

**ACESSO RESTRITO E FOCALIZADO AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
ALAGOINHAS, BAHIA, BRASIL: DEMANDA ORGANIZADA PARA GRUPOS
POPULACIONAIS ESPECÍFICOS X DEMANDA ESPONTÂNEA^a**

Wilza Carla Mota Brito Lima^b

Marluce Maria Araújo Assis^c

Resumo

O estudo analisa o acesso aos serviços no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas (BA) na composição do modelo de atenção à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada e observação sistemática da prática. Os sujeitos do estudo foram 21 pessoas: grupo I (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, 10); grupo II (usuários do sistema, 5) e grupo III (informantes-chave, 6). Os dados foram analisados mediante aplicação da análise de conteúdo temática. Os resultados revelaram que o acesso é restrito e focalizado em ações programáticas para determinados grupos populacionais, configurando um modelo pautado em procedimentos e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde. Conclui-se que o acesso universal ao PSF não tem sido efetivado em sua plenitude, demarcando dificuldades dos usuários para concretizar o atendimento que necessitam por meio da demanda espontânea e da organizada, configurando-se em ações pontuais e fragmentadas.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Acesso aos serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

^a Artigo resultante da dissertação de mestrado intitulada Produção das Práticas na Estratégia Saúde da Família de Alagoinhas (BA): Procedimento-centrada e Organizada em Ações Programáticas, produto de um projeto integrado financiado pelo CNPq, coordenado pela Profa. Dra. Marluce Maria Araújo Assis: "Produção das práticas em saúde e a construção da integralidade no Programa Saúde da Família em dois cenários da Bahia".

^b Enfermeira. Professora da Faculdade Santo Antônio e Faculdade Regional de Alagoinhas (UNIRB). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC)/UEFS. wilza1@yahoo.com.br.

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora Titular do Departamento de Saúde da UEFS. Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UEFS. Líder/Pesquisadora do NUPISC/UEFS. Pesquisadora do CNPq. marluce.assis@pesquisador.cnpq.br.

Endereço para correspondência: Rua B, 194. Conjunto Parque das Jaqueiras. Praça Kennedy. Alagoinhas, Bahia. CEP: 48020-580.

RESTRICTED AND FOCUSED ACCESS TO THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN
ALAGOINHAS, BAHIA, BRAZIL: ORGANIZED DEMAND FOR SPECIFIC POPULATION
GROUPS X SPONTANEOUS DEMAND

Abstract

The study examines the access to health services in the Family Health Program (FHP) of Alagoinhas (BA) in the composition of the model of health care. This is a qualitative research, that has as data collection techniques: semi-structured and systematic observation of practice. Study subjects were 21 people: group I (doctors, nurses, technicians, community health agents, 10), group II (system users, 5) and group III (key informers, 6). The data was analyzed by analysis of thematic content. Results showed that the access is restricted and focused on programmatic actions for certain population groups, in setting a model based on procedures and characterized by a spontaneous demand, repressed in their health needs. It is concluded that universal access to the FHP has not been made completely effective, demarcating the difficulties of users to receive the care they need through the spontaneous or organized demand, configured in isolated and fragmented action.

Key words: Family Health Program. Health services access. Primary Health Attention.

ACCESO RESTRICTO Y CENTRADO EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA EN
ALAGOINHAS, BAHIA, BRASIL: LA DEMANDA ORGANIZADA PARA GRUPOS ESPECÍFICOS
DE POBLACIÓN Y LA DEMANDA ESPONTÁNEA

Resumen

El estudio analiza el acceso a los servicios en el Programa de Salud de la Familia (PSF) en Alagoinhas (BA) sobre la composición del modelo de atención a la salud. Se trata de una investigación cualitativa, con las técnicas de recogida de datos: entrevista semi-estructurada y observación sistemática de la práctica. Los sujetos del estudio fueron 21 personas: grupo I (médicos, enfermeras (os), paramédicos, agentes de salud comunitarios, 10); grupo II (los usuarios del sistema, 5) y grupo III (informantes clave, 6). Los datos fueron analizados mediante la aplicación del análisis de contenido temático. Los resultados mostraron que el acceso está restringido y centrado en las acciones programáticas para ciertos grupos de población, configurando un modelo basado en los procedimientos y caracterizado por una demanda espontánea, reprimida en sus necesidades de salud. Se concluye que el acceso universal al PSF no se ha efectivado en su totalidad, marcando dificultades para los usuarios para concretizar la atención que necesitan a través de la demanda espontánea y de la organizada, configurándose en acciones aisladas y fragmentadas.

Palabras-clave: Programa de Salud de la Familia. Acceso a los Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, ao considerar como princípio doutrinário o acesso universal aos serviços de saúde, contempla uma bandeira de luta dos movimentos sociais que caminhou para a democratização do sistema de saúde brasileiro. A universalidade da atenção, portanto, implica na formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Assim, estratégias precisam ser colocadas em prática para garantir o acesso aos serviços de saúde, como um direito de todos, no plano individual e coletivo. Faz-se necessária também a incorporação de um novo modelo de saúde, priorizando a promoção da saúde sem descuidar das demandas relacionadas às doenças, com reorientação das políticas de saúde e organização dos serviços públicos e privados.¹

Esse novo modelo deve incorporar os determinantes sociais do processo saúde-doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população. Ao mesmo tempo, reafirma a saúde como bem público, com base na efetivação de práticas e serviços de saúde como de relevância pública, em que o Estado seria o responsável por sua regulação e controle, independente do regime de propriedade de quem está a produzir os serviços (se público ou privado). Isto porque, no Brasil, convive-se com “[...] acessos seletivos, excludentes e focalizados”,^{1:816} que se complementam e se justapõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo um descompasso entre o que diz a lei e o que de fato é legitimado pela sociedade.

O acesso seletivo refere-se à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário. Constitui-se na assistência médica suplementar, a qual é gerida pela lógica do mercado, dispondo de várias modalidades de atendimento (individual, familiar ou empresarial) e com seleção social, em que o consumidor fica à mercê da autoridade dos empresários da saúde para definir o quanto e o que deve consumir.^{1,2} O acesso excludente está relacionado com a lógica do mercado e condicionar o direito à atenção universal aos mecanismos de racionamento dos gastos, com conseqüente deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos, excluindo os grupos sociais que têm maior poder de organização na sociedade (bancários, funcionários da indústria, entre outros).^{1,2} O acesso é focalizado por restringir o atendimento público a determinados programas ou serviços, tornando a universalização segmentada e desarticulada no âmbito interno do sistema público.¹

O acesso pode ser analisado com base nas dimensões específicas que descrevem a adequação entre os usuários e o sistema de saúde: a disponibilidade compreendida como uma relação do volume de atendimento aos usuários e o tipo de necessidades; a acessibilidade como a relação entre a localização da oferta e dos usuários nos seus territórios sociais; a acomodação funcional, percebida como a relação entre o modo como a oferta está organizada

para aceitar os usuários e a capacidade/habilidade destes de se acomodarem aos referidos aspectos e perceberem sua conveniência; e a capacidade financeira como relação entre os custos dos serviços e a oferta.³

Tomando como objeto de intervenção as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, o acesso estaria implicado com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias em que a unidade atende, bem como com a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas e a percepção da população sobre a adequação destes aspectos do acesso.⁴

Se a possibilidade do atendimento à saúde puder ser dividida em fases, o acesso aos serviços seria a primeira fase a ser superada pelo usuário, na busca de atendimento para a resolução de problemas ou a satisfação de uma necessidade dentro do sistema de saúde. Estariam relacionadas a esta fase algumas questões, tais como: disponibilidade ou não do serviço, distância e quais práticas são ofertadas para o atendimento dos usuários; quais são os recursos disponíveis; qual a capacitação técnica dos profissionais que atuam na unidade de saúde e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem e como devem prestar os serviços.

Acesso constitui-se, portanto, em um importante elemento para a construção da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS), por possibilitar ao usuário a utilização dos diversos serviços de saúde, necessários para garantir a sua saúde de forma universal e equânime: “[...] uma possibilidade a ser construída como direito de cidadania.”^{1:816}

No presente estudo, o acesso aos serviços de saúde constitui-se em um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um redirecionamento do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o profissional de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas no seu cotidiano e rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a construção de uma consciência sanitária.⁵

Diante desse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto potencializadora de mudanças das práticas de saúde, evoluiu das características iniciais de um programa que operacionalizava uma política de focalização da Atenção Básica à Saúde (ABS) em populações excluídas do consumo dos serviços, para o sentido de estratégia com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente, chegando a ser um espaço de reorganização que possa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde.⁶

Assim, a ESF teria que atentar para as necessidades de saúde da população em um determinado território, bem como articular mudanças na organização da atenção de

média e alta complexidade, guarnecida por políticas de regulação e controle para assegurar a resolubilidade na rede de serviços. Ressalta-se a necessidade de desenvolver um novo jeito de fazer saúde, incorporando o conceito positivo de saúde e a integralidade da atenção no cotidiano das práticas, deslocando, dessa forma, o olhar centrado na doença.

A atenção à saúde na ESF deve ser voltada para a família, com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais. Deve possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo de saúde-doença e das necessidades de saúde e de intervenções que vão além de práticas curativas, com a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade à qual se encontram vinculadas, com a possibilidade de valorização e adoção de novas práticas e diferentes saberes que se constituirão essenciais para uma abordagem integral e resolutiva no campo da saúde.⁷

Com base nessas considerações, estabeleceu-se o seguinte objetivo: analisar o acesso aos serviços de saúde no PSF de Alagoinhas (BA) na composição do modelo de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que possibilitou trabalhar com o envolvimento e a participação dos sujeitos por meio de diferentes olhares, saberes e práticas capazes de possibilitar a reflexão sobre a realidade concreta de um determinado contexto social.

O estudo foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) em que atuavam os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Alagoinhas (BA). O município escolhido encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal, respondendo pela atenção básica e pelos serviços de média e alta complexidade da rede local de saúde. Na ABS funcionam duas estratégias de reorganização: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Até dezembro de 2008, o município contava com 23 equipes de saúde da família responsáveis por 52% de cobertura da população.

Foram entrevistadas 21 pessoas, organizadas em 3 grupos. Grupo I: trabalhadores de saúde – 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Grupo II: 5 usuários que utilizavam os serviços ofertados pelo PSF, sendo escolhidos aleatoriamente, no momento da observação no campo; grupo III: 6 informantes-chave: coordenador do PACS/PSF, supervisor de unidade de nível superior, supervisor de nível médio, coordenador do setor de regulação, controle, avaliação e auditoria, coordenador do setor de planejamento e conselheiro municipal de saúde.

Os dados foram coletados no período de agosto a dezembro 2008, orientados por roteiro, constando informações acerca do participante do estudo, em relação ao acesso aos serviços

no PSF: tipo de demanda, número de vagas, consultas agendadas, critérios de marcação de consulta, entre outros. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As observações das práticas duraram 32 horas e foram registradas em um diário de campo. Os entrevistados foram identificados pela classificação que receberam enquanto grupos e numerados de acordo com as entrevistas. Por exemplo: grupo 1, entrevistado 1 (Grupo I, ent. 1).

A análise dos dados foi orientada por três etapas – ordenação, classificação e análise final –, pela técnica de análise de conteúdo temática com base em Minayo,⁸ e pelas observações da prática. Este encaminhamento possibilitou uma análise dos elementos subjetivos referentes aos diversos momentos do acesso dos usuários ao PSF.

Para operacionalizar a pesquisa, todos os sujeitos entrevistados receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constando de esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para a participação no estudo. Esse termo está de acordo com a Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.⁹ O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidencia-se que, apesar de o SUS ser um sistema hierarquizado, a ABS, em especial o PSF, enquanto “porta de entrada” no âmbito local, não se constitui em um espaço próprio de atendimento com oferta de acesso para a entrada do usuário no sistema de saúde.

As informações empíricas permitiram perceber-se a existência de problemas organizacionais na rede básica de saúde do município, referentes ao acesso, conforme sinalizam os informantes-chave:

“As Unidades de Saúde da Família (USF) estão muito longe de ofertar acesso e têm, como nós, o perfil profissional e a grande demanda. Algumas equipes ainda encaminham o usuário, outras não; a porta é fechada, aumentando assim a demanda, insatisfação e demora em responder à marcação e entrega dos exames.” (Grupo III, ent. 2).

“A coisa não funciona. Alguma coisa está errada, que o povo começa a ser maltratado e reclama que o posto não funciona, que tem fila ou que o médico não trabalha todos os dias, ou que atende um turno só.” (Grupo III, ent. 3).

O acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas. Quanto à universalização da atenção, traduz-se em um sistema segmentado

e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema, retratada na “porta de entrada” dos serviços.¹

Mesmo sendo contemplado dentro da política de saúde como facilitador para garantir o direito à saúde, o acesso aos serviços de saúde nem sempre tem sido garantido na sua concretude à população do município pesquisado.

A realidade local, vivenciada durante o período da coleta de dados, revelou os serviços no PSF, caracterizados em sua maioria por uma oferta restrita na porta de entrada – a recepção –, modulada por cartazes informativos sobre o número de vagas, por ordem de chegada e por dias específicos para o atendimento, a determinado grupo populacional, presença ou ausência do profissional e caracterizado por uma demanda espontânea, reprimida em suas necessidades de saúde.

Evidenciou-se, durante o período de observação da prática, que o acesso às consultas, em geral, é de responsabilidade da recepção da unidade, com critérios para número de vagas a serem distribuídas e ordem de chegada para distribuição destas, sem estabelecer prioridades, conforme o grau de necessidade de cada usuário.

Uma das unidades de PSF pesquisada opera com o acolhimento, como forma de organizar o serviço, porém mantém o sistema de marcação de consultas para médico com um diferencial, pois o usuário “não precisa ir para a fila, pegar a ficha”. A USF mantém um sistema de agendamento diário para consultas médicas, sempre priorizando os encaminhamentos dos ACS, por meio da escuta articulada com a demanda da comunidade. O agendamento para enfermagem ocorre com o pré-natal e a prevenção do câncer de colo de útero. Para a odontologia, a distribuição de vagas e marcação do atendimento se dá em turnos, com dias e datas previamente agendadas por microárea, com exceção das intercorrências.

Na referida unidade de PSF, adotava-se um sistema de marcação mensal, com organização baseada nas microáreas por ACS. Esta marcação contempla as consultas médicas, de enfermagem e dentista, sendo o agendamento condicionado à marcação realizada pelo próprio usuário e obedecendo à hora de chegada.

“[...] a gente sempre para, escuta e tenta resolver, se puder, naquele momento, senão, agendo uma consulta, ou então encaminhando [...] um agente comunitário está na área e tem uma criança que está precisando de um atendimento, um hipertenso que o medicamento está terminando, uma consulta de pré-natal, prevenção de câncer de útero, aí já vem: olhe, fulano de tal vai precisar de uma consulta, já deixa marcada... Então, articula junto com a equipe, para resolver os problemas de comunidade.” (Grupo I, ent. 7).

“[...] sempre que preciso de um atendimento, procuro o ACS na minha área e eles procuram encaminhar a unidade, mas termina que a hora de marcar a consulta, eu tenho que fazer.” (Grupo II, ent. 5).

Dessa forma, constatou-se, nas observações realizadas neste município, que, de maneira geral, as recepções, nas USF, mantêm-se burocratizadas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos, configurando uma demanda reprimida, evidenciada por outros estudos realizados no município,¹⁰⁻¹³ traduzidos pelos três grupos de entrevistados, a seguir:

“As pessoas levantam duas, três horas da manhã pra vim pra cá tirar uma ficha.” (Grupo I, ent. 3).

“[...] as filas continuam e os usuários saem de casa às 4 horas da manhã, sendo que a USF só abre as 7h30min; quando marca para a manhã, atende de manhã, quando não, é à tarde.” (Grupo II, ent. 2).

“O paciente vem marcar, pega uma fila e marca. Quem chegar primeiro, de acordo com a quantidade que ele atende, vai ser atendido; e aqueles que vêm sem marcar, no caso de uma urgência, fazem uma triagem e vê a necessidade de ser atendido logo ou não.” (Grupo I, ent. 6).

“[...] após oito anos de PSF não deveriam existir filas que começassem 2h00min da manhã pra marcar uma consulta.” (Grupo III, ent. 5).

Vale ressaltar que, mesmo após ter conseguido ultrapassar barreiras para conseguir marcar a consulta, o usuário precisa “driblar” mais uma fila para conseguir ser atendido no dia em que a consulta está marcada.

Assim, a despeito de observar-se diferenciação de atendimento entre as duas USF pesquisadas, é possível apontar que a ABS configura-se, na rede, como um sistema excludente, sem garantias para o atendimento das pessoas que demandam serviços no PSF, em que as pessoas, na tentativa de conseguirem uma vaga, começam a chegar cada vez mais cedo. Dessa forma, esta constatação coaduna-se com pesquisa realizada no município, sendo identificado que o acesso do usuário ao sistema é baseado em “[...] demanda espontânea, a disputa travada por uma vaga para conseguir ser atendido é injusta, configurando o serviço como um serviço excludente, conflituoso e tenso”^{11:80}

Observou-se que o atendimento se dá de forma estruturada, e que a oferta é modulada em conformidade com os programas ministeriais, revelando um sistema que opera

organizado em ações programáticas. Dessa forma, a análise dos discursos apresentados, juntamente com os dados da observação realizada no campo empírico, possibilitou perceber-se uma atenção baseada em conhecimentos e tecnologias voltadas para a intervenção de grupos populacionais específicos que vão aparecendo na prática cotidiana do PSF. Identificou-se também que as consultas eram realizadas de forma individual, mas conectadas com algum tipo de grupo populacional (criança, mulher, diabético, entre outros).

Revelou-se ainda, a ocorrência de consultas “exageradamente rápidas”, algo em torno de cinco minutos/usuário, estabelecendo relações distantes entre trabalhadores e usuários. Os trabalhadores restringiam-se geralmente ao problema do momento, sem considerar movimentos capazes de identificar outros problemas que não estavam sendo postos no processo de atenção, que envolve relações entre o trabalhador e o usuário. O discurso a seguir é ilustrativo:

“Ainda que a demanda seja grande, é preciso melhorar a consulta profissional e as relações interpessoais. É necessário mudar o olhar profissional para a valorização dos movimentos próprios que terá um impacto positivo.” (Grupo III, ent. 3).

Em síntese, as práticas subjetivas não são consideradas, estabelecendo uma escolha para as relações direcionadas à queixa-conduta, por meio da demanda espontânea, retratada em consultas e ações pautadas em procedimentos, gerando baixa resolubilidade, na medida em que os problemas de saúde são resolvidos de forma fragmentada e focalizada.

As discussões sobre o acesso a ABS, em especial no PSF, apresentadas neste estudo possibilitam refletir-se sobre propostas alternativas ao modelo de atenção à saúde vigente. Neste campo, a Saúde da Família configura-se como uma estratégia que propõe ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, individualmente ou no plano coletivo, mediante a concretização de suas diretrizes. Os dados empíricos revelados nas observações e entrevistas com gestores, usuários e trabalhadores de saúde que atuam no PSF possibilitaram demarcar que essa estratégia não tem sido efetivada em sua plenitude, conforme preconizado em seus princípios fundamentais.

Por esta razão, o que se propõe com a discussão acerca do tema desta pesquisa é a construção de um novo modelo assistencial mais humanizado e compromissado, diferente do vigente e institucionalizado no município em análise, uma vez que a questão do acesso aos serviços de saúde ainda não é universal e resolutivo no sistema de saúde. No entanto é preciso ampliar a participação do usuário no processo e responsabilização do trabalhador com o cidadão que demanda os serviços ofertados no PSF. Em síntese, é necessário desconstruir

ações centradas em procedimentos, focalizadas e excludentes, para ações que situem o usuário no centro do processo de avaliação, de forma articulada e integral.

O PSF em Alagoinhas revelou uma prática desenvolvida pelos profissionais direcionada para o atendimento aos grupos populacionais específicos, conformando-se em ações programáticas pontuais.

Considerar a ESF como “porta de entrada” é buscar integrá-la em uma rede com níveis crescentes de complexidade, com acesso facilitado à população adscrita por meio de ações humanizadas e acolhedoras, com certo grau de resolubilidade na cadeia do sistema.

Assim, a ESF poderia ser contemplada como um espaço propício de relações próximas com a população adscrita, para desenvolver trabalhos coletivos articulados com outros setores e práticas incorporadas por tecnologias e ações de saúde, sendo operadas de modo processual em busca da garantia da satisfação das necessidades dos usuários.

Pode-se vislumbrar a possibilidade do PSF como estratégia que busque a superação do modelo hegemônico, na tentativa de construir processos intercessores mediados pelos espaços de escutas, de saberes e práticas interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ci. Saúde Col.* 2003;3:815-23.
2. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-98.
3. Abreu de Jesus WL, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Rev Ci. Saúde Col.* on line 2008. Extraído de [<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>], acesso em [25 de abril de 2009].
4. Starfield B. *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate* 2003;27:316-23.
6. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003;27:257-77.
7. Brasil. 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 (PACS). Brasília; 2006.

8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2000.
10. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ci. Saúde Col. 2006;11:53-61.
11. 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. Saúde Públ. 2007;23:75-85.
12. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. Rev. baiana Saúde Públ. 2005;29(2):273-85.
13. Santos AM, Assis MMA. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas - BA. Rev. baiana Saúde Públ. 2005;29:313-25.

Recebido em 13.5.2009 e aprovado em 27.7.2010.