

RELATÓRIO FINAL DE PESQUISA DO PICPE/2009

A Política Pública de Saúde em unidades de atenção básica no município de Teresópolis: como a integralidade da atenção e da assistência à saúde é vivenciada e debatida entre usuários, acadêmicos e profissionais de saúde.

Coordenadora: Profª Monique da Costa Sandin Bartole.

“(...) diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma 'imagem objetivo', um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”.

Ruben Mattos

RELATÓRIO FINAL DE PESQUISA DO PICPE/2009

Título do Projeto: A Política Pública de Saúde em unidades de atenção básica no município de Teresópolis: como a integralidade da atenção e da assistência à saúde é vivenciada e debatida entre usuários, acadêmicos e profissionais de saúde.

Coordenadora: Prof^a Monique da Costa Sandin Bartole.

Docentes participantes: Josiane Gomes Fonseca; Daniela Chaves Coelho Pires.

Discentes Participantes: Carolina Almeida Teixeira Dias; Elizangela Luciana Botelho de Azevedo; Aline Gomes Ribeiro; Monique Lima do Espírito Santo; Lorrany Cordeiro Sentinela; Rafael Oliveira Branco.

Data do início do Projeto: 16/03/2009

Data do término: 18/12/2009

O Projeto foi financiado com recursos próprios do UNIFESO?
() Sim (x) Não

Assinale, se for o caso, o Programa do UNIFESO responsável pelo financiamento:
() PIBIC () PICD () PIETRAC () Outro Programa do UNIFESO
Especifique: _____

O Projeto foi financiado por agência de fomento externa ao UNIFESO?
() Sim (x) Não

Assinale, se for o caso, a agência financiadora externa que apoiou o Projeto:
() FAPERJ () CNPq () INEP () CAPES () FINEP () MS () PROSAUDE

() UNESCO () OMS

() OUTRA Especifique: _____

Resumo: O presente estudo se propõe debater sobre as práticas e o debate acerca da saúde e do princípio de integralidade, para tanto, será empregado o conceito de imagem objetivo. Os cenários eleitos serão aqueles onde há a inserção de acadêmicos de cursos da saúde do Unifeso na atenção básica, visando conhecer como a saúde e a integralidade são percebidas/vivenciadas por atores sociais das UBSF examinadas e sua repercussão na educação, observados o PPPI do Unifeso e os objetivos dispostos no Pró-Saúde.

Palavras-chave: Integralidade; Promoção de Saúde; Educação.

Introdução

Tomando por base o Projeto Político Pedagógico Institucional do Unifeso (2006) que caracteriza a responsabilidade social como um compromisso, articulada com a ética, a justiça e a solidariedade (UNIFESO, 2006, p. 21-22), compartilham-se tais premissas no presente projeto visando à construção de um processo de educação integrado com a comunidade assistida, regidas pelas políticas de saúde.

Dessa forma, a semiologia ampliada do sujeito em formação, a ética e humanismo, a construção e produção do conhecimento e a política e gestão em saúde são eixos que perpassam a estrutura curricular (ALBUQUERQUE, 2007). Nesse processo de construção e produção é notório que a Instituição aproxima-se dos objetivos do Programa de Reorientação do Profissional de Saúde (Pró-Saúde, 2005, p.14), que visa integrar a academia ao contexto do SUS.

A reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde, dando resposta às necessidades posta pelo sistema de saúde público, a busca pela melhoria da qualidade e da resolubilidade da atenção prestada, a integração da rede pública de serviços de saúde, a formação de profissionais de saúde na graduação e na educação permanente, a incorporação durante o processo de educação integral do processo saúde-doença, da promoção de saúde e do sistema de referência e contra-referência (Pró-Saúde, 2005, p.13-4), trazem a tônica do que se pretende abordar e evidenciar nesse projeto, observando as práticas e ações em saúde.

A partir do momento em que a saúde passa a ser um direito de cidadania garantido pelo Estado, é caracterizado o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988), trazendo muitos avanços e mostrando fragilidades, podendo ser percebidos com a ampliação do debate em torno da concretização dos princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde.

A discussão da concepção mais ampla de saúde, no que tange a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, CZERESNIA, 2003), é fundamental no

processo da formação profissional, ética e cidadã dos estudantes dos cursos de graduação da área da saúde a qual se propõe o UNIFESO, considerando o sujeito-usuário como o centro de ações e práticas que privilegiam o cuidado integral.

Ayres (2001, p. 65) nos traz em sua abordagem, também norteadora desse projeto, o conceito de **sujeitos**, “esses seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história”, e alvo de propostas renovadoras no campo da saúde.

Posto isso, é importante refletir sobre a autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, que será referido nesse projeto considerando a concepção colocada por Czeresnia (2003, p. 39) que amplia e fortalece a idéia de promoção de saúde.

Segundo Czeresnia (2003, p. 48) uma determinada situação de saúde é definida pela “*consideração das opções dos atores sociais envolvidos no processo*”. Ponderando sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 1990), é mister considerar que a experiência vivida está aliada ao “*engajamento e comprometimento ativo dos sujeitos*” no que concerne à promoção de saúde (CZERESNIA, 2003, p. 48-9).

Tomando por base essas prerrogativas, importantes reflexões foram remetidas no que tange a atuação dos profissionais de saúde, seja durante o processo de formação ou atuação profissional, sendo investigada a valorização da interação entre os sujeitos/atores desse processo. Assim a escuta do sujeito-usuário foi um ponto importante e considerado como uma ferramenta pelo sujeito-acadêmico e pelo sujeito-profissional e que essa postura auxilia na abordagem integral de saúde do presente estudo. Portanto, o entendimento e a percepção nessa relação de cuidado foi outro contraponto investigado, compondo a visão do princípio da integralidade no discurso das políticas de saúde.

Ao lado da universalidade do acesso aos serviços de saúde e da equidade que traz o princípio da justiça social, a integralidade constitui um dos princípios

doutrinários do sistema público de saúde brasileiro que merece um especial destaque com um importante peso na educação profissional.

A integralidade orienta a concepção e formulação de diversas políticas de saúde (BRASIL, 2004; 2006), e, para tanto, merece um destaque como um dos alicerces na construção do conhecimento e, em especial, nas práticas durante a formação acadêmica e na educação permanente dos profissionais da área da saúde.

A despeito do conceito temos no texto da lei nº 8.080, de 1990 que a integralidade de assistência é entendida como:

“(...) um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Mattos (2001, p. 61) aponta diversos sentidos da integralidade que transcendem o que é exposto na lei e recomenda a ampliação de seus sentidos incluindo o princípio orientador das práticas, do trabalho, das políticas, enfim, a *“integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma **abertura para o diálogo**”* (grifo nosso). Ancorados nesses conceitos e orientações referimos o diálogo como uma potente ferramenta de produção de conhecimento, lançando mão da interação dialógica entre os atores envolvidos nas práticas de saúde foco desse estudo.

Revigorando o conceito de **“imagem objetivo”** proposto por Mattos (2001, p. 41), Penna *et al* (2008, p. 203) observam que a integralidade não está restrita a um princípio do SUS, *“mas uma bandeira de luta do movimento de reforma sanitária”*, que abarca inúmeros valores a serem defendidos. Dessa forma, é retratada a polissemia e a polifonia da integralidade, sem *“atribuir um conceito fechado, mas sentidos distintos construídos na prática cotidiana resultantes do embate de diferentes vozes sociais”* (Penna, *et al*, 2008, p. 203).

Metodologia

Participaram efetivamente do presente estudo usuários e profissionais de equipes de saúde da família (ESF), respeitando a proposta de projeto inicial. Tais atores foram eleitos para se verificar a interação entre ambos. De um lado, a visão do usuário acerca do cuidado dispensado sobre si pelos trabalhadores da saúde e seu reflexo sobre a saúde, de outro, como os próprios profissionais das ESF averiguadas percebem seu trabalho. Dessa forma, determinados os sujeitos, a integralidade das ações torna-se o grande balizador do presente estudo para que sejam verificadas e comparadas as distintas percepções.

Foram realizados cinco encontros com as professoras responsáveis pelo desenvolvimento do projeto com os estudantes envolvidos para a calibragem dos mesmos, visando dar uniformidade ao estudo no que tange a abordagem ao entrevistado, técnicas de entrevista bem como a coleta dos dados. No que tange a coleta de dados, encontramos resistência quanto à colaboração dos acadêmicos que atuavam nas unidades básicas de saúde da família (UBSF), obtendo um número inexpressivo (apenas 10 estudantes divididos nas três unidades). Portanto, optamos por descartar esse grupo, uma vez que poderia comprometer de maneira tendenciosa o estudo devido à concentração de estudantes (cinco estudantes) em uma única UBSF. As entrevistas ocorreram nas próprias unidades de saúde, em momentos distintos, com usuários e todos os trabalhadores da saúde, de modo individual, reservado e voluntário.

Participaram como estudantes desse projeto Carolina Almeida Teixeira Dias, Elizangela Luciana Botelho de Azevedo, Lorrany Cordeiro Sentinela – acadêmicas de Odontologia –, Aline Gomes Ribeiro, Monique Lima do Espírito Santo e Rafael Oliveira Branco – acadêmicos de Fisioterapia –, tal atuação foi pertinente e positiva, uma vez que fomentou a interação entre os cursos da saúde dessa Instituição de Ensino Superior ampliando a visão do profissional de saúde em formação.

Para análise dos resultados foram utilizados os seguintes pressupostos: Dentro da organização e avaliação dos dados, o primeiro passo foi o de certificação se

todos os dados coletados, anotações e registros estão completos, assim sendo a primeira verificação da qualidade dos mesmos, seguindo isso, buscou-se a regularidade dos dados e os elementos de repetição. Para as perguntas abertas, foi utilizado o critério da homogeneidade e complementaridade das categorias propostas.

A análise do material iniciou-se com a leitura da totalidade do material coletado, a leitura, nos permitiu ter uma visão geral dos dados. Logo em seqüência foram feitas anotações que terão o objetivo de classificar e organizar os dados em tópicos por grupos dos atores envolvidos (Usuários/Profissionais). Os tópicos foram estabelecidos com os entrelaçamentos dos dados fornecidos pelos entrevistados de cada grupo, posto isso, os dados foram comparados e discutidos.

Eleita a triangulação de método que, segundo Goldim (1995) "*é um processo pelo qual o pesquisador se resguarda da acusação de que os achados do estudo são simplesmente artefatos de um método em particular ou uma distorção do próprio observador*", integramos os achados coletados na pesquisa. Compuseram o relato, os achados da pesquisa, a ótica do público entrevistado, as suas implicações e as recomendações da equipe de pesquisa do projeto. Os resultados em gráfico seguem no anexo 1.

Em síntese, foram feitas as considerações finais, que serão de grande influência na área da saúde, tendo como foco a concepção da saúde e da integralidade, tendo como referência sua aplicabilidade no que se propõe este trabalho, agora direcionando o estudo piloto.

Análise dos dados coletados

Como dito anteriormente, os grupos averiguados se dividiram em dois – usuários e profissionais de saúde –, portanto analisaremos os grupos separadamente.

A) Usuários:

Nessa categoria estão as pessoas que freqüentam as unidades de saúde investigadas e se dispuseram livremente participar das entrevistas que compuseram esse estudo piloto. De um modo geral, pudemos perceber que, na visão dos usuários, existem algumas particularidades entre as UBSF investigadas. No item que versa sobre a manutenção da saúde, os usuários assinalaram duas categorias como as mais importantes: i) alimentação balanceada (UBSF Fonte Santa – FS; 32%); e ii) toma remédio/medicamento (UBSF Barra – B; 30%). Ao compararmos esse item entre as unidades de saúde na totalidade das respostas verificamos uma aparente distinção. Na primeira unidade as respostas dessa categoria em sua grande maioria apontaram a alimentação balanceada como fator preponderante. De outro lado, na segunda unidade, esse mesmo item ficou 22% das respostas, seguido da ida freqüente a UBSF (18%) e a prática de atividades físicas/esportes (12%).

Quanto a procura de atendimento no serviço de saúde, em ambas as unidades marcaram a opção “quando está doente” (31% total). Interessante esse dado, pois demonstra uma preocupação com a “saúde” justamente quando na ausência da mesma, ou seja, demanda se torna aparente na UBSF quando esses usuários estão adoecidos ou sofrem as conseqüências desse adoecimento.

Ao serem indagados sobre o que entendiam sobre ter saúde, diversas respostas foram dadas que podemos organizar em grupos como veremos em alguns trechos de relatos: *realização pessoal* (“é a melhor coisa do mundo”, “é a melhor coisa”, “estar bem consigo mesma”); *relacionada ao trabalho* (“disposição para cuidar dos afazeres”, “trabalhar”, “poder trabalhar, acordar sem sentir nada”); *ausência de doença* (“não sentir nada”; “pessoa saudável sem doença”, “significa estar bem, sem doença”, “é não tomar remédio”, “levar a vida sem precisar tomar remédio”, “não sentir dor”); *relacionadas a atividades físicas* (“é muito bom, para isso precisamos fazer exercícios físicos”, “fazer exercício, mas eu não faço”, “fazer esporte”, “andar”); relacionadas à alimentação (“se alimentar bem, “não ter nenhuma restrição de comer”, “poder comer bem”) *etéreas* (“é a melhor coisa do mundo”, “é tudo, é a base de tudo”,

“é muito importante”, “é uma coisa abençoada”); *relacionada a comportamentos/attitudes saudáveis* (“não sentir nada e estar bem de espírito”, “tá tranqüilo”, “não abusar da saúde”, “ser uma pessoa saudável”, “bem estar/qualidade de vida”).

Ao serem indagados acerca do atendimento de suas necessidades pela equipe de saúde a maioria respondeu que são supridas (61% do total analisado). Contudo, dos que não sentiram satisfeitos podemos evidenciar algumas pistas que ainda não compreendem como funciona a própria estratégia de saúde da família como nos fragmentos que seguem: “tem coisa que é só resolvida na saúde mental” [referindo-se ao programa de saúde]; “nem tudo se resolve aqui”. Outra percepção verificada foi certa desarticulação percebida em alguns trechos de relato “sempre que venho ao posto, os professores estão em reunião”; demora muito para ser atendido”; “às vezes, só atende se tiver hora marcada”. Nesse sentido, a integralidade do atendimento não pode ser evidenciado, ao menos através da fala de uma pequena representação dos usuários.

Em uma unidade de saúde pudemos verificar que 53% dos usuários afirmarão que o profissional de saúde não pergunta ao indivíduo consultado o que é feito para cuidar da própria saúde. Por outro lado, a grande maioria dos profissionais demonstram se interessar sobre os pensamentos e sentimento relacionados à saúde dos usuários (90%) e demonstram interesse em ouvi-los (95%).

Ao serem perguntados sobre a composição de profissionais da UBSF, 40% dos usuários responderam conhecer, frente àqueles que disseram não saber (36%) aqueles que não responderam (24%). O interessante foi verificar que a figura do médico compôs o maior percentual (42%; 47%), seguido do enfermeiro (35%; 22%). Curioso foi perceber que o agente comunitário de saúde (ACS) aparece nas citações em torno dos 10%, pois é esse profissional que faz o elo entre a unidade de saúde e as famílias através das visitas domiciliares. Isso denota que a população investigada ainda não concebe claramente a participação desse ator, o ACS, como um profissional de saúde.

No que tange aos medicamentos prescritos, 56% afirmam positivamente o acesso nas unidades básicas de saúde. Em relação a esse ponto averiguado, entendemos que resolutividade das ações são atendidas, ainda que esse número esteja pouco acima da metade. Isso nos fornece pistas de que o acesso aos medicamentos tem um número expressivo, mas que ainda tem um campo a ser explorado.

No que respeita a percepção dos usuários quanto às ações integradas na área da saúde, a grande maioria respondeu positivamente (superior a 80% das afirmativas). Isso nos indica que em um contexto geral, as equipes transparecem aos usuários que suas ações e serviços ofertados à população são consonantes com uma proposta integradora.

B) Profissionais das Unidades Básicas de saúde da Família:

Nesta categoria foram analisadas as respostas dadas pelos profissionais das equipes de saúde que na grande maioria (86%) afirmou que se considera com saúde, sendo destacadas a alimentação saudável/balanceada (30%) e as práticas esportivas (25%) como elementos mais citados para a manutenção da própria saúde, atrás de outras práticas como não fumar ou beber, administração favorável do ambiente de trabalho, ter vida social compondo 17% do total averiguado.

No que diz respeito ao processo de trabalho desses profissionais, houve certo equilíbrio nas respostas uma vez que orientam quanto os hábitos alimentares (27%), quanto à prevenção (20%), quanto à prática de atividades físicas (18%) e outros (18%). Nesse último item, foram relatados a motivação dos usuários, o estabelecimento de um bom diálogo, aspectos emocionais, aspectos esses que denotam claramente uma aproximação de ações delineadas pela integralidade em ambas as unidades investigadas. Isso reforça o aspecto percebido pelos usuários quando relataram perceberem que as ações na equipe são integradas. É interessante perceber que as recomendações aos usuários se assemelham com as próprias práticas dos profissionais participantes desse estudo piloto.

Na visão dos profissionais das UBSF, os usuários procuram o serviço de saúde quando estão em processo de adoecimento (31%) e outros fatores (27%) tais como a carência psicológica (“para conversar, dividir com alguém”; “conversar bastante”). Esses relatos sobre outros fatores são interessantes, pois aparecem apenas em uma única unidade de saúde, podendo estar relacionado com as práticas de determinado profissional de saúde que conseguiu perceber essas questões ditas psicológicas e que na abordagem atual e ampliada de saúde trazem à tona o olhar de uma prática integral, enfim, contextualiza não só as questões técnicas e biológicas como articula o sentimento do usuário dentro de suas necessidades.

Ainda nessa perspectiva, durante a prática profissional relataram que demonstram interesse em ouvir os usuários em suas necessidades, informando e esclarecendo as condições de saúde dos mesmos, demonstrando a aproximação de suas práticas aos relatos dos usuários. Esses profissionais vêem suas ações refletidas positivamente na formação dos acadêmicos que freqüentam suas respectivas unidades de saúde (64%).

Quando foram diretamente abordados sobre o que é integralidade, 75% dos entrevistados não souberam explicar, alguns até não conheciam esse termo. Contudo, quando comparamos com as demais ações e preocupações enquanto trabalhadores de saúde, verificamos que apesar de a maioria não saber explicar o que é, vivem em seu cotidiano essa prática.

É interessante destacar que 64% dos profissionais observam e se preocupam com o acesso aos medicamentos prescritos nas unidades de saúde, se aproximando com o relatado pelos usuários (56%). Outro aspecto versa sobre a ação conjunta dos profissionais segundo o princípio da integralidade e 65% afirmaram positivamente e 21% se referiram que apenas em alguns momentos. Note que há certa rigidez perante o percebido pelos usuários (superior a 80% em ambas UBSF). Isso pode nos fornecer indícios de que há uma preocupação com certos aspectos por eles percebidos em seu cotidiano que precisariam melhorar no sentido de se terem ações e serviço pautados na integralidade. Contudo, esse resultado não influenciou de maneira negativa no olhar de parte da comunidade assistida.

Considerações finais

Durante o desenvolvimento desse trabalho pudemos constatar alguns aspectos que apontaremos a seguir:

A) Aspectos Investigados na Pesquisa:

- Imagem Objetivo: o que foi descrito na literatura
- É importante refletir sobre os movimentos apresentados. De um lado, os usuários em alguns momentos parecem não saber como as práticas de saúde devem ser conduzidas; agora de maneira compartilhada, corresponsável e consciente entre profissionais e comunidade. Entendemos que isso pode ser originado pela própria formação dos profissionais de saúde, antes pautada no curativismo e solução imediata (e pouco planejada, no aspecto coletivo da saúde).
- Os profissionais, de uma maneira geral, compreendem as práticas pautadas na integralidade, contudo, não souberam descrevê-la. Nesse aspecto, vemos dois pontos: i) de um lado, não saber descrever não influenciou nas práticas relatadas pelos dois grupos investigados; ii) o conhecimento com propriedade ao ponto de descrevê-la poderia aumentar o poder de “persuasão”, adesão, vínculo junto à comunidade. Entendemos que o conhecimento compartilhado, inclusive no nível de políticas de saúde como a integralidade, poderá incrementar desde a participação a adesão aos programas de saúde, quiçá fomentar o próprio entendimento ampliado de saúde.

B) Aspectos Gerais da Pesquisa:

É preciso destacar que, no desenvolvimento da pesquisa, existiram alguns contratempos que modificaram o rumo da proposta inicial afetando, assim, a estrutura da pesquisa. De início, preocupados com desenvolvimento da pesquisa, realizamos as entrevistas, ainda que não tivesse sido o projeto submetido à apreciação da gestão municipal. Talvez esse tenha sido um movimento precipitado. Entendemos que pode ser apontada a relação de certo

modo, estremecida entre nossa instituição e o governo municipal, como uma possível motivação.

Nesse período sofremos o desligamento de uma das docentes foi desligada de suas atividades no UNIFESO, um abalo emocional e técnico junto a toda equipe de pesquisa, ainda, a professora coordenadora desse projeto foi convidada e empossada junto à coordenação do curso de graduação em Odontologia e, por alguns meses, a pesquisa precisou ser suspensa. Contudo, entendemos ser importante honrar o compromisso acadêmico assumido e, apesar de ter de recompor alguns passos metodológicos e entregar o relatório atrasado seguimos um novo processo. Com isso, optamos por encarar como um estudo piloto, pois, em posse de resultados que consideramos preliminares e exploratórios, demos continuidade à proposta, adequando-a a nova realidade. Assim, pudemos registrar outras perspectivas que se seguem:

- A interação e o envolvimento discente no desenvolvimento da pesquisa: pudemos verificar que no momento de investigação em campo e debate a participação dos estudantes foi de modo mais aplicado o que favoreceu a interação positiva entre os cursos de Fisioterapia e Odontologia. Os debates acerca da integralidade em seus diversos sentidos foram vivenciados e debatidos entre os discentes, os quais puderam aplicar e verificar na prática o mundo do trabalho em unidades de atenção básica que integram a Estratégia de Saúde da Família. Por outro lado, sentimos que é importante reforçar o senso de pesquisa junto aos estudantes, assim sendo, entendemos o presente programa de extrema relevância para dispora o desejo de investigação e pesquisa pautados na metodologia científica como orientadora e fortalecedora do crescimento profissional de saúde.
- Nesse estudo-piloto foram levantados aspectos interessantes e pertinentes que apontaram a direção de novas investigações no campo do trabalho e, de certa forma, do ensino, uma vez que nas unidades de saúde trabalhadas estudantes e professores do UNIFESO estão presentes desenvolvendo projetos e traçando sua formação profissional. Dessa forma, partindo dos dados coletados, novos estudos e pesquisas

poderão apontar outras diretrizes e reflexões acerca do trabalho, da formação e da prática profissional que atua na atenção básica de saúde.

- Considerando a percepção dos usuários, acadêmicos e profissionais de saúde pudemos verificar que as práticas e vivências nos serviços de saúde se aproximaram da diretriz de integralidade descrita pelo que dispõe o nosso sistema de saúde brasileiro e, ainda, precisamos refletir sobre os demais aspectos que pretendemos desenvolver enquanto profissionais de saúde de modo a fortalecer a imagem objeto, enfim, trazendo a tona os anseios preenchendo os sentidos que pretendemos dar à saúde em nosso país.

BIBLIOGRAFIA

AYRES, José Ricardo de carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.6. n° 1. p.63-72, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

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.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Czeresnia, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 1ª ed. Rio de Janeiro. Fiocruz. p. 39-51. 2003.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de Iniciação à Pesquisa e Saúde**. Dacasa Editora. 200p. 1997.

LUIZ, Ronir Raggio; COSTA, Antonio José Leal; NADANOVSKY, Paulo. **Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica**. Editora Atheneu Rio. São Paulo. 473 p. 2005.

MATTOS, RUBEN DE ARAUJO. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Acesso em 29 de agosto de 2009. Endereço: http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf .

PENNA, C. M. M.; HEMMI, A. P. A.; BRITO, Maria Jose Menezes. Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Atelier VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde.** 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. p. 198-213. 2008.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva.** Editora Santos. 4ª Edição. 541p. 2000.

UNIFESO. FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS. **Projeto Político-Pedagógico Institucional.** Teresópolis, Rio de Janeiro. 48 p. 2006.

ANEXOS

RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO