

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

VANESSA BACELAR DE SOUZA

**IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO VÍNCULO PELOS DIFERENTES
PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA**

CURITIBA

2009

VANESSA BACELAR DE SOUZA

**IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO VÍNCULO PELOS DIFERENTES
PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz Helena Sottile França

CURITIBA

2009

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de evolução pessoal e espiritual nesta existência.

Aos meus pais, pelo amor, dedicação e investimentos, sem os quais não poderia realizar esta conquista.

Aos meus irmãos, Paulo e Rafael, por estarem sempre presentes, pelas palavras de apoio e amor incondicional.

Aos demais familiares e amigos pela compreensão das minhas escolhas profissionais.

À Professora Beatriz França, pela competência e dedicação com que orientou este trabalho, por seu exemplo de mulher, que levarei por toda a vida.

À Professora Simone Tetu Moysés, pela forma como me acolheu neste curso e por me ensinar o verdadeiro sentido da Saúde Bucal Coletiva.

Aos Professores Samuel Jorge Moysés e Julio Cesar Bisinelli, pelos valiosos ensinamentos que irão me acompanhar ao longo do exercício em saúde bucal coletiva.

À Professora Marcia Cubas, pelas aulas e orientações fundamentais para a realização deste trabalho.

Às minhas colegas de mestrado, Denise, Dorianana, Lise, Sandra, Silvia e Viviane, pelo apoio e auxílio e incentivo.

Aos amigos Juliana, Max e Roberto, por todos os momentos de amizade verdadeira compartilhados nestes dois anos.

Aos colegas da Unidade de Saúde São Pedro do município de Campo Largo, pelo apoio incondicional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, especialmente ao coordenador de Atenção Básica Ademar Volpi e sua secretária Maria Terumi.

A todos os profissionais de saúde bucal participantes, pela forma como me receberam e colaboraram de maneira essencial, para a construção deste trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro recebido.

RESUMO

O estudo objetivou identificar e analisar a percepção dos profissionais de saúde bucal sobre o vínculo com os usuários na atenção em saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de Curitiba-PR. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada gravada e transcrita. Foram entrevistados 27 membros de equipes modalidade II (cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal). Os resultados revelaram que o vínculo é uma forma de relacionamento entre profissionais e usuários firmado sob aspectos afetivos, de confiança, responsabilidade e conhecimento do contexto de vida dos pacientes. Esta relação foi percebida na maioria das ações de saúde bucal dentro e fora da clínica e as estratégias apontadas foram ações que visam aumentar a qualidade da relação entre profissional e paciente sob a perspectiva de um atendimento humanizado, bem como ações preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família, como a visita domiciliar. Assim, sob a perspectiva de cada profissional na análise e identificação do vínculo com os usuários compreende-se que os saberes éticos e profissionais de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal assumem um papel fundamental e determinante na percepção do vínculo para cada um deles.

Descritores: Programa Saúde da Família; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify and analyse the perception of oral health professionals with regard to the bond existing between them and users of the Family Health Program dental services in Curitiba-PR. A qualitative study was undertaken with data being obtained through recorded and transcribed semi structured interviews. 27 members of modality II teams were interviewed (dental surgeons, oral health technicians and oral health auxiliaries). The results reveal that the bond is a form of relationship between professionals and service users, arising through aspects of affection, trust, responsibility and knowledge of the contexts of patients' lives. This relationship was perceived in the majority oral health actions - within and outside the clinic situation – and the strategies identified were actions that aim to improve the quality of the relationship between the health professional and the patient from the point of view of humane healthcare, as well as actions essential to the Family Health Program, such as domiciliary visits. As such, under the perspective of each professional in the analysis and identification of the bond with the users it is understood to know that them ethical and professional of dental surgeon, technician and assistant in oral health assume a basic and determinative role in the perception of the bond for each one of them.

Key Words: Family Health Program; Oral Health; Primary Health Care; Humanization of Assistance.

**IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO VÍNCULO PELOS DIFERENTES
PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DA FAMÍLIA**

Vanessa Bacelar de Souza¹; Beatriz Helena Sottile França¹.

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva, Curitiba, Paraná, Brasil.

Autor responsável pela correspondência: Vanessa Bacelar de Souza;

Endereço: Rua Desembargador Motta nº: 1600, apartamento 104, Água Verde, CEP: 80250-060.

Tel: 41 3322-1127.

Endereço eletrônico: vanebacellar@hotmail.com.

SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO.....</u>	<u>8</u>
<u>1.1 A estratégia de saúde da família e a relação de vínculo entre profissionais e usuários do sistema único de saúde.....</u>	<u>10</u>
<u>2 MÉTODO.....</u>	<u>11</u>
<u>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</u>	<u>13</u>
<u>3.1 A percepção de cirurgiões-dentistas acerca do vínculo com usuários.....</u>	<u>14</u>
<u>3.2 A percepção do vínculo pelos Técnicos em Saúde Bucal.....</u>	<u>17</u>
<u>3.3 A percepção do vínculo pelos Auxiliares em Saúde Bucal.....</u>	<u>19</u>
<u>4 CONCLUSÃO.....</u>	<u>21</u>
<u>5 REFERÊNCIAS.....</u>	<u>23</u>
<u>APÊNDICES.....</u>	<u>27</u>
<u>APÊNDICE A – DETALHAMENTO METODOLÓGICO.....</u>	<u>27</u>
<u>APÊNDICE B – ROTEIRO TEMÁTICO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....</u>	<u>29</u>
<u>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</u>	<u>30</u>
<u>APÊNDICE D – CARTA DESTINADA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR COM A JUSTIFICATIVA DAS MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA.....</u>	<u>32</u>
<u>.....</u>	<u>33</u>
<u>ANEXOS.....</u>	<u>34</u>
<u>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR.....</u>	<u>34</u>
<u>ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....</u>	<u>38</u>

1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, representou grande avanço sob os aspectos legais e de cobertura assistencial ¹. Seus princípios de organização visam diminuir distâncias entre o direito social à saúde e a capacidade efetiva de oferta de serviços públicos de saúde à população ². Isto reflete num processo de mudança nas práticas, que exige de todos os atores envolvidos transformações atitudinais e culturais ³.

Em busca da reorientação do modelo de assistência e com o objetivo de instituir novas práticas sob a perspectiva da relação entre profissional e usuário, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que propõe a atuação direta dos profissionais de saúde nos espaços familiares por meio de uma atenção humanizada, integral e contínua^{4, 5,6}.

Neste contexto, vislumbra-se a consolidação dos princípios do SUS, também reivindicados pela área de saúde bucal e assim em dezembro de 2000, a odontologia foi incluída na ESF, com o objetivo de ampliar o acesso da população à atenção em saúde bucal e melhorar os índices epidemiológicos promovendo a integralidade das ações com envolvimento da comunidade, tornando-a co-responsável pela saúde dos indivíduos e das famílias ⁷. Foi por meio da portaria n. 1.444 do MS ⁸, que a saúde bucal recebeu incentivo financeiro para a sua reorganização com definição de duas modalidades de Equipes de Saúde Bucal: modalidade I: composta por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB), e modalidade II: composta por um CD, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB) reorganizando a atenção básica na odontologia e garantindo a integralidade da atenção aos indivíduos e famílias por meio da adscrição da clientela. Em 24 de dezembro de 2008 é estabelecida a Lei nº 11.889 ⁹, que regulamenta o exercício das profissões de TSB (antigamente THD, técnico em higiene dental) e ASB (antigamente ACD, auxiliar de consultório dentário). Este fato representa uma conquista histórica para a Saúde Bucal Coletiva no Brasil, uma vez que enaltece a representatividade destes profissionais na sociedade e promove o fortalecimento do conceito de Equipe de Saúde Bucal, valorizando os diferentes saberes na busca de qualificar o processo de atenção odontológica no país.

No município de Curitiba, a Estratégia de Saúde da Família foi instituída no ano de 1992, e esta prática já nasceu sob um enfoque multiprofissional, com a incorporação da odontologia na equipe de saúde da família em uma experiência-piloto que acontecia num contexto de mudanças profundas nos serviços públicos de saúde, logo após a regulamentação do SUS pelas Leis

Orgânicas de Saúde¹⁰. Em 1995, esta experiência foi ampliada com a adesão oficial do município à Estratégia. Atualmente, o município comporta 49 unidades com a Estratégia de Saúde da Família, todas com equipes de saúde bucal, totalizando 134 equipes com cobertura de 34% da população curitibana^{10,11}.

1.1 A estratégia de saúde da família e a relação de vínculo entre profissionais e usuários do sistema único de saúde

O profissional de saúde que atua diretamente na assistência realiza procedimentos técnicos específicos da sua área de atuação, além de estabelecer relações interpessoais com os indivíduos. Assim, de acordo com Nogueira-Martins¹², seu trabalho depende da qualidade técnica e da qualidade interacional, que permite a incorporação de fatores subjetivos ligados às práticas de saúde.

Segundo Franco e Merhy¹³, o trabalho em saúde é sempre relacional e depende de um ‘trabalho vivo’ em ato, ou seja, o trabalho no momento em que este está sendo produzido. As relações que surgem, nesse processo, podem ser conceituadas como tecnologias leves e entendidas como as formas de agir de trabalhadores e usuários, individuais e coletivos durante o trabalho em ato, mostrando-se fundamentais na produção do cuidado em saúde.

O ‘trabalho vivo’ em ato operacionaliza-se por meio de processos tecnológicos que visam produzir relações de escuta e responsabilização ligadas com as formações de vínculos e compromissos nas intervenções em saúde. Estes, por sua vez, visam atuar em necessidades objetivando a produção da saúde e/ou algo que possa representar o controle do sofrimento, enquanto doença¹⁴.

A Atenção Primária, ou Atenção Básica como é denominada no Brasil, está pautada em alguns princípios ordenadores que determinam o correto entendimento do seu conceito. Entre estes princípios está o da longitudinalidade, que consiste na continuidade do cuidado que uma equipe de saúde promove aos indivíduos e famílias ao longo do tempo. Este aporte de cuidados deve desenvolver-se num ambiente de “relação mútua” e humanizada, que pode ser traduzida como o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário¹⁵.

A Política Nacional de Atenção Básica do MS¹⁶ aponta a reorganização do primeiro nível de atenção à saúde para a Estratégia de Saúde da Família e conceitua Atenção Básica como um

conjunto de ações em saúde que deverá ser orientado, entre outros princípios, pelo estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários e pela humanização das ações. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipe e população é tomado como fundamento na Atenção Básica e é apontado como meio de garantir a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado.

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização ¹⁷, que destaca os aspectos subjetivos e sociais, como presentes em qualquer prática de saúde e que devem ser estimulados, como processos capazes de promover compromissos e responsabilização nos sujeitos envolvidos. Sob este enfoque, o documento define que:

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (p.9).

Nesta perspectiva, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal ¹⁸ proposta pelo MS em 2004, estabelecem a reorganização da atenção em saúde bucal no SUS e tem o conceito do cuidado como eixo orientador de suas propostas. Observa-se neste contexto, a proposta de humanização das ações e serviços de saúde bucal, por meio de princípios norteadores das ações, tais como a ética, o acesso, o acolhimento e o vínculo:

O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário (p.6).

Assim, frente ao processo de mudança e reorganização em que se encontra o Sistema de Saúde brasileiro e a necessidade de uma compreensão mais profunda dos comportamentos e percepções dos trabalhadores de saúde, o presente estudo teve como objetivo identificar e analisar o estabelecimento de vínculo com os usuários mediante a percepção dos diferentes profissionais de saúde bucal, durante o processo de atenção na Estratégia de Saúde da Família, em Curitiba-PR.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório de campo com abordagem qualitativa, que assume sua importância pelo rigor metodológico a ser utilizado e ainda pela insuficiência de métodos

quantitativos no que se refere à compreensão de fenômenos específicos e interpretação de suas significações sob a perspectiva de quem os vivencia ¹⁹.

Os dados foram coletados de maio a julho de 2008, por meio de entrevista aberta e semi-estruturada com roteiro temático de perguntas e gravação eletrônica, totalizando 27 profissionais de saúde bucal entrevistados. As entrevistas foram realizadas com um profissional por vez, em ambientes fechados, que permitissem a boa captação de voz. As mesmas foram conduzidas pela pesquisadora de maneira a evitar o constrangimento do entrevistado, principalmente durante a gravação eletrônica. O trabalho de campo foi desenvolvido em nove Unidades de Saúde da Família, sendo cada uma delas em um Distrito Sanitário do município de Curitiba. Foi realizada uma entrevista piloto com um profissional, para testar a compreensão do entrevistado e a potencialidade das perguntas.

Os critérios de inclusão para a definição da amostra intencional ¹⁹ foram os seguintes: equipes de saúde bucal modalidade II da Estratégia de Saúde da Família de Curitiba; uma equipe selecionada por Distrito Sanitário do município, que possui nove distritos ao todo; foram considerados três profissionais de cada equipe sendo, um CD, um TSB e um ASB pertencentes ao mesmo grupo de trabalho; exigiu-se um tempo mínimo de dois anos de atuação da equipe na mesma Unidade de Saúde.

Para a análise dos dados optou-se por utilizar a análise de discurso, por permitir reconhecer, interpretar e re-intepretar as concepções do enunciatador sobre o objeto estudado, sem a pretensão de colocar em cheque a sua posição, além de apreender os significados dos textos, articulando-os às condições de sua produção ²⁰. De acordo com a técnica proposta por Fiorin e Savioli ²¹ e adaptada por Car e Bertolozzi ²⁰, após a transcrição literal dos discursos, a leitura exaustiva do material empírico permitiu a identificação dos temas e figuras de interesse. Estes foram articulados conforme ambigüidades e semelhanças e recompostos em frases temáticas que sintetizaram os temas do discurso em sua totalidade. Uma vez agrupadas, as frases temáticas permitiram a classificação dos dados de acordo com o marco teórico de referência, conforme os objetivos da pesquisa.

Todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos foram rigorosamente obedecidos, conforme proposto pela Declaração de Helsinki e Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os profissionais entrevistados aceitaram participar do estudo, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob o parecer nº852/07. Além disso, foi obtida a autorização para a concessão de campo de pesquisa (viabilidade institucional) junto à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisar percepções, pontos de vista ou perspectivas caracteriza-se como o estudo do modo de entender que ocorre pelos sujeitos da pesquisa, em que o objeto é um fenômeno que será identificado e compreendido pelo pesquisador. Desta maneira, o foco da discussão do presente

estudo será a interpretação dos dados coletados, simultaneamente à apresentação destes ²², de acordo com os objetivos da pesquisa.

3.1 A percepção de cirurgiões-dentistas acerca do vínculo com usuários

Quando questionados sobre o que é vínculo, os cirurgiões-dentistas afirmaram que é uma forma de relacionamento com o paciente que se baseia na aproximação afetiva e na confiança. Conhecer o paciente e/ou a família e sua realidade é um fator chave para que este vínculo se estabeleça e promova um atendimento de qualidade, em que os pacientes dão respostas positivas aos cuidados em saúde bucal e seguem melhor as orientações dadas pelo profissional, como se pode observar na seguinte fala: “(...) o vínculo é a relação que você tem com o paciente, a questão da afinidade, do afeto mesmo, do estar próximo, de conhecer a realidade do paciente(...) e isso é uma coisa que ajuda muito no atendimento(...) ele acaba aceitando mais facilmente o tratamento, acaba aderindo mais(...)” (CD 5). “(...) vínculo eu acho que é a relação de confiança que se estabelece com a tua clientela, com os teus pacientes, que você passa a conhecer cada vez mais (...)” (CD 8). A literatura apresenta os mais diversos conceitos para a palavra vínculo. De acordo com o Dicionário Aurélio ²³, vínculo é tudo que ata, liga ou aperta, é uma relação, uma ligação moral. Já Campos ²⁴ afirma que vínculo é um processo de troca de afeição capaz de gerar uma dependência unilateral ou um vínculo positivo, como possibilidade de exercer a confiança. Valentim e Kruehl ²⁵ consideram que a confiança é a base de qualquer relacionamento afetivo, sendo um fator importante para o sucesso ou insucesso de diversas relações, além disso, o usuário que aceita os cuidados de uma equipe de saúde da família confia sua saúde à ela e o êxito depende em grande parte da sua confiança na capacidade da equipe, para que diagnósticos e prescrições sugeridas sejam seguidas. Nogueira-Martins ¹² confirma que a adesão ao tratamento em saúde é altamente influenciada pela relação entre o profissional e o paciente. Nota-se que os cirurgiões-dentistas compreendem a importância da confiança ao entenderem confiança como segurança íntima de procedimento e bom conceito que inspiram pessoas de probidade ²³. Assim, estes profissionais explicitam que a relação de vínculo está diretamente relacionada à confiança com a responsabilidade de conhecer os pacientes em seus contextos de vida na intenção de uma atenção resolutiva.

Quanto à percepção do vínculo durante as atividades dentro ou fora da clínica, os cirurgiões-dentistas conseguem identificar os momentos em que ele acontece, porém não em todas as situações, como por exemplo, nos atendimentos de urgência, em que o paciente comparece à clínica para resolver uma necessidade pontual e não retorna mais: *“(...) um pronto-atendimento, um paciente que vem porque quebrou o dente, é um paciente que vem só pra um caso específico(...) esse a gente não vê vínculo(...)”* (CD 4).

Já nas situações em que o vínculo é identificado percebe-se que este fato relaciona-se diretamente com o tempo de atuação do profissional na área de abrangência pela qual é responsável, nas situações em que o cirurgião-dentista conhece o contexto familiar e tem mais contatos com os usuários, na atenção aos pacientes e/ou famílias de risco, que exigem uma atenção diferenciada e quando são reconhecidos pelos usuários como cuidadores de sua saúde bucal ao preferirem ser atendidos pelos profissionais que já os conhecem: *“(...) percebe bastante! Principalmente porque a gente trabalha muito direcionado com os pacientes da nossa área, então eles já sabem, eles querem sempre ser atendidos pela mesma dentista(...) eu já estou aqui há quatro anos, eles já estão bem envolvidos assim, né?(...)”* (CD 6). *“(...) algumas famílias de risco, com atividade de doença um pouco maior, que você vai dar um cuidado maior, você vai ter uma programação com esta família, você cria esse vínculo e você vê esse vínculo (...)”* (CD 4). *“(...) o verdadeiro vínculo você vai estabelecendo assim, com vários contatos, conhecendo melhor os pacientes, conhecendo o contexto dele, a realidade em que ele vive (...)”* (CD 1). Pode-se compreender daí a idéia de responsabilidade como um aspecto de relevância na produção do cuidado, que se mostra na construção de vínculos entre usuário e profissional. É o sentido moral de responsabilidade de um cuidador em saúde, que o define como um sujeito consciente de seus atos praticados voluntariamente e lhe permite ir além do estar fazendo corretamente o seu trabalho ²⁶.

Os profissionais citaram várias estratégias que utilizam para estabelecer vínculo com seus pacientes durante o processo de atenção. A visita domiciliar, a apreensão da realidade de vida do usuário e da sua percepção de autocuidado e o respeito com a visão de mundo do paciente posicionando-se de maneira próxima, acessível e comunicativa são alguns exemplos: *“(...) você vai convivendo com o paciente, vai conversando, vai dando atenção, faz visita, sabe? (...)”* (CD 5). *“(...) eu acho muito importante a gente respeitar a forma de vida destas pessoas (...) a primeira coisa é você respeitar, observar, conhecer e saber como que eles vivem, que relação*

eles têm com o autocuidado, qual a importância que eles dão pra saúde(...) e não chegar querendo impor teu conhecimento ali, essa coisa de achar que você é o dono da verdade(...)” (CD 8). *“(...) procurar conhecer um pouquinho o modo como ele vive, acho que as formas de estabelecer vínculo são mais ou menos por aí (...) é possível estabelecer um vínculo se mantendo acessível e não naquela posição: ‘Ai, eu sou o doutor, então você só faça o que eu estou falando!’ (...)”* (CD 1). Com relação a esta compreensão Artmann e Rivera ²⁷ afirmam que a partir do entendimento de vínculo como transferência de afeição, a conversa pode ser considerada como um agente modificador das emoções do paciente tornando-o menos impotente, trazendo como consequência maior autonomia. Neste contexto, Santos et al.²⁸ relatam que vínculo e autonomia estão relacionados de forma recíproca e são dispositivos fundamentais nas práticas relacionais de saúde bucal. Desta maneira, esta compreensão está de acordo com uma das concepções sobre a produção do cuidado citada na Política Nacional de Saúde Bucal ¹⁸em que:

É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como, o que fazem para evitar enfermidades (p.3).

Outro meio apontado foi a abordagem do paciente durante a anamnese de maneira atenciosa e cortês, no intuito de conhecê-lo melhor: *“(...) eu procuro na hora da anamnese perguntar de uma forma que ele se sinta bem respondendo, a gente procura é ser digamos, delicada para fazer as perguntas (...)”* (CD 2). *“(...) eu acho que uma boa tática é a anamnese, que dentro da anamnese eles já vão falando alguma coisinha e você já vai pegando alguns pontos pra você explorar melhor (...)”* (CD 7). Para Teixeira ²⁹, uma anamnese feita por um profissional responsabilizado pelo cuidado do usuário exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta, em que o paciente sente-se confiante e o reconhece como uma referência de cuidado, porém tal prática ainda é pouco perceptível na odontologia. Neste sentido pode-se refletir que a formação dos cirurgiões-dentistas e demais profissionais de saúde, tem se mostrado distante dos preceitos do SUS, pois se percebe uma formação profissional focada em ações curativas e individuais, que ignora a integralidade da atenção em saúde bucal. Assim, como afirmaram Araujo e Zilbovicius ³⁰, são necessárias as reformulações ideológicas, políticas e pedagógicas de todas as instituições responsáveis pelo ensino da saúde no Brasil e desta maneira aproximar a atuação dos trabalhadores de saúde com a realidade da sociedade brasileira.

Uma das estratégias para o estabelecimento de vínculo, listadas por uma única entrevistada foi a participação do cirurgião-dentista em todos os programas oferecidos pela unidade de saúde e não somente aos relacionados à saúde bucal, como demonstrado neste trecho: *“ a gente trabalha muito com os programas, junto com toda a equipe médica (...) no programa do hipertenso, do diabético, do lactente, da gestante(...) então eles sabem que a gente está sempre ali conversando, não só temas de saúde bucal(...) então a gente está sempre muito envolvido com os pacientes(...)”* (CD 6). Este achado confirma a necessidade de novos estudos sobre o tema, para uma melhor compreensão da relação entre a atuação multidisciplinar da equipe de saúde bucal e o estabelecimento de vínculo com os usuários.

3.2 A percepção do vínculo pelos Técnicos em Saúde Bucal

O vínculo foi identificado pelos técnicos em saúde bucal, como uma relação consolidada no afeto e na empatia e definida pelo fato de o profissional conhecer o paciente em todos os aspectos, não só no que tange à saúde bucal, como também no seu contexto de vida. É um dispositivo que permite ao paciente ter este profissional como referência na unidade de saúde quando o mesmo apresenta uma necessidade odontológica: *“(...) Vínculo pra mim é a gente conhecer o paciente como um todo, não só ver a boca dele aqui na odontologia, mas conhecer ele na casa dele, no ambiente que ele vive e ele chegar aqui na unidade e ter a gente como referência (...)”* (TSB 8). *“Pra mim esse vínculo é conhecer um pouco a família (...) daí você conhece o perfil do paciente (...) a gente começa a sentir assim o que o paciente sofre, então a gente até pega um amor pela pessoa (...)”* (TSB 2). De acordo com Medeiros Júnior ³¹, a relação de vínculo é algo muito maior do que simplesmente o profissional conhecer os moradores de sua área de abrangência e sim reconhecê-los em cada contexto de vida individual, é o conhecimento de todos os fatores que influenciam a qualidade de vida deste usuário. Em consonância com as definições atribuídas pelos técnicos à relação de vínculo, Merhy ³² afirma que criar vínculos significa estabelecer relações tão próximas e tão claras, que são capazes de sensibilizar o profissional com todo o sofrimento do outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal.

A percepção do vínculo foi positiva nas práticas dentro e fora da clínica odontológica, principalmente nas situações em que o TSB é reconhecido pelos usuários, como profissional de

referência em saúde bucal: “(...)com certeza é perceptível, no atendimento já na própria clínica, na palestra fora, que você faz com a comunidade(...)geralmente a gente percebe o vínculo já de imediato, porque ele já procura você como referência, já chamam pelo teu nome, já conhecem o profissional, né? (...)” (TSB 3). Em uma pesquisa com profissionais de saúde, gestores e usuários da ESF, Ronzani e Silva ³³ mostraram que os profissionais sentem-se valorizados pelo trabalho que desenvolvem, principalmente quando são reconhecidos pela população e quando identificam-se com o serviço.

Quanto aos meios utilizados pelos técnicos para estabelecer o vínculo durante as práticas de saúde bucal observa-se que conhecer o paciente e sua realidade é fundamental, bem como prestar informações e orientar o paciente de forma clara, preservando a boa comunicação. Os profissionais relacionaram a aplicação das estratégias ao tempo de trabalho na área e apontaram que seus atributos pessoais (como humildade, sensibilidade e disponibilidade) são exemplos de meios para se vincular com os usuários. A seguinte fala exemplifica esta compreensão: “(...) primeiramente é você dar um bom atendimento, é você ser clara no atendimento, nas informações pro paciente (...) dando orientações adequadas, para que o paciente retorne (...)” (TSB 3). “(...) eu procuro sempre conversar com o paciente (...) o meu jeito é assim, eu procuro sempre atender ele bem e acabo conhecendo, a gente conhece, então esse vínculo acontece porque a gente conhece eles. Eu já estou há muitos anos aqui também né? Isso aumenta mais o vínculo, acaba conhecendo mais os pacientes(...)” (TSB 7). Nesta perspectiva, outra estratégia citada pelos profissionais foi o atendimento humanizado: “(...) o meu jeito de tratar com o paciente é mais humano. Essa questão do tratamento humanizado faz diferença (...) eu procuro humanizar o atendimento, sabe? Acolher o paciente, ouvir o paciente, olhar no olho dele, chamar pelo nome (...) isso a gente vai desenvolvendo com o tempo de clínica(...)” (TSB 6). Cabe aqui uma discussão relevante sobre a humanização da atenção. Ao abordar os temas humanização e cuidado existe quase sempre uma referência aos princípios e estratégias que orientam as relações entre profissional e paciente ²⁶. A relação entre os conceitos de humanização, vínculo e acolhimento é estreita, porém torna-se necessário estabelecer uma distinção. A humanização é mais abrangente, sendo tomada como estratégia política nacional contém as possibilidades de vínculo e acolhimento ²⁷. Para Artmann e Rivera ²⁷, a definição de vínculo, em sua dimensão coletiva, contém o acolhimento como instrumento de ação e está associado à idéia de uma população adscrita (território) vinculada a uma equipe de saúde,

denotando um sentido de permanência, constância, regularidade e confiança. Já o acolhimento é definido na Política Nacional de Saúde Bucal ¹⁸ como o desenvolvimento de ações para o usuário, considerando-o em sua integralidade biopsicossocial, em que deve ser garantido por uma equipe multiprofissional como o primeiro ato de cuidado aos usuários (atos de escutar, receber, orientar, encaminhar e acompanhar), sendo que estas ações teriam o vínculo como resultado. Assim, a literatura corrobora com os achados deste estudo, em que o vínculo relaciona-se diretamente com a idéia de atendimento humanizado enquanto conjunto de ações que visam a qualidade das relações entre profissional e paciente e enquanto estratégia política que garante a sua aplicação na atenção primária à saúde.

Um dos entrevistados citou a relevante diferença entre a relação de vínculo e as atitudes paternalistas com os usuários: “(...) *eu já tive muitas situações de ter que cuidar com a história do paternalismo, porque daí criando esse vínculo, eles vêm te contar o que aconteceu (...) então é assim, chega a essa dependência, porque daí eles acabam não sabendo muito pra onde ir (...)*” (TSB 6). Neste contexto, cabe discutir que a relação de vínculo deve permitir uma interação entre necessidade e responsabilidade mútua, na intenção de promover a autonomia do usuário e para que o cuidado de saúde, por ele recebido, seja de fato, resolutivo. Para Santos et al.²⁸, o ato terapêutico não deve estar centrado no trabalhador e tampouco seja realizado puramente, pela manifestação do desejo do paciente. Como afirmou Campos ²⁴, a equipe de saúde deve evitar a tendência de estabelecer-se um padrão paternalista de vínculo, para que o usuário confie e ao mesmo tempo reconheça que por meio de apoios externos, será capaz de realizar mudanças em seu contexto e em si mesmo.

3.3 A percepção do vínculo pelos Auxiliares em Saúde Bucal

Para os auxiliares, a idéia de vínculo está associada à aproximação afetiva entre trabalhador e usuário e ao conhecimento da realidade de vida do paciente. Foi caracterizado como uma importante relação que permite ao ASB dar respostas adequadas aos seus pacientes e com isso uma atenção odontológica de qualidade: “(...) *Vínculo é você conhecer o paciente como um todo, o seu problema, a sua família (...) é conhecer os familiares, saber cada vez mais dessa pessoa, até chegar no nosso objetivo que é tratar a saúde dele, ou dar um acompanhamento*

como um todo (...)” (ASB 8). “(...) *O vínculo é uma coisa muito próxima assim (...) como se fosse uma amizade, uma coisa familiar, como se fosse um amor que você sente por aquela pessoa (...)*” (ASB 1). Para Santos et al.²⁸, a Estratégia de Saúde da Família permite o desenvolvimento de afetos entre trabalhadores e a comunidade, uma vez que suas práticas se dão além das unidades de saúde. Também afirmam que as ações relacionadas ao vínculo são capazes de tornar as práticas eficazes e eficientes, por meio da construção de valores afetivos e de respeito ao outro, possibilitando que a prática de saúde tradicional (curativa e preventiva) adquira uma nova dimensão pautada no interesse coletivo. É possível então compreender a relevância das tecnologias leves no processo de atenção em saúde, no que diz respeito à resolutividade das ações.

Os profissionais reconhecem a relação de vínculo com seus pacientes na maioria das situações e isto se torna mais perceptível para eles conforme a maneira que são tratados pelos usuários e o quanto estes se comunicam durante processo de atenção, dentro ou fora da clínica. Outra forma de percepção do vínculo foi identificada quando o ASB é procurado para tentar solucionar questões pessoais do paciente, ou não relacionadas à saúde bucal: “(...) *A gente consegue perceber sim, porque o paciente trata a gente pelo nome né? Ele conta assim, coisas do dia-a-dia deles, às vezes até confidências (...) eles vêm muito atrás da gente pra ver se conseguem solucionar algumas dificuldades que eles têm em casa (...)*” (ASB 6). “(...) *Existe aqui dentro da clínica, existe quando nós vamos fazer os trabalhos em área, quando a gente sai na rua pra comprar alguma coisa, os pacientes cumprimentam (...) a gente percebe, porque se não existisse esse vínculo, os pacientes não seriam assim tão simpáticos com a gente (...)*” (ASB 5). Para Patussi et al.³⁴, o sucesso das ações de uma equipe de saúde da família depende de suas interações com a comunidade, não só no que se refere a uma boa atuação clínica, como também no uso adequado das tecnologias relacionais. Frente a essa afirmação e aos discursos dos auxiliares pode-se compreender que o conceito de redes sociais de suporte está intimamente ligado às práticas dos profissionais em saúde bucal. As redes sociais de suporte, entendidas como pólos de apoio capazes de auxiliar seus membros a enfrentar os problemas tanto da vida cotidiana, quanto àqueles que se manifestam em momentos de crise³⁵, teriam em potencial, a equipe de saúde bucal, neste caso do ASB, como pólo atuante. Ignorar esta participação, ou interrompê-la de alguma maneira, parece contraditório ou até mesmo destoante, dentro das propostas da ESF.

No que se refere aos meios utilizados para o estabelecimento de vínculo com os usuários, os profissionais apontaram a visita domiciliar, o conhecimento do contexto de vida dos usuários, a comunicação e o acolhimento na recepção da unidade de saúde, ou no momento da triagem de pacientes: *“(...) a visita ela abre bastante portas, às vezes através desse contato, você já consegue saber mais coisas lá da família dela, você pode também estar lá intervindo, tem essa comunicação, né?(...) eu acho que a porta de entrada é a recepção, o acolhimento né? Você tem que acolher a pessoa, você dá orientação(...) mesmo quando pela triagem, você já começa a estabelecer um contato ali com ele(...)”* (ASB 4).

4 CONCLUSÃO

As equipes de saúde bucal da ESF de Curitiba têm atuado de forma a considerar e valorizar os aspectos sociais e subjetivos presentes nas práticas de saúde bucal, no que se refere ao estabelecimento do vínculo com os usuários em conformidade com as recomendações

definidas nas políticas oficiais do Ministério da Saúde. Isto pode estar relacionado ao pioneirismo do município, no que tange à saúde bucal da família e à elaboração e aplicação de políticas públicas municipais que, entre outros objetivos, pautam-se na integralidade das ações em saúde.

O vínculo apareceu como uma forma de relacionamento entre profissionais e usuários firmado sob aspectos afetivos, de responsabilidade e conhecimento do contexto de vida dos pacientes. Para os cirurgiões-dentistas é uma relação que possibilita o exercício da confiança, já os técnicos em saúde bucal relacionaram o vínculo ao sentimento de empatia e os auxiliares em saúde bucal o definiram como uma relação fundamentada na afetividade.

Identificou-se o vínculo por meio da percepção dos profissionais, na maioria nas ações de saúde bucal dentro e fora da clínica odontológica, relacionado ao tempo de sua atuação na área e ao seu reconhecimento pelo usuário. Percebeu-se que os cirurgiões-dentistas identificaram o vínculo quando reconhecidos como cuidador de saúde bucal do usuário, os técnicos em saúde bucal quando são procurados como profissionais de referência na unidade de saúde e os auxiliares quando buscados na resolução de questões não relacionadas à odontologia.

As estratégias citadas para o estabelecimento de vínculo foram, de maneira geral, ações que visam aumentar a qualidade da relação entre profissional e paciente durante a atenção em saúde bucal, as quais consideram o paciente como sujeito, portador de necessidades e autonomia, bem como ações preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família, como a visita domiciliar. Algumas singularidades assumiram importante representação com relação aos meios de se estabelecer o vínculo. Os cirurgiões-dentistas utilizam a abordagem atenciosa e o respeito ao paciente, os técnicos humanizam o atendimento, enquanto os auxiliares encontram no acolhimento uma estratégia relevante.

Assim, sob a perspectiva de cada profissional na análise e identificação do vínculo com os usuários compreende-se que os saberes éticos e profissionais de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal assumem um papel fundamental e determinante na percepção do vínculo para cada um deles.

Desta maneira, observou-se que as ações recomendadas pelas políticas de saúde, fundamentais na consolidação da produção do cuidado como eixo orientador de ações em saúde bucal na atenção básica estão ocorrendo na prática nas unidades de saúde pesquisadas, na busca de uma atenção humanizada e resolutiva.

Articular políticas de saúde no sentido da humanização, com a valorização dos profissionais e a qualificação da gestão é o caminho para que os princípios constitucionais se tornem realidade na saúde dos brasileiros.

5 REFERÊNCIAS

1. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad S Pública 2004; 20: 80-88.
2. Oliveira J-LC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Rev C S Col 2005; 10: 297-302.

3. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad S Pública* 2004; 20:1690-1699.
4. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9: 287-301.
5. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad S Pública* 2007; 23: 75-85.
6. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: Moysés SJ, coordenador. Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, organizadores. *Os Dizeres da Boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis*. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 133-61.
7. Barbosa AAA, Brito EWG, Costa ICC. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. *Cienc Odontol Bras* 2007; 10: 53-60.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União*. Seção 1, p.85. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
9. Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008. D.O.U: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2008/11889.htm>. Acessado em 05 de janeiro de 2009.
10. Moysés ST, Sizenando KMC, Menezes SM, Rodrigues I. A Formação e Desenvolvimento da Equipe de Saúde Bucal. In: Moysés SJ, coordenador. Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, organizadores. *Os Dizeres da Boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis*. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 45-56.
11. Souza LV. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Curitiba. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 136-141.
12. Nogueira-Martins MCF. Oficinas de Humanização: Fundamentação Teórica e Descrição de uma Experiência com um Grupo de Profissionais da Saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 141-61.
13. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais*. *Saúde em Debate* 2003; 27: 316-23.

14. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde : o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad S Pública 1999; 15: 345-53.
15. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.
20. Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM, Antunes MJM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. Brasília: Assoc Brasileira de Enfermagem; 1999. p.348-355.
21. Fiorin JL, Savioli SP. Para entender o texto: leitura e redação. São Paulo: Ática; 1991.
22. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39: 507-14.
23. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio [CD-ROM]. Versão 5.0. Brasil; 2004. 1 CD-ROM, colorido.
24. Campos GWS. Saúdepaidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
25. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Rev C S Col 2007. 12: 777-88.
26. Ayres JRJM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 49-83.
27. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 205-31.
28. Santos AM, Assis MMA, Nascimento MA, Jorge MSB. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev S Pública 2008; 42: 464-70.

29. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Rev C S Col* 2006; 11: 45-51.
30. Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 277-90.
31. Medeiros-Junior A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*. Natal: EDUFURN; 2004. p. 277-86.
32. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços em saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 116-60.
33. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Rev C S Col* 2008; 13: 23-34.
34. Patussi MP, Junges JR, Selli L, Moysés SJ. A influência do capital social no contexto da Estratégia de Saúde da Família. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 207-15.
35. Braga NA. Redes sociais de suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 163-83.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DETALHAMENTO METODOLÓGICO

Este apêndice tem como objetivo detalhar o método de coleta e análise dos dados do estudo, de maneira que possibilite a adequada reprodução do mesmo.

Foi realizado um estudo exploratório de campo, com abordagem qualitativa e interpretação dos dados por meio da análise de discurso.

Estudos de abordagem qualitativa assumem sua importância pelo rigor metodológico a ser utilizado e ainda pela insuficiência dos métodos quantitativos no que se refere à compreensão de

fenômenos específicos e interpretação de suas significações sob a perspectiva de quem os vivencia.

Os critérios de inclusão empregados para a seleção dos entrevistados foram: equipes de saúde bucal modalidade II da Estratégia de Saúde da Família de Curitiba; uma equipe selecionada por Distrito Sanitário do município, que possui nove distritos; foram considerados três profissionais de cada equipe, sendo um Cirurgião-dentista (CD), um Técnico em Saúde Bucal (TSB) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) pertencentes ao mesmo grupo de trabalho; exigiu-se um tempo mínimo de dois anos de atuação da equipe na mesma unidade de saúde.

Os participantes foram convidados de acordo com a indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (Coordenação de Atenção Básica), conforme os critérios de inclusão supracitados. Além disso, a pesquisa aconteceu na Unidade de Saúde com horário pré-agendado com todos os profissionais, de maneira que não perturbasse as atividades diárias das equipes.

Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta, semi-estruturada com roteiro temático de perguntas e gravação eletrônica realizados pela pesquisadora. Cada entrevistado recebeu um código (número de 1 à 9) de acordo com a ordem em que as entrevistas foram feitas e de acordo com a categoria profissional (CD1 ao CD 9; TSB 1 ao TSB 9; ASB 1 ao ASB 9).

Todos os profissionais que aceitaram participar do estudo leram, preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual continha os objetivos da pesquisa, as peculiaridades metodológicas e a informação da necessidade de gravação eletrônica das intervenções.

As entrevistas foram realizadas com um profissional por vez, em ambientes fechados, que permitissem boa captação de voz. As mesmas foram conduzidas pela pesquisadora de maneira a evitar o constrangimento do entrevistado, principalmente no que se refere à gravação eletrônica.

Para o tratamento do material empírico utilizou-se a análise de discurso proposta por Fiorin e Savioli (1991) e adaptada por Car e Bertolozzi (1999), que seguiu as seguintes etapas:

1. Transcrição *ipsis-literis* das entrevistas gravadas para dar origem à base de dados;
2. Leitura exaustiva do material;
3. Identificação de temas e figuras de interesse no discurso, de acordo com os objetivos da pesquisa e o marco teórico de referência levantado anteriormente;
4. Articulação dos temas e figuras conforme ambiguidades e semelhanças;

5. Recomposição do discurso por meio de frases temáticas que sintetizam temas e sub-temas do discurso em sua totalidade;
6. Agrupamento das frases temáticas para a classificação do material empírico (análise final, interpretação dos dados).

A análise dos dados procurou fugir da “ilusão de transparência” de acordo com Minayo (2000), tentativa espontânea de interpretação de dados pelo pesquisador como se esta interpretação se mostrasse real e clara nos discursos. Isto se torna mais perigoso, quanto maior a familiaridade do pesquisador com o objeto em análise.

APÊNDICE B – ROTEIRO TEMÁTICO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família de Curitiba – PR

1. Dados de identificação:

Código do entrevistado: _____

Unidade de Saúde: _____

Formação profissional: _____

Tempo que atua nesta equipe: _____

2. Roteiro temático da entrevista:

- a. O que você entende por vínculo?
- b. Você consegue perceber a existência dessa relação durante as tuas práticas de saúde bucal?
- c. Fale sobre algumas maneiras (estratégias) que você utiliza para estabelecer o vínculo com os usuários.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Dirigido aos Cirurgiões – Dentistas, Técnicos em Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário).

Este projeto de pesquisa intitula-se “Saúde da Família: Análise da percepção do vínculo pelas Equipes de Saúde Bucal”. Tem como pesquisadora responsável a Prof^a Dr^a Beatriz Helena Sottile França e como pesquisadora principal a mestranda em Saúde Coletiva Vanessa Bacelar de Souza. A presente pesquisa tem como objetivo identificar e analisar como as Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família em Curitiba – PR, Brasil, percebem a relação de vínculo com seus pacientes, durante as práticas de saúde bucal. Para a coleta dos dados faremos uma entrevista, que será gravada pela pesquisadora principal. Após a entrevista, você poderá ouvir o que foi gravado e permitir ou não o uso das informações fornecidas. As fitas gravadas serão arquivadas com segurança na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Os dados coletados serão usados na construção de uma dissertação de mestrado e, estes serão analisados apenas pelos pesquisadores, bem como, os resultados serão utilizados somente para fins científicos. Ressaltamos que você será preservado (a) no tocante ao anonimato, bem como será respeitada a sua integridade física, psíquica, intelectual, social, moral, cultural e espiritual, sendo você assistido, adequadamente, em caso de dano imediato ou tardio decorrente desta pesquisa. Desta forma, caso você sinta qualquer desconforto durante a coleta dos dados ou qualquer informação cedida lhe traga algum constrangimento ou prejuízo, você poderá suspender e desistir de participar quando quiser. No momento em que houver necessidade de esclarecimento de dúvidas em particular da pesquisa, as pesquisadoras podem ser encontradas na PUCPR, localizada na Rua Imaculada Conceição, 1155 – Prado Velho, pelo telefone (41) 3271 – 2160. Ou ainda, pelo número de telefone (41) 9663 - 0364, para um contato direto com a pesquisadora Vanessa Bacelar de Souza.

Após ter sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, caso concorde em participar da entrevista na Unidade de Saúde da Família, você pode autorizar ou não que as informações coletadas sejam utilizadas para a construção da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, para obtenção do título de mestre, bem como para a divulgação dos resultados obtidos, somente para fins científicos. Destacamos que você poderá desistir em participar da pesquisa a qualquer momento, com a exclusão das informações por você prestadas, sem que haja penalização de qualquer espécie. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, em participar da referida investigação, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Curitiba, _____ de _____ de 2008

Nome: _____

RG: _____

Assinaturas

Entrevistado(a): _____

Prof^ª Dr^ª Beatriz Helena Sottile França (Pesquisadora responsável):

Vanessa Bacelar de Souza (Pesquisadora principal):

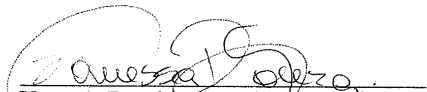
***APÊNDICE D – CARTA DESTINADA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
PUCPR COM A JUSTIFICATIVA DAS MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA***


Ilmo. Sr Dr
Sergio Siqueira
M.D. Coordenador de Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR.

Senhor Coordenador.

O objetivo desta é solicitar os seus bons préstimos no sentido de retirar do projeto de pesquisa "**Bioética e saúde da família: análise sob a perspectiva do vínculo nas equipes de saúde bucal**", já aprovado por esse Comitê, a palavra "Bioética", já que por motivo de tempo o projeto foi dividido em dois, ficando esta análise para uma outra oportunidade, permanecendo o projeto já aprovado com o seguinte título: **Saúde da família: análise da percepção do vínculo nas equipes de saúde bucal**.

Certo de sua compreensão e agradecendo antecipadamente


Vanessa Bacelar (pesquisadora principal)


Prof. Dra. Beatriz H. Sotile França (Orientadora)

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCPR



PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

NÚCLEO DE BIOÉTICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer nº: 852/07 CEP PUCPR
Registro do projeto no CEP: 2132

Título do Projeto: BIOÉTICA E SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO VÍNCULO NAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL.

Grupo: 3

Pesquisador responsável: Vanessa Bacelar de Souza

Instituição: PUC PR

Objetivos: Identificar e analisar o vínculo sob o aspecto bioético nas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família em Curitiba – PR, Brasil.

Comentários: O pesquisador pretende utilizar para este estudo, uma ferramenta metodológica que resultou da triangulação de métodos e foi proposta por Busato e colaboradores em 2006 sendo uma estratégia de investigação que utiliza abordagens qualitativas e quantitativas. A proposta contempla quatro passos a partir da constatação do problema que se quer analisar.

Passo 1 : Identificação dos atores sociais envolvidos com o problema.

Passo 2: Avaliação do grau de relacionamento interpessoal entre os atores.

Passo 3: Percepção das representações sociais que os atores fazem do problema.

Passo 4: Análise do vínculo pelos eixos conceituais da bioética de proteção (solidariedade, justiça, equidade e responsabilidade social) na equipe de saúde bucal.

Após a realização dos quatro passos e análise dos dados gerados pretende-se obter uma nova visão do problema possibilitando atuações efetivas para saná-lo.



Os sujeitos da pesquisa serão os componentes de equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família de Curitiba – PR, composta por no mínimo 01 Auxiliar de Consultório Dentário, 01 Técnico em Higiene Dental e 01 Cirurgião – Dentista.

O instrumento de coleta dos dados é um questionário a ser submetido aos sujeitos de pesquisa, constituído de questões fechadas e anexado ao protocolo enviado ao CEP.

Considerações: O projeto está muito bem delineado, contém todos os itens de pesquisa. Os objetivos estão bem definidos e a metodologia parece adequada aos propósitos estabelecidos. Os instrumentos parecem adequados aos procedimentos de análise delineados.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Está muito bem elaborado, apenas não informa o telefone da (s) pesquisadora (s).

Recomendações: Considerando a possibilidade de ser encontrada alguma dificuldade de se localizar determinada pessoa através da central telefônica da PUC, recomenda-se que seja disponibilizado um telefone interno onde os pesquisadores possam ser localizados mais facilmente, ou ainda um número de telefone pessoal para contato direto.

Conclusões: O protocolo não contém inadequações de ordem ética.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: 13/12/2007, manifesta-se pela **APROVAÇÃO COM RECOMENDAÇÕES** do projeto.

Situação: PROJETO APROVADO COM RECOMENDAÇÕES

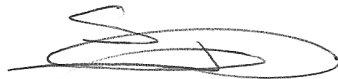
Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos

adversos, para conhecimento deste Comitê. Saliemos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 13 de dezembro de 2007



Prof. Dr. Sergio Surugi de Siqueira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR



ANEXO B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

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

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);

1.2 Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);

1.3 Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);

1.4 Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.5 Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);

1.6 Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);

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

2. Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

3. Publicação de ensaios clínicos

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

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

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

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Nederlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

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

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

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

5. Conflito de interesses

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

6. Colaboradores

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

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

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

8. Referências

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

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

9. Nomenclatura

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

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

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

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

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

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

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

11. Processo de submissão online

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

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir.

No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br. 11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui". 11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

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

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

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

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 110 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido (máximo de 70 caracteres com espaços).

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

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

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

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências. Esse arquivo não deve conter resumo, abstract, identificação/afiliação dos autores, ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas) e agradecimentos/colaboração.

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

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

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

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

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco Ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

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

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

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

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

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

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

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

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

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

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

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

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

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

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

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

14. Envio de novas versões do artigo

Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão". As modificações no texto.

15. Envio de novas versões do artigo

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

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

cadernos@ensp.fiocruz.br

© 2007 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.