores tinham experiência anterior com trabalho comunitário, e mesmo entre os que o referiam, tanto no QUALIS como no PSF, foi possível perceber nas ações que empreendiam trabalhos mais de caráter religioso ou voluntário junto à população do que de caráter reivindicatório.

Pontos positivos e negativos do trabalho no QUALIS e no PSF foram levantados pelos profissionais: sentir prazer com o trabalho, realizar algo de bom para alguém, fazer algo pelos que precisam os engrandecia e acreditavam que a saúde da comunidade pudesse melhorar com as intervenções”. No conjunto dessas respostas apresentadas, observa-se principalmente, a valorização atribuída ao trabalho junto à população.

Grande parte dos entrevistados por outro lado, atribuíam sua insatisfação no trabalho à instituição parceira e ao governo municipal, no caso do PSF (2004) com referências a vários aspectos, que vão desde ausência de recursos materiais a problemas de organização do trabalho, assim como problemas referentes aos recursos humanos e instabilidade. Algumas das queixas referentes a recursos materiais foram: a falta de equipamentos, a falta de impressos, a falta de medicamentos (abastecimento irregular), espaço físico pequeno e inadequado e, também, a falta de outras equipes de saúde da família para atender outras áreas próximas sem atendimento à saúde.

O sentimento de impotência ocorria também com certa freqüência, entre os profissionais, motivado pela falta de condições sócio-econômicas da população. Falaram de seu próprio sofrimento ao verem pessoas desempregadas e “passando necessidade” e do mal estar que sentiam quando deixavam de fazer alguma coisa que completasse o atendimento como a falta de referência e contra-referência para níveis mais complexos de atenção ou a existência de equipes incompletas no atendimento.

Mas de maneira geral, tanto o QUALIS (1999) quanto o PSF (2004) foi considerado pelos profissionais como um programa que apresentava uma boa estratégia de trabalho, para: prevenir a doença e promover a saúde, de maneira mais acessível e humanizada. Mas também foram vistos como desafios por se tratar de programas novos, terem um enfoque diferente do que já fora realizado até então, e como uma atividade que poderia ampliar o horizonte profissional.

As referências às dificuldades encontradas diziam respeito também à insegurança no trabalho, à inserção nessa atividade nova: ou seja, o medo do novo, o desafio de processos de trabalho diferentes, causavam receio, medo, vocalizado como dificuldade.

Neste sentido os profissionais pareciam viver uma constante tensão entre uma proposta ideal, em relação á qual percebiam avanços e resultados positivos: relações mais humanizadas e continuadas com os usuários, atividades educacionais desenvolvidas, articulações para melhorias sociais em algumas comunidades, e a realidade do conjunto do sistema de saúde, que não lhes garantia referencia e suporte. E ainda as necessidades da população que demandava continuamente consultas não programadas, desorganizando os fluxos propostos, além de suas próprias “incompetências” para dar conta do conjunto de questões e problemas com os quais o programa se propunha a lidar.

Observou-se também a presença de sentimentos altruístas entre trabalhadores do QUALIS e do PSF. A crença de que faziam um trabalho importante para saúde individual e coletiva estava intensamente presente entre estes profissionais. A ajuda ao próximo, o cuidado com a saúde e outros aspectos da vida das pessoas, entre outros exemplos, indicava a proporção que o sentimento atingia e expunha a vontade de atuar num programa de atenção básica em que acreditavam.

Assim, a crença no PSF e na permanência nele apresenta-se como elemento importante na análise destes dados. A vontade de evoluir na profissão, seja buscando a capacitação ou o aprimoramento, pôde ser observada nas indicações de que há dedicação e necessidade de ampliar e melhorar seu potencial de trabalho para poderem atuar junto aos segmentos da população assistidos pelo PSF.

Este é um potencial a ser explorado pelo gestor, já que as críticas também estão centradas na gestão (principalmente de recursos humanos) e nos "usos indevidos" do PSF. Há, portanto, um potencial real a ser investido pelo poder público, pois percebe-se, ao menos no plano discursivo, uma interação muito forte com o compromisso de trabalhar, evoluir intelectualmente, praticar melhor suas ações através de várias possibilidades de formação (especializada) e, principalmente, receberem cuidados, os próprios trabalhadores, para suportar um trabalho que muitas vezes não tem o retorno esperado, devido às condições gerais de vida da população e à ausência de outras políticas setoriais que complementassem as ações em saúde.

As razões apontadas para trabalhar no QUALIS ou no PSF foram variadas e abarcaram desde um ideal e um “gosto em trabalhar com saúde pública”, até experiências de trabalhos anteriores, que os fizeram pensar sobre questões mais ampliadas na saúde. Houve também a afirmação de que o programa era uma novidade muito grande e que gerou oportunidade de emprego para todos. A correlação com os trabalhos em educação foi outro fator apontado, já que a Promoção em Saúde é uma das atividades essenciais no QUALIS e no PSF.

Com relação à escolha da profissão, as respostas variaram entre as possibilidades de servir à população, a identidade com o tipo de trabalho e as perspectivas colocadas pelo mercado de trabalho. Em alguns casos transparecem a expectativa de ascensão e de uma condição de vida melhor. Chamou a atenção no QUALIS (1999), o relato de quase todos os profissionais de sua origem na classe média baixa, de pessoas que tiveram dificuldade para custear seus estudos, por um lado, mas que também tiveram experiências de vida relacionadas a atividades comunitárias ou a preocupações/atividades políticas ou sociais. Assim, ainda que não fosse um grupo de militantes políticos, ou que todos seguissem uma mesma ideologia, era um grupo com sensibilidade e em alguns casos, envolvimento social importante.

Com relação aos planos para o seu futuro profissional, a maioria dos trabalhadores do QUALIS responderam que o trabalho que estavam realizando já lhes permitia a aquisição de uma grande experiência profissional. Uns acreditavam que permaneceriam no programa e outros, não por muito tempo. Em relação aos planos para o futuro, chamou atenção, a perspectiva de continuidade dos estudos dos auxiliares de enfermagem e dos ACS, com destaque para o campo da enfermagem. Aparecem também em algumas entrevistas a área de psicologia e assistência social, dois outros campos que lidam com necessidades da população. Continuar a estudar representava para o ACS tanto uma oportunidade de aprofundar o conhecimento, como também de profissionalização, especialmente como auxiliar de enfermagem.

As perspectivas sobre o futuro profissional entre os médicos do QUALIS (1999) e PSF (2004) se pareciam muito. Entre os médicos foi possível identificar três padrões básicos – aqueles que desejavam continuar no QUALIS ou no PSF. Estes eram maioria – alguns, para além da continuidade simples, pretendiam contribuir para o desenvolvimento do programa e sua expansão. Outros pretendiam continuar enquanto “estivesse bom”, enquanto tivessem disposição para o trabalho ou enquanto estivessem aprendendo. E alguns, mais freqüentes no grupo do PSF, afirmavam estar no programa “de passagem”,

esperando a oportunidade para uma outra inserção – tais como residência médica, trabalho melhor, etc.

Várias foram as sugestões dos profissionais para a melhoria do QUALIS e do PSF: diminuição do número de famílias por equipe, diminuição do número de famílias por agente, destinação de mais verbas para se ter maior cobertura nas áreas, investimentos em recursos de informatização, capacitação dos membros das equipes e, internamente, nas unidades de saúde.

Nesta realidade seria absolutamente fundamental para o sucesso da política, a efetiva realização de um processo de educação permanente, não apenas para qualificar os profissionais, principalmente os mais novos, mas principalmente, para intercambiar e afinar concepções e práticas a respeito dos programas, aproveitando inclusive as experiências inter-pares no processo educativo. Mesmo porque considerando-se as normas de funcionamento e trabalho do programa, tais atividades colocavam exigências mínimas de envolvimento psico-afetivos para o desempenho da função, diferentemente das atividades desenvolvidas em Pronto Socorros ou em ambulatórios da área pública ou privada.

Foram indicadas também as seguintes necessidades: inclusão de profissionais de diferentes áreas para formar uma equipe multidisciplinar (psicólogos, dentistas, assistentes sociais, entre outras); estruturar a referência e contra-referência; manter nas equipes médicos generalistas e discutir permanentemente as necessidades, aquelas que apontavam na direção de resgatar as diretrizes do PSF.

Deveria ser melhor definida ainda a questão do acolhimento, da integração das diversas secretarias da prefeitura com o PSF; maior proximidade das coordenadorias e Secretaria de Saúde em relação aos “profissionais de ponta”; ouvir, monitorar e incentivar trabalhos de pesquisas; o PSF deveria ser prioridade no SUS; aplicar políticas de saúde pública; as chefias deviam ser técnicas; haver acordo entre gestores federal, estadual e municipal em relação ao PSF; uma política de contratações sem interferência política; colocação de líderes que entendessem o programa e que se comprometessem com os seus objetivos e ações. Outro conjunto de sugestões foram na linha de conscientizar a população com relação ao PSF, porque o programa não fora divulgado da forma adequada.

Analisando as duas fases da Saúde da Família no município de São Paulo, podemos dizer que algumas características foram mantidas ou até acentuadas quando investigamos o Programa QUALIS (1999) e o Programa de Saúde da Família (2004).

O QUALIS apresentou as dificuldades, mas ao mesmo tempo o empenho e os desafios de implementação de uma proposta inovadora, incentivado pela SES/SP com parceiras como Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, retratadas no contexto da pesquisa Fapesp em 1999. Até o final de 2001, havia 220 equipes no QUALIS e mais duas parcerias haviam sido incluídas: Associação Congregação de Santa Catarina e Organização Santamarense de Organização e Cultura, UNISA, expandindo-se a experiência para a zona sul do município. A partir de 2002 essas equipes foram incorporadas pelo PSF implantado no município de São Paulo, e na época da segunda pesquisa em 2004, apoiada pela UNESCO, havia 640 equipes. Atualmente, em 2006, o município de São Paulo conta com 818 equipes de PSF, e mais oito parcerias:

Associação Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Centro de Estudos Dr. João Amorim, Fundação Faculdade de Medicina, Hospital Israelita Albert Einstein e Irmandade de Santa Casa de São Paulo. As questões levantadas na segunda pesquisa estavam ligadas à expansão da proposta como política pública, diante de necessidades de se implantar um grande número de equipes rapidamente, com as dificuldades de gerenciar o processo e capacitar um grande número de profissionais.

Em termos de perfil dos participantes das equipes as alterações foram pequenas: manteve-se a escolaridade alta de todos os profissionais, mas a porcentagem de médicos diminuiu e houve um rejuvenescimento do contingente.

Os valores ligados ao PSF, as avaliações positivas ao lado dos desafios e das dificuldades da efetivação do programa apareceram nas entrevistas com os profissionais nas duas fases. A questão da insuficiente capacitação inicial e a necessidade da educação permanente foi uma constante nas duas pesquisas, apontando um dos desafios que o gestor municipal deve enfrentar no que diz respeito aos recursos humanos para o bom desenvolvimento do PSF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Y.P. de e DIMENSTEIN, M. (2006). Estrutura e Organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte In *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 11 nº1. 219:227. ABRASCO.

COHN, A. (1992). Conhecimento e prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente In *Saúde e Sociedade*. Vol. 1, nº2. 97:109. São Paulo.

JATENE, A. et al. (1999). Novos modelos de assistência à saúde: avaliação do programa de saúde da família no município de São Paulo. FAPESP: Primeiro relatório técnico, dez/99.

\_\_\_\_\_ (2002). Novos modelos de assistência à saúde: avaliação do programa de saúde da família no município de São Paulo. FAPESP: Relatório técnico final, jan/02.

NOGUEIRA, R. et al. (2000). A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: O agente comunitário de saúde. [Texto para Discussão 735]. Disponível em [URL:http://www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br) [2000 jun. 33p]

MARSIGLIA, R.M.G. (2006). Auxiliares de enfermagem: mercado de trabalho, perfil, satisfação e expectativas no PSP na cidade de São Paulo. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Revista trabalho, educação e saúde, vol.4, nº1, mar/06.

PUCCA JR, GA. (2006). A política nacional de saúde bucal como demanda nacional. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.11, nº1. 243:246. ABRASCO.

RONCALLI, AG. (2006). Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar partilhado. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.11, nº1. 105:114. ABRASCO.

SANTOS, AM dos e ASSIS, M.M.A. (2006). Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.11, nº1. 53:61. ABRASCO.

SCHREIBER, L.B. Prefácio de SILVA, J.A. da E DALMASO, A.S.W. (2002). Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

SILVA, J.A. (2001). O Agente Comunitário de Saúde do Programa QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP - Tese de Doutorado.

\_\_\_\_\_, GONÇALVES, R.B.M. e GOLDBAUM, M. (1986). Atenção Primária de Saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Serie Estudos e Projetos: 173p.

\_\_\_\_\_e DALMASO, A.S.W. (2002). O Agente Comunitário de Saúde: o ser , o saber, o fazer. Rio de Janeiro: FIOCRUZ

SILVEIRA, C. (2004). Caracterização dos enfermeiros no programa de saúde da família do município de São Paulo. UNESCO: 2º Relatório técnico.

ZILBOVICIUS, C.A. (2005). *Saúde Bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal*. Tese de Doutorado, defendida na Faculdade de Odontologia da USP.