

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**EVELISE RIBEIRO GONÇALVES**

**EM BUSCA DO PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL:  
UM ESTUDO SOBRE O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB O OLHAR DA  
BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO**

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

### **Ficha Catalográfica**

G635e GONÇALVES, Evelise Ribeiro

Em busca do profissional socialmente sensível: um estudo sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família sob o olhar da bioética de intervenção, 2009 [tese] / Evelise Ribeiro Gonçalves – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2009.

197 p. il.

Inclui bibliografia.

Possui tabelas

1. Saúde Bucal. 2. Odontologia – Promoção da saúde. 3. Programa Saúde da Família 4. Bioética I. Autor.

CDU – 616.314:614.253

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

**EVELISE RIBEIRO GONÇALVES**

**EM BUSCA DO PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL:  
UM ESTUDO SOBRE O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB O OLHAR DA  
BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Regina Souza Ramos

Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

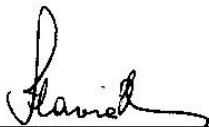
**EVELISE RIBEIRO GONÇALVES**

**EM BUSCA DO PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL:  
UM ESTUDO SOBRE O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB O OLHAR DA BIOÉTICA DE  
INTERVENÇÃO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 19 de junho de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**




\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

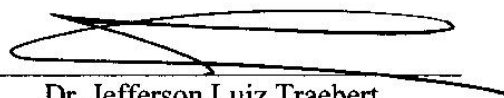
**Banca Examinadora:**



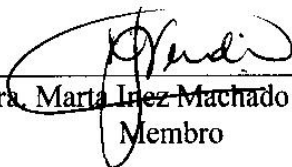
\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Presidente




\_\_\_\_\_  
Dr. Volnei Garrafa  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dr. Jefferson Luiz Traebert  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Marta Inez Machado Verdi  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Jussara Gue Martini  
Membro

\_\_\_\_\_  
Dra. Mirelle Finkler  
Membro Suplente

\_\_\_\_\_  
Dra. Kenya Schmidt Reibnitz  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

À **Professora Dr<sup>a</sup>. Flávia Regina Souza Ramos**, querida orientadora, por ter sido um exemplo de profissional e de mulher, que com calma e tranquilidade me guiou nesses quase 4 anos, sempre respeitando meus desejos e ideias.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, que em 1980 me recebeu na 2<sup>a</sup> série do primário do Colégio de Aplicação; em 1990 abriu as portas do curso de graduação em Odontologia; em 2003 do mestrado em Saúde Pública e em 2006 do Doutorado em Enfermagem. Fica aqui meu reconhecimento e desejo de que continue sendo uma instituição pública, gratuita e de excelência na formação de profissionais.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSC**, por receber tão bem uma cirurgiã-dentista em seu meio, sempre me fazendo sentir acolhida e respeitada como profissional, e especialmente à **Claudia Crespi Garcia**, fiel escudeira do Programa, pela inestimável ajuda na formatação da tese.

À **CAPES**, por me conceder, através da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, bolsa de estudos durante os anos de 2006, 2007 e parte de 2008.

À **Lia Leal**, pela revisão de português e palavras de incentivo.

À **Professora Dr<sup>a</sup>. Marta Verdi**, por sempre ser uma referência pessoal e acadêmica, em especial na área de Bioética e por ter aceitado fazer parte do processo de qualificação e da Banca Examinadora.

À **Professora Dr<sup>a</sup>. Daniela Carcereri**, professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, pelas contribuições no processo de qualificação.

Aos **Professores Doutores Volnei Garrafa, Jefferson Traebert e Jussara Gue Martini**, por terem aceitado fazer parte da Banca Examinadora, abrilhantando esta tese.

*Aos meus pais, **Aníbal e Maria Esmênia**,  
Nas horas difíceis, foram a fortaleza;  
nas horas felizes, compartilharam as delícias das conquistas.  
Obrigada por despertar em mim o desejo e o prazer em fazer  
da educação e do conhecimento companheiros de vida.*

*Aos **cirurgiões-dentistas da rede pública de Florianópolis**,  
Que ajudaram a construir esta tese a partir de seus desejos, de suas frustrações,  
e da esperança por uma assistência odontológica mais digna.*

*Ao recém criado **NUPEBISC – Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva - UFSC**,  
Que esta tese sirva de incentivo e inspiração para muitos outros trabalhos.*

*À pequena **LUISA**,  
Filha linda e adorada que faz feliz a minha vida.*

*“No dia em que a cidadania verdadeiramente for alcançada no País,  
teremos o indicador mais claro de que nossa população  
conquistou os níveis sanitários e educacionais compatíveis  
com sua dignidade como seres humanos.*

*Após o desencanto com a moderna ideologia do progresso  
– que ao invés de trazer melhores condições de vida para  
a civilização somente agudizou ainda mais as diferenças  
entre os ricos e pobres do planeta –  
a ética deve deixar de ser vista como uma abstrata questão filosófica  
e passar a constar da lista das nossas mais caras exigências políticas,  
sendo uma nova ética da responsabilidade no setor da saúde bucal, parte desse contexto.”*

*(Volnei Garrafa – 1993)*

GONÇALVES, Evelise Ribeiro. **Em busca do profissional socialmente sensível:** um estudo sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da família sob o olhar da bioética de intervenção. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. 197 p.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Regina Souza Ramos  
Linha de Pesquisa: Filosofia e Ética em Saúde e Enfermagem

## RESUMO

Estudo de caso com abordagem qualitativa cujo objetivo foi analisar o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC com base na percepção desse trabalhador e sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção. Os dados foram coletados em 2 etapas: questionário respondido por amostra representativa de cirurgiões-dentistas da rede assistencial do município e entrevistas semiestruturadas com profissionais selecionados dessa amostra e divididos nas 5 regionais de saúde. Um representante da gestão municipal em saúde bucal também foi entrevistado. O software ATLAS-TI foi utilizado para auxiliar na análise de conteúdo das entrevistas. Do processo de análise emergiram 4 categorias: a primeira trata do desafio enfrentado pelos trabalhadores em entender e assumir os novos papéis exigidos pelo novo modelo de assistência, evidenciando a sua percepção sobre a Estratégia de Saúde da Família e as mudanças que aconteceram (ou não) após o início do seu trabalho. A segunda trata da influência da formação profissional e do perfil pessoal na inserção do cirurgião-dentista na Estratégia, evidenciando as fragilidades do modelo de formação e lançando alternativas que ajudariam a construir o profissional *socialmente sensível*. A terceira trata das rotinas e/ou situações do trabalho do cirurgião-dentista, analisando como expressam a proposta da Bioética de Intervenção que considera a inclusão social e a justiça sanitária pressupostos para a efetivação da cidadania. As rotinas e/ou situações analisadas foram: acesso à assistência odontológica, serviço de referência, estabelecimento de vínculo com a comunidade e participação popular e controle social na atenção à saúde. A quarta e última categoria discute como o cotidiano das atividades profissionais estaria potencializando e/ou limitando a efetivação do novo modelo. Concluiu-se que a inserção da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC, iniciada há menos de 5 anos, ainda é um processo em construção. Cumpre ressaltar que embora algumas rotinas de atendimento expressem comprometimento com a inclusão social, outras dificultam o acesso ao serviço, afetando o alcance da integralidade e o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Além disso, o processo de participação popular e controle social, tão importante para a construção da consciência sanitária, ainda se mostra tímido, precisando de maior envolvimento dos profissionais, devido sua importância como ativadores e potenciais transformadores do modelo de assistência. Assim, é primordial que estejam interessados e comprometidos com os pressupostos do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, tendo em mente que sua atuação pode desencadear mudanças dentro de uma política de saúde bucal que é instrumento para atingir uma finalidade maior: a cidadania da população.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Assistência Odontológica; Programa de Saúde da Família; Bioética de Intervenção; Justiça Sanitária; Cidadania.



## ABSTRACT

A case study with qualitative approach was performed aiming to analyze the public dentists work at the Family Health Strategy at Florianópolis, Brazil from their point of view and having the Intervention Bioethics referential as background. Data were collected in 2 stages: a questionnaire was answered by a representative sample of public dentists and semi-structured interviews were performed with dentists selected from that sample and divided among the 5 city health areas. A member of the administrative staff was also interviewed. The software ATLAS-TI was used to help the analysis of content process. From the analysis procedures 4 categories emerged: The first one is about the challenge faced by the dentists in understanding and assuming the new roles demanded by the new model of assistance. The second one is about the influence of the professional formation and the personal profile in the insertion of the dentists in the strategy, highlighting the fragilities of the educational system and launching alternatives which would help to build up the *socially sensitive* professional. The third one discusses how the work routines and/or situations compromise with the Intervention Bioethics referential which considers the social inclusion and the health justice as basis to accomplish citizenship. The analyzed routines were: access to dental care, reference service, establishment of bonding with the community, and popular participation and social control in the health services. The fourth and last one discusses how the daily activities are working as potentials and/or limits to the accomplishment of the new model of assistance. It was clear that the insertion of the oral health care in the Family Health Strategy in Florianópolis is still a growing process started less than 5 years ago. Therefore, it is important to emphasize that although some routines are compromised with the social inclusion, some others make the access to service very difficult affecting the process of reaching out the integrality and the establishment of bonding with the population. Beyond that, the popular participation and the social control, significant part of the health conscience construction, is still withdrawn, demanding a bigger involvement of the dentists, due to their potential as activators and transformers of the model of assistance. In that way, it is imperative that they are interested and compromised with the proposes of the Brazilian Public Health Service (SUS) and the Family Health Strategy, having in mind that their performance may initiate changes inside the oral health public policy which is instrument to achieve a superior goal: the citizenship of the population.

**Key words:** Oral Health; Dental Assistance; Family Health Strategy; Intervention Bioethics; Health Justice; Citizenship.

## RESUMEN

Estudio de caso con enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar la labor del cirujano dentista en la Estrategia de Salud Familiar en la ciudad de Florianópolis/SC, basándose en la percepción de esos empleados y desde la mirada de la Bioética de Intervención. Los datos fueron recolectados en 2 etapas: a través de un cuestionario que fue contestado por muestra representativa de cirujanos dentistas de la red asistencial del municipio, y por entrevistas semiestructuradas con profesionales que fueron seleccionados de esa muestra y divididos en las cinco regionales de salud. Un representante de la gestión municipal en salud bucal también fue entrevistado. El *software ATLAS-TI* fue utilizado para ayudar en el análisis del contenido de las entrevistas. Del proceso de análisis surgieron 4 categorías, a saber: la primera trata del reto que enfrentan los trabajadores para comprender y asumir las nuevas funciones exigidas por el nuevo modelo de atención, destacando sus percepciones sobre la Estrategia de Salud Familiar y los cambios que han ocurrido (o no) después del inicio de su trabajo. La segunda categoría se refiere a la influencia de la formación profesional y el perfil personal en la inserción del cirujano dentista en la Estrategia, poniendo de relieve las debilidades del modelo de formación y colocando alternativas que ayuden a formar un profesional *socialmente sensible*. La tercera se refiere a las rutinas y/o circunstancias de la labor del cirujano dentista, analizando cómo los profesionales expresan la propuesta de la Bioética de Intervención que considera la inclusión social y la justicia sanitaria principios para la realización de la ciudadanía. Las rutinas y/o situaciones que se analizaron fueron: el acceso a la atención odontológica, servicio de referencia, el establecimiento de vínculos con la comunidad, y la participación popular y el control social en la atención de la salud. En la cuarta y última categoría se discute cómo la vida diaria de la actividad profesional estaría potencializando y/o limitando la eficacia del nuevo modelo. Se llegó a la conclusión de que la inclusión de la atención a la salud bucal en la Estrategia de Salud Familiar en Florianópolis/SC, la cual fue comenzada a menos de 5 años, es un proceso todavía en construcción. Vale hacer hincapié en que, si bien algunas rutinas de atención expresan el compromiso con la inclusión social, otras impiden el acceso al servicio, lo que afecta el alcance de la integralidad y el establecimiento de vínculos con la comunidad. Además, el proceso de participación popular y control social, tan importante para crear la conciencia sanitaria, sigue siendo tímido, necesitando de una mayor participación de los profesionales, debido a su importancia como activadores y transformadores potenciales del modelo de asistencia. Por lo tanto, es primordial que estén interesados y comprometidos con las premisas del Sistema Único de Salud y de la Estrategia de Salud Familiar, teniendo en cuenta que sus acciones pueden desencadenar cambios en una política de salud bucal que es un instrumento para lograr una finalidad mayor: la ciudadanía de la población.

**Palabras Clave:** Salud Bucal, Atención Odontológica, Programa de Salud Familiar, Bioética de Intervención, Justicia Sanitaria, Ciudadanía.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ACD – Atendente de Consultório Dentário

ANSS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CD – Cirurgião Dentista

DPNSB – Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

EAP – Escola de Aperfeiçoamento do Pessoal

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF – Programa Saúde da Família

SC – Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Matriz analítica .....	<b>59</b>
---	-----------

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Jurisdição da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. ....	<b>61</b>
---	-----------

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>09</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS E TESE .....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
2.3 A TESE.....	19
<b>3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>20</b>
3.1 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA .....	20
<b>3.1.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF) .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.2 A Inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1.3 A formação do cirurgião-dentista socialmente sensível: limites e possibilidades....</b>	<b>29</b>
3.2 O OLHAR DA BIOÉTICA .....	40
<b>3.2.1 A Bioética de Intervenção: o enfoque latino-americano .....</b>	<b>40</b>
<b>3.2.2 Outros olhares – Um mesmo Objetivo.....</b>	<b>45</b>
3.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	49
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>57</b>
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA E MATRIZ ANALÍTICA .....	57
4.2 LOCAL DE PESQUISA .....	60
4.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	62
4.4 SUJEITOS DE PESQUISA E SATURAÇÃO DA AMOSTRA .....	63
4.5 PROCESSO DE ANÁLISE DE CATEGORIAS IDENTIFICADAS .....	65
4.6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	70
<b>5 ARTIGOS.....</b>	<b>71</b>
ARTIGO 1 - A INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O DESAFIO DE ENTENDER E DE ASSUMIR NOVOS PAPÉIS.....	72
ARTIGO 2 - A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A FORMAÇÃO ACADÊMICA E O PERFIL INDIVIDUAL NA BUSCA PELO PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL.....	88
ARTIGO 3 - O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO NA BUSCA PELA INTEGRALIDADE, JUSTIÇA SANITÁRIA E INCLUSÃO SOCIAL .....	108
ARTIGO 4 - O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIAIS E LIMITES NA LUTA POR UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA.....	129
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>174</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos países latino-americanos e mais especificamente no Brasil, o tema da justiça sanitária faz parte da agenda bioética. (GARRAFA, 2005). As grandes desigualdades e iniquidades de acesso a tudo que caracterize a qualidade de vida tornam esse tema essencial quando se quer aplicar a ética para garantir a dignidade da vida humana. Os fundamentos epistemológicos da vertente latino-americana da Bioética têm sido aprofundados, analisando o tema da justiça social em saúde e sua relação com a Bioética a partir dos diferentes conceitos utilizados para promover inclusão social. (GARRAFA e KOTTOW e SAADA, 2006). Desde sua inserção na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, homologada pela UNESCO em outubro de 2005 (UNESCO, 2005), o assunto adquiriu expansão e visibilidade significativa, fazendo com que a discussão bioética adquirisse um caráter de luta política.

O referencial teórico que mais se tem destacado nessa luta pela incorporação do caráter político nas discussões sobre ética na saúde é o da Bioética de Intervenção (GARRAFA, 2005; GARRAFA e PYRRHO, 2008), que inicialmente fora denominado Bioética Dura (*hard bioethics*). (GARRAFA e PORTO, 2003). A discussão desse referencial traz conceitos como os da inclusão social e da justiça social em saúde – que exploram expressões como empoderamento, libertação e emancipação, temas estes utilizados na discussão dos dados coletados para a tese.

É importante mencionar como aconteceu minha aproximação com a Bioética. O primeiro contato foi através da disciplina homônima, ministrada pelo Prof. Dr. Volnei Garrafa no Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva que realizado no período de 1998-2000 pela Escola de Aperfeiçoamento de Pessoal (EAP) da Associação Brasileira de Odontologia – seção Santa Catarina (ABO/SC). (GONÇALVES e PERES e MARCENES, 2002). Em 2002, apresentei projeto na área de Bioética ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC com a intenção de realizar curso de Mestrado estudando as questões éticas do atendimento a pacientes em uma clínica odontológica de ensino. A dissertação, que foi sustentada em 2005, analisou a atenção odontológica prestada por alunos com base na percepção docente e avaliou os dados coletados a partir do referencial teórico da Bioética Principlista, refletindo sobre eles sob o olhar de alguns princípios bioéticos, tais como a Autonomia e a Confidencialidade. (GONÇALVES, 2005; GONÇALVES e VERDI, 2007).

Através desse trabalho foi possível expressar claramente o que espero da profissão: possibilidades justas e dignas de acesso à assistência odontológica e um atendimento integral,

ético, humanizado e acolhedor. Apesar disso, sempre soube das limitações da Bioética Principlista para justificar tais expectativas. Durante a sustentação da dissertação, o Professor Volnei, integrante da banca, colocou que, apesar de termos que reconhecer que o Principlismo tem um papel primordial na história da Bioética, ele não expressa a melhor forma de nós, latino-americanos, cidadãos de nações injustas e desiguais, utilizarmos a Ética e a Bioética para lutar pela garantia da dignidade dos seres humanos. O seu comentário ficou marcado em meus planos para um futuro doutorado.

No final de 2005, apresentei projeto ao curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC com a intenção de estudar a formação ética do cirurgião-dentista. Porém, durante o primeiro ano de curso, iniciado em 2006, a convivência com as colegas enfermeiras e a realização de disciplinas obrigatórias e optativas trouxe para meu cotidiano discussões sobre temas que não estiveram presentes no curso de Odontologia na época de minha graduação: o Sistema Único de Saúde e, mais especificamente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Querendo aprender mais sobre o tema e focalizando a especificidade de minha profissão, busquei um curso de capacitação na ESF para cirurgiões-dentistas, oferecido pela Associação Brasileira de Odontologia do Paraná. Convém salientar a tradição em saúde bucal coletiva deste estado, mais especificamente de Curitiba, onde o curso foi realizado entre agosto/2006 a abril/2007.

Com o decorrer do curso de doutorado e do curso de capacitação, algumas reflexões sobre o que eu realmente gostaria de estudar me fizeram alterar o projeto inicial. Fui confrontada pelo seguinte questionamento: Como fazer para discutir justiça social em saúde e os princípios da Bioética Social dentro da realidade brasileira, incluindo a discussão sobre a problemática da formação de recursos humanos para a Odontologia (que continuava a ser um tema de interesse)?

Assim, optei por desenvolver um projeto que pretendia estudar o trabalho do cirurgião-dentista no modelo de assistência posto em prática hoje no Brasil como eixo organizador da Atenção Básica à Saúde: a Estratégia de Saúde da Família. O objetivo foi fazer o estudo sob o olhar dos princípios da Bioética de Intervenção, do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica, uma vez que todos têm em comum a luta pela justiça sanitária, inclusão social e equidade de acesso a tudo que garanta a dignidade humana, em busca de um objetivo maior: a consolidação da cidadania da população brasileira.

Em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivos financeiros para inserir ações de saúde bucal nas equipes da Estratégia de Saúde da Família através da contratação de cirurgiões-dentistas (CD), atendentes de consultório dentário (ACD) e técnicos de higiene



dental (THD). (BRASIL, 2000a). As equipes de saúde bucal podem ser de Modalidade I (CD + ACD) ou de Modalidade II (CD + ACD + THD). No período entre janeiro de 2001 e dezembro de 2008, o número de equipes de saúde bucal passou de 2.248 para 17.807, e a população coberta passou de 13,9 milhões para 85,2 milhões de habitantes, o que corresponde a 45,3% da população. (BRASIL, 2009).

A criação de equipes de saúde bucal dentro do PSF objetivava também consolidar o SUS, proporcionando à população uma atenção integral a sua saúde, e dessa forma, combater a exclusão social/sanitária propiciando não só atenção odontológica básica, mas também serviços de referência e contrarreferência para a resolução de problemas mais complexos. (BRASIL, 2000a).

Paralelamente a essa decisão, o Ministério da Educação delibera sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, que resultou em um documento lançado em 2002 (BRASIL, 2002) que expressa sua intenção em orquestrar a educação superior e a saúde nacional formando recursos humanos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, esses profissionais na sua educação superior teriam ênfase na formação generalista, na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. (BRASIL, 2002). Essas mudanças exigidas pelo Conselho Nacional de Educação vão ao encontro de necessidades da própria profissão que vive um momento de crise.

A formação do profissional da Odontologia vem recebendo críticas sistemáticas por sua dificuldade em unir o desenvolvimento da competência técnica com o da competência ética e relacional de seus estudantes. A mentalidade científica que tem predominado nos processos de formação dos novos odontólogos peca pelo excesso de tecnicismo em detrimento de aspectos fundamentais, como a prevenção, a promoção de saúde, uma relação profissional-paciente mais humanizada e a valorização e o exercício da ética do cotidiano. (RAMOS, 2003).

Além desses problemas, talvez o mais grave seja a perpetuação de processos pedagógicos que formam profissionais para uma realidade distante da maioria da população brasileira, como foi diagnosticado pelo PNAD (BRASIL, 1998) e confirmado pelo SBBrazil<sup>1</sup> (2003): cerca de 29 milhões de pessoas nunca tiveram acesso à assistência odontológica. Esse número corresponde a aproximadamente 15,4% da população brasileira que vive na área urbana, e se considerarmos a população rural, essa percentagem sobe para mais de 31% da

---

<sup>1</sup> O maior levantamento oficial das condições de saúde bucal da população brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com as mais importantes entidades nacionais de Odontologia, como o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO).

população. (BRASIL, 2003b).

Essa realidade parece ainda mais chocante quando se percebe que nesse mesmo período o número de faculdades de Odontologia do Brasil saltou de 90, em 1996, para 188 em 2008. (CFO, 2008). Considerando-se que a população brasileira tem crescido a uma proporção aproximada de 1,8%/ano e o crescimento do número de dentistas a 2,5%/ano, é fácil perceber o paradoxo da Odontologia Brasileira do século XXI. (MOYSES, 2004).

O ensino odontológico brasileiro tem a tradição de, como diz Ramos (2003), *ensinar a solidão*, ou seja, o que se traduz da grande maioria dos currículos e das propostas pedagógicas dos cursos de Odontologia é um processo de formação de profissionais voltado exclusivamente à atenção odontológica privada. Porém dados do PNAD (BRASIL, 1998) e da ANSS revelam que apenas o contingente de pessoas com renda acima de 10 salários mínimos poderia sustentar, de forma regular, esse tipo de atenção, e essa faixa de renda representa apenas 9,4% da população.

Como fazer então para reverter tal situação, na qual população e cirurgiões-dentistas parecem correr em círculos sem se encontrar apesar de um necessitar tanto do outro e vice-versa? O que fazer para lutar contra essa imensa iniquidade de acesso aos serviços odontológicos e exigir o que eu chamaria de *justiça sanitária bucal* para garantir essa parte tão importante da dignidade humana que é a saúde oral?

Fica claro que os profissionais da Odontologia precisam assumir novos papéis e se posicionar de forma diferente na sociedade, e para tal, profundas mudanças políticas, sociais, conceituais, pedagógicas e práticas tornam-se necessárias para a profissão no Brasil. (MOYSES, 2004).

Todo esse processo tem levado à reforma curricular dos cursos de Odontologia. (MATOS e TOMITA, 2004). Uns assimilaram as mudanças prontamente, como algumas faculdades do Paraná (MOYSES et al., 2003), outros estão concretizando as mudanças apenas recentemente, como é o caso da Federal de Santa Catarina. O mais importante é que as reformas não sejam feitas apenas no papel ou como promessa de boas intenções, mas que todas as mudanças necessárias sejam assumidas pelo corpo docente dos centros de formação superior e que essa nova mentalidade alcance os estudantes. Mas essas mudanças implicam a transformação de concepções, práticas e relações de poder, além da produção de novos conhecimentos e saberes. Serão processos complexos e longos, exigindo que as universidades busquem apoio técnico e político para realizá-los. (FEUERWERKER, 2003).

Uma coisa é certa: a inserção dos cirurgiões-dentistas nas Equipes de Saúde da Família tem sido relatada como problemática, e um dos principais problemas identificados é a

atuação de profissionais sem o devido perfil para trabalhar em sintonia com o novo modelo. (ARAÚJO e DIMENSTEIN, 2006).

Um dos caminhos para mudar essa situação é formar a força de trabalho da Odontologia inserida no paradigma do SUS e da ESF. (ARAÚJO, 2006; ARAÚJO e ZILBOVICIUS, 2008). Primeiro porque o modelo tradicional que formou profissionais nas últimas décadas parece estar se esgotando: milhares de profissionais são jogados no mercado e passam a viver uma imensa desilusão com a profissão devido ao seu exercício precário. (MOYSES, 2004). Segundo, mas ainda mais importante, é o comprometimento da profissão com uma ética coletiva, de inclusão social e redução das desigualdades que pode – e deve – reverter o quadro apresentado anteriormente de milhões de brasileiros sem acesso à assistência odontológica. (MORITA e HADDAD, 2008).

O que não pode mais acontecer é, como diz Moyses (2004), as universidades continuarem a formar “torto” para depois “consertar” nos cursos de capacitação: *infelizmente, a universidade não faz “recall” dos “produtos” que lança no mercado de trabalho.*

Assim, fica claro que a formação desse profissional, inserida e comprometida com a lógica da ESF e do SUS, respeitando seus princípios de participação popular, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização, favorece a operacionalização de um processo de trabalho da equipe de saúde condizente com suas propostas.

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e diversos profissionais e trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional. (PIRES, 1999). O produto final dessas atividades é a assistência a seres humanos com problemas de saúde, concretos ou potenciais, que se tornam objeto no processo de trabalho em saúde. (TAVARES, 2006).

No entanto, a grande maioria das instituições assistenciais não reflete sobre o processo de trabalho que as especifica, ou seja, trabalha sem planejamento e sem uma prática de participação dos trabalhadores na concepção e na organização do trabalho, perdendo a riqueza da percepção dos grupos profissionais que possibilitaria a integração interdisciplinar e o salto qualitativo do conhecimento e da prática assistencial em saúde. (PIRES, 1999).

Entre os defensores do SUS é frequente a ideia de que para operacionalizar seus princípios e diretrizes é necessário transformar os trabalhadores de saúde em sujeitos do processo de trabalho. Isso implicaria transformá-los em sujeitos autônomos, abertos ao novo e dispostos a perceber seu papel profissional/pessoal/social diante dos desafios que lhes são apresentados. (SCHERER, 2006).

Pelos seus princípios e diretrizes, o SUS pode romper com o tradicional modelo biomédico centrado na doença e na figura do médico e em práticas fragmentadas, para articular práticas orientadas pelo entendimento de saúde como direito de cidadania. Mas esse rompimento implica novas formas de produzir e distribuir ações de saúde. (SCHERER, 2006).

Para implantar a Estratégia de Saúde da Família é preciso comprometer-se com a reafirmação desses princípios e diretrizes, redefinindo o processo de trabalho das equipes de saúde e articulando e integrando diversas práticas profissionais em busca de um novo modelo de assistência.

Esse modelo deve, necessariamente, ter como protagonistas tanto o usuário do serviço quanto o trabalhador de saúde, esse “novo” profissional que, segundo o Ministério da Saúde, deve ter perspectiva inovadora, abordagem crítico/reflexiva e democrático/participativa e colaborar com as transformações no modelo de formação profissional. Além disso, deve ser um profissional que possa reorganizar o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional com abordagem interdisciplinar e intersetorial, vendo o indivíduo ampla e integralmente inserido no contexto familiar e em determinados grupos sociais. (BRASIL, 2000b).

Esse “novo” profissional é o que eu chamo de profissional *socialmente sensível*<sup>2</sup>, que seria, em minha opinião, o profissional capaz de se comprometer verdadeiramente com a saúde pública, com os princípios do SUS e da ESF, combatendo as iniquidades da assistência odontológica no país e buscando algo maior, que seria a construção da consciência sanitária e a conquista da plena cidadania pela população brasileira.

Querendo estudar todo esse contexto, propus um estudo que teve como pergunta: *Como o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família, no município de Florianópolis/SC, se desenvolve e expressa implicações tecnológicas e éticossociais?*

A seguir apresento os objetivos que foram traçados e alcançados para respondê-la.

---

<sup>2</sup> O conceito de “sensível” com o qual me identifico e que utilizo na tese é o usado dentro do contexto do documento do Ministério da Saúde – *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* (2004), exposto nesta tese na página 22.

## 2 OBJETIVOS E TESE

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC com base na percepção desse trabalhador e sob o olhar da Bioética Social.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos cirurgiões-dentistas que integram as Equipes de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC;
- Conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o seu trabalho na Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família;
- Identificar potenciais e limites da assistência à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família à luz do referencial da Bioética Social, da Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.

### 2.3 A TESE

A tese que defendi e confirmei com esta pesquisa foi: *O trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC expressa fragilidades e limites relativos à efetivação dos princípios norteadores da Atenção Básica e da ESF e às diferentes dimensões do processo de trabalho, os quais têm implicações tecnológicas e éticossociais.*

### **3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 A REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

##### **3.1.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990, através da Lei Orgânica número 8080, iniciava-se no Brasil um processo de reestruturação dos serviços de saúde. A partir dessa Lei, a saúde passa a ser vista não só como ausência de doenças, mas também como sendo determinada por fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer e outros. (BRASIL, 1990).

A implementação do SUS é um processo em permanente construção que traz na sua proposta um desafio constante para gestores e profissionais da saúde ao considerar saúde um direito social e dever do Estado. (LACERDA e TRAEBERT, 2006).

Os serviços de saúde, segundo essa lógica, se organizam por meio de ações inseridas numa rede regionalizada e hierarquizada que prioriza a participação da comunidade e atividades preventivas sem prejuízo aos serviços assistenciais. (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica é justamente o primeiro nível deste sistema e considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, sendo o contato preferencial dos usuários

com os sistemas públicos de saúde. (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para a reorganização do modelo assistencial de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), entendendo-se por modelo assistencial:

Um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político, com uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco tecnologia. (CAMPOS, 1997, p.244).

Assim, é importante contextualizar a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994. O cenário político era complexo uma vez que estava sendo debatida a necessidade de se combinar os meios técnico-científicos de se resolver problemas de saúde, individuais e coletivos, e ao mesmo tempo promover saúde com qualidade, efetividade e equidade através da estruturação de modelos de assistência capazes de atender as necessidades de saúde da população. (SCHERER, 2006). Isto porque o modelo biomédico, utilizado até então, já dava sinais de desgaste explicitado pela não melhoria dos níveis de saúde da maioria da população, pela ineficiência do setor, pela desqualificação profissional, etc. (FRANCO e MERHY, 2003; MARINS, 2003; AMORETTI, 2005; BUCHABQUI e PETUCO, 2006).

A partir de 1998, após receber muitas críticas nos seus primeiros anos de implantação, o PSF passou a ser caracterizado pelos documentos do Ministério da Saúde como uma estratégia com potencial estruturante dos sistemas municipais de saúde, passando a ser, no plano assistencial, o pilar de sustentação do SUS. Essa ênfase dada à implantação da ESF é justificada pelo MS pela sua possibilidade de desenvolver ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas, quando o indivíduo deixaria de ser tratado de forma fragmentada e longe de seus valores e contexto social e familiar. (BRASIL, 2000a).

Essa tendência a valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras foi amparada pelo desenvolvimento de modelos de assistência semelhantes no Canadá, Cuba, Inglaterra e Suécia, que serviram de referência para a formulação do modelo brasileiro. (ROSA e LABATE, 2005). Embora “rotulado” como um programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS já que

não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

A ESF tem como objetivo geral contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997). Assim, potencializaria a resolutividade dos serviços por meio da ampliação do acesso e da qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na Promoção da Saúde, tendo como consequência a redução da demanda dos serviços especializados e das internações hospitalares. (LACERDA e TRAEBERT, 2006). Dessa forma pode ser definido como:

Um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso pelas melhorias das condições de vida da população traduzidas em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados. (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996, p. 5).

No plano operacional, a ESF surgiu tendo como item necessário para sua implantação, a existência de uma equipe multiprofissional, responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, devendo ser composta por no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (BRASIL, 2000b).

No período entre janeiro de 2000 e janeiro de 2009, o número de equipes de saúde da família passou de 8.600 para 29.100, com um aumento da cobertura populacional de 29,7 milhões de habitantes, para 93 milhões de habitantes, o que corresponde a 49,5% da população. Em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram incluídos 122.500 novos agentes entre janeiro de 2000 e janeiro de 2009, totalizando 240.000 ACS em ação no país. Em relação à população coberta pelos ACS, ela passou de 77,8 milhões de habitantes em 2000, para 113,2 milhões em janeiro de 2009, o que corresponde a 60,4% da população. O investimento do governo federal na Estratégia de Saúde da Família no ano de 2008 ultrapassou os R\$ 4,5 bilhões de reais. (BRASIL, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o documento **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB** onde reforçou o acerto em revitalizar a Atenção Básica no Brasil. (BRASIL,



2006). De acordo com o documento, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, das responsabilidades de cada esfera de governo, da infra-estrutura e recursos necessários, das características do processo de trabalho, das atribuições dos profissionais e das regras de financiamento, incluindo as especificidades da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, torna clara a intenção do Ministério da Saúde em fortalecer a Atenção Básica, constituindo-a como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais. Segundo o então Secretário de Atenção à Saúde, e hoje Ministro da Saúde, José Gomes Temporão:

O ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à Atenção Básica em Saúde. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador dos centros de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde”. (BRASIL, 2006, p.3).

Acredita-se, portanto, que a ESF tem potencialidades como estratégia de mudança do modelo assistencial.

Ao apresentar, como característica, uma enorme capilaridade, a Estratégia de Saúde da Família é *socialmente sensível*: suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade. São espaços pedagógicos em que a prática é o objeto das ações e onde muitas situações falam por si, permitindo às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente reais e novos, a cada vez que ocorrem. São situações onde o fazer se aproxima da realidade de vida das pessoas e possibilitando um espaço privilegiado para o trabalho com os usuários. (BRASIL, 2004c, p.17).

No entanto, alguns autores colocam que há necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar tanto os profissionais da saúde e universidades - para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere ao trabalho em equipe, à assistência humanizada e à abordagem às famílias – como gestores e a população para a importância da sua participação no planejamento e garantia de continuidade das ações, uma vez que a proposta é que haja uma parceria entre ESF/Famílias/Comunidade. (ROSA e LABATE, 2005; FRANCO e MERHY, 2003; MOYSES e KRIGER e MOYSES, 2008).

Para finalizar é importante que se coloque os princípios e fundamentos da Atenção Básica que são parte do marco teórico deste trabalho.

Os princípios: **universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação**

**social.**

E os fundamentos:

**I** - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

**II** - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

**III** - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

**IV** - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

**V** - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;

**VI** - Estimular a participação popular e o controle social.

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

**I** - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

**II** - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

**III** - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

**IV** - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

**V** - ser um espaço de construção de cidadania.

A seguir discute-se como tem sido a história da Odontologia nesse contexto, além de como e por que ela foi inserida na Estratégia de Saúde da Família.

### 3.1.2 A Inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família

*Odontologia Brasileira:  
tecnicamente elogiável  
cientificamente discutível  
e socialmente caótica.*  
(GARRAFA e MOYSES, 1996, p.1)

Mais de dez anos depois da publicação deste artigo de Garrafa & Moyses, o que causa surpresa é que a situação da Odontologia no Brasil não mudou muito, ou seja, a profissão continua tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica. Isto porque, apesar da evolução técnica que a profissão obteve - já que um batalhão de novos profissionais continua sendo formado dentro de padrões técnicos aproximados aos melhores do mundo - seu alcance social continua sendo mínimo, o que torna cientificamente questionável sua prática:

A ciência e a prática odontológica nacionais têm em mãos todos os instrumentos necessários para controlar as doenças bucais mais prevalentes na nossa sociedade, principalmente a cárie dentária e as doenças periodontais. Já conhecemos a intimidade das suas causas, o mecanismo de ação dos agentes patogênicos, suas formas de vida, os meios preventivos e curativos concretos para combatê-los, as formas de preservação do equilíbrio bucal, dentro outras questões. (GARRAFA e MOYSES, 1996, p.14).

Então se pergunta: se os avanços da ciência já proporcionaram à Odontologia brasileira todos os instrumentos necessários à erradicação e controle dessas doenças que afetam tantos milhões de brasileiros, por que o quadro epidemiológico nacional não tem mudado significativamente em todos esses anos?

Vale lembrar os dados alarmantes apresentados pelo SBBrasil (BRASIL, 2003b) que mostram, por exemplo, que além dos mais de 30 milhões de brasileiros que nunca tiveram assistência odontológica na vida, apenas 55% dos jovens com 18 anos de idade têm todos os dentes na boca. Entre os adultos de 35-44 anos a situação não é melhor, sendo que apenas 55% deles têm 20 ou mais dentes e a média do índice CPO-D<sup>3</sup> nesta faixa etária foi de 20,1. Mas a situação é realmente preocupante quando verificamos que apenas 10% dos adultos entre 65-74 anos possui 20 ou mais dentes na boca, sendo que a média de seu CPO-D chegou a 27,8. Um ser humano possui, em condições normais, no máximo 32 dentes.

---

<sup>3</sup> Número de dentes cariados, perdidos (por cárie) ou restaurados (por cárie), medido individualmente.

Talvez o problema seja como diria Arthur Koestler (apud GARRAFA e MOYSES, 1996, p.10), que *essas estatísticas não sangram...*

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil sempre se caracterizou por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas, mutiladoras e com acesso restrito. Grande parte dos municípios brasileiros desenvolvia apenas ações para a faixa etária escolar de 6 a 12 anos. Os adultos e idosos tinham acesso apenas a atendimentos de emergência, geralmente mutiladores. Isso tudo caracterizava a Odontologia como uma área de extrema exclusão social não havendo uma política nacional para o setor. (COSTA e CHAGAS e SILVESTRE, 2006).

Em 17 de março de 2004 o Governo Federal lança o **BRASIL SORRIDENTE**, a Política Nacional de Saúde Bucal, com o intuito que ela se consolide verdadeiramente como a política do governo brasileiro para essa área, combatendo a exclusão social (PUCCA-JR, 2006). Independente de preferências partidárias ou políticas há que se reconhecer – e valorizar – o fato de que pela primeira vez na história o Governo Federal desenvolveu uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações visando à reorientação da assistência odontológica pública quebrando o ciclo de incentivos isolados que foram concedidos à área até o ano de 2002. (PUCCA-JR, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal vem resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população. Nessa perspectiva, era necessário que essa política fosse construída em conformação com o SUS que, segundo seus princípios constitucionais, edifica-se na universalização do acesso, na integralidade, na equidade e no controle social.

Assim, concomitante ao lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde lançou um documento denominado **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal** (BRASIL, 2004c) que tinha como objetivo apresentar as diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Essas diretrizes foram o resultado do diálogo do órgão federal com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentadas na produção do conhecimento gerado nos diversos congressos e eventos de Odontologia e de saúde coletiva, sempre em consonância com as discussões das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

Através desse documento expõe-se a proposta para a reorganização e reorientação das atitudes e práticas no campo da saúde bucal. A meta é propor um novo processo de trabalho que deve estar em permanente construção levando em consideração as diferenças

culturais, epidemiológicas, sanitárias e regionais do Brasil.

A ideia é que todos os níveis da atenção façam parte do processo de reorganização, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo. Ele, portanto, não deve se orientar apenas para tratar da doença e dos doentes, mas, sobretudo, em promover saúde e qualidade de vida, intervindo nos fatores que a colocam em risco. Dessa forma, as ações de saúde bucal devem resultar de um adequado conhecimento das reais condições de vida e saúde de cada localidade para resultar em práticas efetivamente resolutivas.

A elaboração desses dois documentos veio reforçar e fundamentar a decisão do MS que havia, em 28 de dezembro de 2000, através da portaria no 1444, estabelecido incentivos financeiros para a inserção das ações de saúde bucal nas equipes de Estratégia de Saúde da Família através da contratação de cirurgiões-dentistas (CD), atendentes de consultório dentário (ACD) e técnicos de higiene dental (THD). (BRASIL, 2000).

A inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorganização do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços. O cuidado em saúde bucal passa a exigir a existência de uma equipe de trabalho que se relacione com os usuários e participe da gestão dos serviços. Essa equipe deve se organizar para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o desenvolvimento de vínculo territorial.

Em 2001, o MS publica a Portaria nº 267 que regulamenta a 1.444 através da aprovação de normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na ESF e cria dois tipos de equipes de saúde bucal (ESB): Modalidade I, formada por 1 cirurgião-dentista (CD) e 1 Atendente de Consultório Dentário (ACD) e Modalidade II formada por 1 CD, 1 ACD e 1 Técnico de Higiene Dental (THD). (BRASIL, 2001). Inicialmente cada ESB era referência para 2 Equipes de Saúde da Família, o que fazia com que cada ESB fosse responsável por em média 6.900 pessoas. Esse era um fator limitante para a implantação das ESB, pois impunha aos profissionais uma enorme demanda por procedimentos curativos, o que comprometia a incorporação da filosofia da Estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais. (BRASIL, 2001).

Em junho de 2003, o MS publica a Portaria nº 673 que define que poderão ser implantadas nos municípios quantas equipes forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família e considerem a lógica de organização da Atenção Básica. (BRASIL, 2003a).

De janeiro de 2001 a dezembro de 2008, o número de equipes de saúde bucal passou de 2.248 para 17.807 e a população coberta passou de 13,9 milhões para 85,2 milhões de habitantes, o que corresponde a 45,3% da população. (BRASIL, 2009).

Vale também ressaltar que seguindo a lógica da Integralidade e do desafio lançado pelo texto das Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal, houve a necessidade do aumento da diversidade da oferta de procedimentos clínicos, além de investimentos que propiciassem o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção.

Com essa intenção, o MS lança em julho de 2005 as portarias nº1063, com as normas e requisitos para a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados; e a nº 1069, que institui o financiamento dos CEOs (BRASIL, 2004a).

Os CEOs funcionam como centros de referência para a Atenção Básica e oferecem os serviços de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. Além disso, através da Portaria nº74 de 2004, há a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD - que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis. (COSTA e CHAGAS e SILVESTRE, 2006; BRASIL, 2009).

Ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal de sua população, o Brasil compromete-se com a redução das desigualdades e assume um compromisso com a inclusão social dos seus cidadãos. No entanto, para que a assistência odontológica na Atenção Básica funcione segundo a lógica do novo modelo de atenção proposto pela ESF, existe a necessidade de se formar um “novo” profissional, ou seja, *para uma nova estratégia, um novo profissional*. (LEVCOVITZ e GARRIDO, 1996).

Essa necessidade é reforçada pela problemática inserção dos cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde da família, relatada por vários autores nos últimos anos. (BALDANI et al 2005; FACÓ et al, 2005; OLIVEIRA e SALIBA, 2005; ANDRADE e FERREIRA, 2006; ARAÚJO e DIMENSTEIN, 2006). Os problemas vão desde a precarização das condições de trabalho, com a contratação informal de profissionais comprometendo a consolidação efetiva do programa, uma vez que a criação do vínculo entre profissionais e famílias é um dos pilares do programa; até a contratação de profissionais sem o devido perfil e preparo acadêmico para trabalhar na ESF, que acabam perpetuando o antigo modelo de assistência. Em outras palavras, as ações de muitas equipes de saúde bucal não estão totalmente de acordo com o que é proposto pela ESF e pelo próprio Ministério da Saúde na sua Política Nacional de Atenção Básica.

Fica claro, portanto, que o sucesso de uma nova proposta destinada a elevar o nível de saúde bucal da população - além de combater a exclusão e as desigualdades sociais - por melhor que seja seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos preparados adequadamente e com condições dignas de trabalho. (RABELLO e CORVINO, 2001; VOLSCHAN e SOARES e CORVINO, 2002; TRISTÃO, 2003; MATOS e TOMITA, 2004; ARAÚJO e DIMENSTEIN, 2006; EMMI e BARROSO, 2006).

Assim, discutimos em seguida a questão da formação desse “novo” profissional, tão necessário para a efetivação da proposta da Estratégia de Saúde da Família que chamo de *socialmente sensível*.

### **3.1.3 A formação do cirurgião-dentista *socialmente sensível*: limites e possibilidades**

Desde a segunda metade do século 20, a área da saúde sofreu várias transformações tecnocientíficas em relação a épocas anteriores e, conseqüentemente, mudanças ideológicas, filosóficas e éticas a elas se seguiram. Houve um aumento da eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a produção de novos medicamentos e de instrumentos de alta precisão e a medicina tornou-se resolutiva para um grande número de doenças agudas, crônicas, traumáticas e congênitas para as quais, até então, poucos resultados positivos haviam sido encontrados. Essa revolução nas ciências biomédicas impulsionou um mercado mundial altamente especializado, restrito e agressivo, capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos, ou seja, a saúde transformou-se rapidamente numa banca globalizada de negócios multinacionais. (AMORETTI, 2005).

O ensino, principalmente na Medicina, organizou-se quase que totalmente segundo essa lógica, fragmentando-se em disciplinas por especialidades, e, conseqüentemente, o foco das práticas concentrou-se progressivamente na realização de procedimentos propiciados através de instrumentos de diagnóstico e tratamento e no uso de medicamentos, levando a relação profissional-paciente a ser engolida pela lógica da produtividade.

Esse modelo hegemônico começa a dar sinais de esgotamento, detectados principalmente pela não melhoria dos níveis de saúde da população, e, principalmente, por seu alto custo, o que fundamentou a construção de propostas alternativas, como a formalizada

pela implantação do Sistema Único de Saúde em 1988. (MARINS, 2003; SCHERER, 2006).

No caso específico do modelo de assistência odontológica, as críticas iniciaram em 1980 na VII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, onde ele foi caracterizado em linhas gerais, pela: ineficiência, ineficácia, descoordenação, má-distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo e mercantilista, caráter monopolista e inadequação no preparo dos recursos humanos. (NARVAI, 1994; WARMING e CAPONI e BOTAZZO, 2006).

Assim como acontece na Medicina, os cursos de graduação em Odontologia tendem a apresentar o processo ensino-aprendizagem fragmentado em disciplinas, baseado numa lógica “bancária”, como diz Paulo Freire (FREIRE, 1987), que apenas preocupa-se em transmitir o conhecimento, esperando que os alunos façam as correlações necessárias entre o referencial teórico e a prática, entre a academia e a sociedade. A consequência disso é a tendência em fragmentar também a pessoa para a qual prestam assistência, distanciando-se das suas reais necessidades. (DITTREICH e PORTERO e SCHMIDT, 2007).

Apesar das recentes modificações no currículo de Odontologia, iniciada na década de 90 observa-se ainda uma maior valorização dos procedimentos técnicos de forma distanciada das necessidades epidemiológicas e da realidade social da população brasileira. (AQUILANTE e TOMITA, 2005). Essa é uma situação também apontada por outros autores (MOYSES, 2004; MOIMAZ et al, 2006; CARDOSO, 2007; DITTREICH e PORTERO e SCHMIDT, 2007; MIGUEL e REIBNITZ-JR e PRADO, 2007) que se mostram preocupados com a persistência do modelo hegemônico - que já não encontra respaldo dentro dos conceitos de atenção à saúde integral e promoção de saúde coletiva – e, principalmente, na presença desse paradigma como foco do processo de formação dos recursos humanos para área da saúde.

A questão é ainda mais delicada quando se tem clareza de que a busca de uma Odontologia voltada para os interesses da população passa, necessariamente, pela formação de recursos humanos adequados e dispostos a se comprometer com essa missão. (FACÓ et al, 2005).

É preciso que se entenda que a cada momento histórico - e em função do diagnóstico de saúde da população, da forma de organização do processo de trabalho, da produção do saber e do desenvolvimento das tecnologias - passa a existir a necessidade de redefinir o perfil do profissional a ser formado para atender as exigências dos serviços de saúde, e, principalmente, as necessidades de saúde da população. (MARINS, 2003; MORITA e HADDAD, 2008).



Assim, é pertinente dizer que o ensino superior no Brasil encontra-se em um momento de importantes definições, uma vez que ainda existe uma dissociação entre sua dinâmica e as necessidades sanitárias da sociedade.

Outro enfoque de autonomia, mais próximo das idéias de liberdade acadêmica, tem que levar em conta o reconhecimento das obrigações da universidade com a sociedade, ou de forma mais concreta, com seu entorno social, econômico, cultural e político. Disso depende, em última instância, a própria sobrevivência da universidade, na medida em que a sociedade apresenta, cada vez em maior escala, exigências que devem ser cumpridas pela universidade, dentre as quais se destaca a formação de profissionais comprometidos com a relevância, a qualidade, o custo/efetividade e a equidade da atenção à saúde. (SANTANA e CAMPOS e SENA, 2002).

Há, portanto, a necessidade de a universidade redefinir referenciais e relações com os diferentes segmentos da sociedade para que possa construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades. (FEUERWERKER, 2003).

Tendo em vista o desafio da equidade, é necessário reorientar a atenção ampliando a promoção da saúde e articulando-a com as ações de cura e reabilitação, sempre tendo como elementos indissociáveis da nova prática: a produção do conhecimento, a prestação dos serviços e a formação de recursos humanos. Só assim, as sociedades irão conseguir superar a dificuldade de promover e proteger a saúde dos seus cidadãos na medida requerida pelas circunstâncias históricas. (FEUERWERKER, 2003).

Neste caso, se considerarmos a realidade sanitária do Brasil, veremos que a relação entre saúde e educação, no atual contexto, tem necessariamente relação com a interação entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços de saúde do SUS e as comunidades. (ARAÚJO, 2006; MORITA e HADDAD, 2008).

Neste cenário, a Odontologia como profissão tem se mostrado ineficiente nas suas ações, apesar de não ter ficado à margem das transformações vividas pelos sistemas de saúde nas últimas décadas. (NARVAI, 2003). Verifica-se a expansão e consolidação do SUS através da Estratégia de Saúde da Família – com a inserção da saúde bucal – mas uma concomitante falta de adequação do processo de formação dos profissionais da Odontologia a ela.

Essa tem sido uma das principais causas de críticas ao modelo tradicional de ensino odontológico, uma vez que a ESF é uma estratégia de extrema importância na área de saúde bucal demandando das instituições de ensino superior que reformulem seus currículos (ou que coloquem em prática as mudanças que já estão no papel) para formar profissionais com perfil adequado e verdadeiramente comprometidos com a realidade. (GARBIN et al, 2006). O que

se espera delas é que estejam abertas às demandas sociais e que sejam capazes de produzir conhecimento relevante e útil para a construção dos sistemas de saúde. (FEUERWERKER, 2003).

O modelo de assistência proposto pela ESF representa um desafio para o cirurgião-dentista que como participante da equipe de saúde, deve considerar que sua atividade profissional tem envolvimento direto com aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, determinantes para que o processo de transição do novo modelo de assistência se consolide. (DRUMOND e VILAÇA, 2006).

Assim, para que ele assuma seu compromisso como profissional da saúde neste contexto e contribua efetivamente para a melhoria das condições de vida da comunidade, sua formação profissional deve resgatar o caráter coletivo da prática odontológica. Só assim, ele conseguirá desenvolver competências desejáveis a um profissional da estratégia de saúde da família, competências estas que passam por: entender e tratar o usuário em sua totalidade, e não de forma fragmentada; saber estabelecer vínculos e criar laços de compromisso com o usuário e a comunidade; ter uma visão ampliada do processo saúde-doença; exercer uma prática humanizada e humanizadora; saber trabalhar em equipe, respeitando os saberes e os fazeres de cada um dos profissionais envolvidos; saber e ter como hábito a utilização de dados epidemiológicos para o planejamento e enfrentamento das condições de saúde bucal, entre outros. (ALBUQUERQUE, 2004; MORITA e KRIGER, 2004; FACÓ et al, 2005; MORITA e KRIGER, 2006; ARAÚJO e ZILBOVICIUS, 2008; MORITA e HADDAD, 2008).

Embora aparentem ser características comuns a todos os profissionais, a verdade é que é difícil encontrar, entre os profissionais disponíveis hoje no mercado, pessoas com tais características e, acima de tudo, ainda dispostas a se colocar à disposição da saúde pública. Para alguns autores, essa inadequação do profissional da Odontologia para o trabalho junto a ESF pode ser explicada, em parte, pela dicotomia existente entre o que é ensinado e vivenciado pelos alunos nos centros de formação e a realidade que os profissionais encontram no seu dia a dia.

É também comum encontrar uma formação odontológica deficiente nas disciplinas com maior apelo e relação com a realidade social, o que pode causar desinteresse e o conseqüente despreparo dos alunos para atuar na saúde coletiva. (DRUMOND e VILAÇA, 2006).

Outro problema que parece cada vez mais atual é a influência da dificuldade de inserção dos novos profissionais no mercado de trabalho. A inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família criou novos postos de trabalho em um momento de dificuldade

para os cirurgiões-dentistas que enfrentam um mercado saturado nos grandes centros urbanos. (FORTUNA, 2003). É possível, portanto, que profissionais que não estão preparados, do ponto de vista dos princípios da estratégia e do comprometimento com a saúde bucal coletiva, estejam ocupando esses postos apenas por razões relacionadas a essas dificuldades. (DRUMOND e VILAÇA, 2006).

Acredita-se, portanto, que uma das maiores limitações para o efetivo funcionamento da assistência odontológica na ESF seja a falta de adequação dos recursos humanos. A pergunta que fica no ar é: O que fazer? Que profissional precisamos formar e de que forma?

Segundo Pedro Demo (2005, p.77), *é sempre possível reduzir o aluno a objeto de cópia, quando o condenamos a ouvir, tomar nota e fazer prova, tudo de maneira reprodutiva.* E é essa prática, tão comum nos centros de ensino odontológico, que devemos coibir partindo para novas práticas pedagógicas mais comprometidas socialmente. (ABENO, 2005).

Saber pensar é a teoria mais prática que existe, ou a prática mais teórica que existe. Já não cabe separar pensar de intervir, ainda que as duas atividades tenham sua tessitura própria. Pensar é atividade tipicamente mental e intervir é atividade eminentemente prática, mas ambas se entrelaçam e fazem um todo só. Há outra face interessante do saber pensar que é a possível confluência entre epistemologia e política social. Do ponto de vista epistemológico, saber pensar supõe traquejo metódico para lidar de maneira adequada com o conhecimento e seu processo de construção, desconstrução e reconstrução, enquanto, do ponto de vista da política social, saber pensar é a pilastra crucial da cidadania ativa, para saber melhor intervir. Dito de outro modo, saber pensar é o emblema da cidadania inteligente. (DEMO, 2000, p.33).

Ora, que profissional se quer, senão um cidadão inteligente, socialmente sensível e comprometido e como diz Paulo Freire (1997), que saiba “ler” a realidade, para desconstruí-la criticamente e nela intervir alternativamente?

No entanto, o que se vê é que a grande maioria os centros de formação universitária não está sabendo acompanhar a demanda social por profissionais com tais características. Continuamos profundamente instrucionistas em nossa educação formal, como podemos observar nas escolas e universidades, que continuam reproduzindo conhecimento com a maior tranquilidade. (DEMO, 2007).

Então, como chegar lá? Alguns autores têm escrito sobre alternativas de processos pedagógicos ou de práticas que estimulam o “saber pensar” e o “aprender a aprender” e apresentam-se aqui algumas delas.

Conhecimento é a habilidade de questionamento, ou seja, enquanto não se questiona

não se conhece, apenas se reproduz. (DEMO, 2005). Por isso que hoje, se reconhece mais facilmente que o estímulo à leitura é princípio educativo. A leitura é fundamental para a formação universitária, pois favorece o entendimento do mundo numa perspectiva crítica e interdisciplinar, e coloca em ação um sistema de valores, crenças e atitudes. (RANGEL, 2006).

Em trabalho realizado com estudantes calouros de um curso de Odontologia, conclui-se que a prática da leitura, que seria um dos caminhos para a formação do profissional crítico e reflexivo, como é proposto pelas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia, encontra vários entraves no cotidiano das práticas pedagógicas do curso. (RANGEL, 2006).

Tais práticas distanciam o estudante de um olhar mais investigativo sobre a realidade, privilegiando o lugar do aluno apenas como receptor da visão do professor sobre os temas debatidos em sala, visto que as leituras prévias, que seriam a base de discussões enriquecedoras do processo ensino-aprendizagem, aconteciam de forma precária. (RANGEL, 2006). Ela ainda destaca o importante papel mediador do corpo docente como incentivador desse movimento de formação de leitores, de quem se espera estarem disponíveis e sensíveis para olhar a Odontologia numa perspectiva crítica e voltada para a realidade social. Esse pensar exige o repensar, o rever, o indagar, o transgredir o conhecimento já construído, para que se possa propor, reafirmar, inovar e transformar a realidade.

O processo ensino-aprendizagem não deve, portanto, restringir o educando ao contexto do ensino, ele deve envolver, em um grau maior, a formação do próprio Homem, sujeito de uma sociedade e que por isso, torna-se parceiro nesse processo e é influenciado por aspectos culturais, econômicos, morais, éticos, entre outros. (ESTRELA, 2002).

Assim, é indispensável que os cursos de graduação desenvolvam projetos pedagógicos nos quais o ensino, pesquisa e extensão estejam indissociavelmente integrados não havendo possibilidade de existir ensino de qualidade sem pesquisa. (CARDOSO, 2007). O processo inicia-se com o fim do medo de indagar, de inquirir o professor, de cogitar outras possibilidades do fazer, enfim, quando o aluno aprende a fazer fazendo.

Através da pesquisa, o aluno se habitua a ter iniciativa, a buscar livros, textos e novas formas de informação, superando a regra comum de receber conteúdos prontos através de aulas copiadas e da reprodução de textos que decoram para as provas. Dessa forma, estaríamos caminhando para construir a “educação libertadora”, proposta por Freire (1997), em lugar da “educação bancária”, mencionada anteriormente.

A pesquisa na universidade faz parte da profissionalização também, não

sendo, assim, apenas opção ou vocação, mas componente crucial do processo de formação e recuperação da competência. Por isso, é a maneira decisiva de substituir treinamento por educação; o mero fazer, pelo saber fazer e sempre refazer, e em se tratando de formação de competência, tendo o aspecto formativo sempre predominando sobre o transmissivo. (DEMO, 1998, p.57).

Na grande maioria dos cursos de Odontologia, onde boa parte dos professores é especialista, as disciplinas são dadas umas independentes das outras e o aluno passa a ter essa mesma visão fragmentada da pessoa para a qual presta assistência. Desse modo, a formação do odontólogo, além de não conseguir dar conta da preparação técnica-científica necessária - frente aos avanços tecnológicos - também não prepara esse profissional para atuar além do biológico. (CARDOSO, 2007).

A compreensão da parte subjetiva do ser humano e o exercício da solidariedade são partes fundamentais para a formação de profissionais competentes, mas também de cidadãos competentes, que saibam integrar áreas diversas do conhecimento, autonomia de pensamento e a capacidade de trabalhar em equipe e refazer respostas. (ESTRELA, 2002; CARDOSO, 2007).

O professor precisa saber resgatar nos seus alunos a visão do ser humano como um todo. Essa visão ficou perdida na era da fragmentação, do estudo de partes do corpo humano, da cientificidade e da racionalidade mecânica. O repasse de informações tomou o lugar da reflexão e da produção do pensamento livre e instigador. (LEMOS, 2005).

O “como educar” continua sendo extremamente desafiador no processo educativo atual. Mas dentro deste contexto, e junto com a valorização da leitura e da pesquisa, o princípio da integralidade aparece como um eixo para a transformação das graduações da área da saúde, que se apresenta como um princípio desejável a todas as práticas de saúde. (MATTOS, 2004).

Integralidade é um termo polissêmico e dentre os seus diversos sentidos, pode-se reconhecer alguns traços comuns. Um dos mais importantes seria a “recusa ao reducionismo”, ou seja, um sujeito, diante de um profissional de saúde não se reduz a uma lesão ou a uma condição crítica de saúde, dessa forma, um profissional que pautar suas práticas pela integralidade busca no seu cotidiano escapar desses reducionismos. (MATTOS, 2004).

A partir dessa argumentação, podemos entender a organização dos currículos com base na integralidade como uma alternativa. Ela contribuiria para transformar processos de trabalho, valorizando a discussão pedagógica e vinculando-a ao contexto da consolidação dos

modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde. (KOIFMAN e REGO, 2004).

O processo de construção do currículo no seu dia-a-dia passa a ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora, que assegura a consolidação de núcleos de vontade coletivos, respeitando as características particulares locais e de cada momento de formação. Assim como a construção de uma forma orgânica de educação e avaliação permanentes, buscando garantir bases seguras de construção de temas e propostas pedagógicas baseados nos problemas cotidianos vividos por docentes, discentes e profissionais de saúde, a partir das necessidades reais do conjunto da população. (KOIFMAN e REGO, 2004, p.188).

Essa aparece como uma proposta contra-hegemônica àquelas orientadas por uma visão que supervaloriza os recursos e é restritiva do ponto de vista de construção e consolidação da cidadania, da integralidade e da equidade que os serviços de saúde podem produzir. (OLIVEIRA e KOIFMAN, 2004). Esses valores dão um salto qualitativo em direção ao reconhecimento e produção das necessidades de saúde e a um processo de formação que possibilite que os alunos desenvolvam e tenham como parceiros de vida, a criatividade, a ética, o humanismo e o comprometimento com uma atenção em saúde integral.

Na Medicina, têm sido produzidas propostas de formação que buscam, em diferentes níveis, articular ensino-serviços-comunidade, formação-controle social, ensino-realidade, ensino-pesquisa-extensão. (BATISTA, 2006). Estas propostas trazem expectativas de gerar impactos nas “rotas” do ensino e de aprendizagem tradicionais, centradas nos conteúdos biológicos e na intervenção curativa, trazendo à tona a discussão do aprender como um processo que integra cognição-afeto-cultura e possibilita a construção de uma competência profissional vinculada a uma prática de integralidade na assistência ao indivíduo e à comunidade.

A idéia da integração docente-assistencial agrega a tática de quebrar a resistência dos estudantes à abordagem epidemiológica e social mediante sua “exposição” precoce e oportuna à realidade sanitária. (SANTANA e CAMPOS e SENA, 2002). Os autores colocam ainda, que a efetiva integração entre os processos ensino-aprendizagem e de produção de serviços é requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais e um meio insubstituível para o surgimento de práticas adequadas de avaliação dessas mesmas competências.

No caso específico da Odontologia, um grupo de professores do Curso de Odontologia da PUC/Paraná (MOYSES et al, 2003) propôs uma estratégia de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração à realidade social, às políticas sociais e ao Sistema Único de Saúde.

Através dessas vivências pretendeu-se contextualizar a aprendizagem na inserção social dos alunos, problematizando o conhecimento e a realidade, desenvolvendo habilidades e competências colocadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais como aquelas que estariam mais relacionadas com a área de saúde coletiva e oportunizando a participação como base da cidadania. A humanização da educação em Odontologia se concretiza na busca pela integração do processo de formação profissional à realidade social vivenciada pelos vários sujeitos que participam deste processo. (MOYSES et al, 2003).

Cursos de residência e especialização em saúde da família, em caráter multiprofissional, têm sido estimulados pelo Ministério da Saúde para atender à necessidade de formação de recursos humanos qualificados no âmbito nacional. Para isso, o MS instituiu parcerias que congregam instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde. O curso de residência em saúde da família da Universidade Federal de Santa Catarina, num movimento inovador, possibilita a operacionalização de uma estratégia de formação em serviço que articula sete departamentos da UFSC e procura integrar as instituições parceiras sob a lógica da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e de integração ensino-serviço. (SCHERER, 2006).

A proposta de educação permanente que orienta o curso é compreendida como um processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, estruturados a partir da problematização do próprio processo de trabalho. A forma como o processo acontece, com vivências desenvolvidas nos 3 níveis de atenção do sistema de saúde, possibilita aos alunos terem noção do que é o SUS e como ele funciona. (SCHERER, 2006).

Trazendo a discussão para o foco da tese, é importante reforçar como seria importante para a efetivação desta proposta que essas mudanças no processo de formação dos novos profissionais realmente acontecessem. Isto porque as modificações requeridas no processo de trabalho dependem intimamente das competências, habilidades e da adoção de valores éticos, sociais e culturais dos profissionais envolvidos no cotidiano das atividades. (MARINS, 2003).

A vivência do profissional em todos os espaços onde se produz saúde é fundamental, sobretudo se o objetivo é formar profissionais que capazes de trabalhar na atenção básica. A formação em diversos cenários de ensino amplia possibilidades e responde à necessidade de uma formação mais próxima da realidade de trabalho na qual irão se inserir os futuros cirurgiões-dentistas. (MORITA e HADDAD, 2008). Além disso, favorece a aproximação das

instituições de ensino com a comunidade e cria um espaço de reflexão crítica para a busca de soluções para os reais problemas de saúde. No plano individual, os ganhos são muitos: desenvolvimento das competências relacionais e de comunicação, o aumento da autoconfiança, o desenvolvimento do raciocínio crítico, melhor compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença e a formação cidadã. (HADDAD et. al, 2006; MORITA e KRIGER, 2006; MORITA et. al, 2007; MORITA e HADDAD, 2008).

É importante mencionar que um dos grandes obstáculos para que essas e outras propostas pedagógicas alternativas se concretizem é a formação dos próprios docentes da área da saúde, pois eles estão justamente marcados pelos atributos que têm, até aqui, dado o caráter formativo aos profissionais da saúde. (AMORETTI, 2005; COSTA, 2007).

Repensar o trabalho de ensinar é a mudança mais dura de todas, pois ensinar se torna mais complexo (menos rotina, confronto com comportamentos novos, mais personalizado, mais papéis interdisciplinares), ensinar se torna menos isolado, ensinar se torna explicitamente conectado com a geração de conhecimento. (DEMO, 2007, p.44).

Há, exatamente por essa razão, a necessidade de capacitação constante do corpo docente das instituições, visando o exercício de um processo ensino-aprendizagem que se preocupe com o crescimento do aluno - desenvolvendo nele a capacidade de procurar dentro de si mesmo as respostas para seus problemas, ou seja, tornando-o agente ativo do seu aprendizado e com a adoção de uma postura interdisciplinar que possibilitaria a integração de todos os conteúdos no trato com os pacientes. (NORO, 2007).

Dessa forma, o que de mais importante pode acontecer é a constituição de cidadãos críticos e criativos, que conjuguem da maneira mais eficaz possível, educação e conhecimento, para saber pensar e intervir de modo alternativo na realidade. Enfim, cidadãos que consigam interrogar-se sobre como transformar a preocupação com o outro em meta de seus cuidados.

Não poderia encerrar essa reflexão sobre a formação do cirurgião-dentista, sem mencionar o papel da Bioética na formação de profissionais da saúde.

Há que se reconhecer que o “ensino” da Bioética se incorporou definitivamente ao processo de formação biomédico. (KOTTOW, 2005). No caso da Odontologia, podemos citar a decisão do Conselho Federal de Odontologia de tornar obrigatória, em 2001, a disciplina de Bioética em todos os cursos de especialização da área. (RAMOS, 2003).

No entanto, apesar dessa disseminação da disciplina, não existe acordo algum sobre a forma de abordagem desse ensino ou sobre as metas que devem ser alcançadas. (KOTTOW,



2005). Baseado na sua experiência de vários anos, o autor coloca que pode afirmar que a bioética curricular – falando aqui de cursos de graduação – dificilmente é capaz de modificar atitudes, havendo quem duvide que a sensibilidade moral dos profissionais seja adequadamente cultivada através do ensino programado.

Apesar desta posição contrária, ou no mínimo desconfiada em relação ao ensino da Bioética, é importante a existência de um referencial teórico que inclua em seu plano de estudo a formação de valores, a discussão do respeito à vida e à dignidade humana em todos os cenários e que este referencial esteja disponível em espaços de discussão e reflexão nos cursos de graduação da área da saúde. (CAICEDO, 2006).

Alguns autores defendem que o tema da Ética deve ser inserido nos cursos como tema transversal, pois muitas questões que são abordadas em outras disciplinas se reportam sempre às implicações de valores morais, objetos de reflexão ética presentes nas relações humanas e na vida acadêmica. (GOMES e MOURA e AMORIM, 2006).

O enfoque bioético que foi escolhido como marco teórico principal desta tese é o da Bioética de Intervenção, que aponta para a necessidade da construção de uma ética coletiva, atenta à justiça social em saúde, à inclusão social e à equidade.

Do ponto de vista da formação de recursos humanos para a saúde, o respeito à ética pressupõe o respeito às demandas sociais de assistência e de pesquisa havendo uma integração em torno das necessidades da população. Assim, é indiscutível que a formação ética – que foi iniciada no ambiente familiar – deve ter sua consolidação na Escola, neste caso, nos centros de formação de nível superior. Evidencia-se a responsabilidade dessas instituições, que preparam cidadãos para o mercado de trabalho, em neles desenvolver valores éticos que se refletirão nos serviços através da assistência prestada. (COSTA, 2007).

Dessa forma, torna-se de fundamental importância a escolha dos métodos de ensino-aprendizagem. É primordial que eles possibilitem uma mudança de pensamento, transformando a concepção fragmentada e dividida do mundo que impede a visão total da realidade e a visão das pessoas como seres humanos que necessitam de uma atenção de qualidade. (COSTA, 2007).

Esses métodos poderiam, então: unir o estímulo à leitura e à pesquisa com a conseqüente produção do conhecimento individual e coletivo relacionado à realidade social; a diversificação dos cenários de aprendizagem, deixando pra trás a idéia de que conhecimento só se aprende dentro de sala de aula, estabelecendo uma relação real com os problemas da comunidade; a inclusão da discussão de temas sobre ética e bioética no cotidiano das práticas pedagógicas e a capacitação dos docentes que participam do processo como multiplicadores e

facilitadores, mas que também precisam ser estimulados a “saber pensar”, o que não é tarefa fácil, porque, como diz Pedro Demo (2005, p.25) *quem sabe pensar não usa a força, mas o argumento e ao mesmo tempo, quem sabe argumentar, promove o contra-argumento e jamais fecha a discussão, porque o sentido da discussão não é fechar, mas abrir para novas e infundáveis discussões.*

Essas são propostas desafiadoras, mas possíveis de serem alcançadas desde que contem com a colaboração dos diversos atores envolvidos, pertencentes tanto às instituições de ensino quanto aos serviços de saúde. Apenas uma construção coletiva do saber, voltado a uma nova lógica de processo de trabalho, vai conseguir se efetivar e alcançar seu objetivo que é atender as necessidades de saúde da população. Para tal, é preciso que os profissionais formados pelas universidades sejam sim, competentes tecnicamente, mas que também saibam aceitar e exercitar o seu papel como cidadãos críticos, criativos, éticos e *socialmente sensíveis.*

## 3.2 O OLHAR DA BIOÉTICA

### 3.2.1 Bioética de Intervenção: o enfoque latino-americano

Saúde é filosofia, é ideologia e é política. Engana-se quem aposta numa suposta objetividade das ciências do cuidado. Elas estão absolutamente imbricadas pelas perspectivas sociais, por interesses econômicos e por posicionamentos hegemônicos e contra-hegemônicos, ainda que estes atravessamentos passem despercebidos pelos profissionais e pelas instituições. (BREILH, 1997, p.142).

Partindo dessa idéia é importante começar esse capítulo falando da aprovação - em 19 de Outubro de 2005, em Paris, durante a 33ª Conferência Geral da Unesco - da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. A homologação se deu por aclamação, o que significa ter sido referendada unanimemente pelos 191 países integrantes das Nações Unidas, representando um atestado de seu reconhecimento e maioria. (GARRAFA, 2006).

Até ser construído um documento satisfatório, mais de dois anos de discussões se passaram, sendo que o encaminhamento dado ao tema sempre tendia a reduzir a Bioética a

questões específicas relacionadas aos campos biomédico e biotecnológico. Com o posicionamento contrário das nações latino-americanas, principalmente do Brasil, a luta pela inclusão de temas sociais acompanhou o processo de construção da Declaração e, finalmente, em Outubro de 2005, quando foi homologada, ela continha - além dos temas habituais já contemplados inicialmente - questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento. (GARRAFA, 2006).

A luta dos países latino-americanos, secundada pela quase totalidade das nações africanas e pela Índia, além de alguns países árabes, politizou definitivamente a agenda bioética internacional. (GARRAFA, 2006, p.11).

Esse posicionamento vem resgatar o sentido original dado a ela pelo criador do neologismo “Bioética”, Van Rensselaer Potter, no lançamento de seu livro *Bioethics, bridge to the future*. (POTTER, 1971). Potter imaginava a Bioética com a visão de “ponte”, de uma ética que se relacionava com os fenômenos da vida humana no seu mais amplo sentido, incorporando não somente as questões biomédicas, mas também as sociais e ambientais ligadas a sustentabilidade do planeta. Assim, em 1988, para renovar e reforçar suas idéias ele passa a denominá-la Bioética Global. (POTTER, 1988, GARRAFA, 2006).

Vale lembrar que a Bioética mais “popular”, ligada aos temas biomédicos, era praticamente ignorada por Potter. No entanto, foi essa vertente que ficou mais conhecida e se consolidou internacionalmente principalmente nos anos 90. As bases conceituais dessa Bioética, de base médica e clínica, tomaram como referência os princípios originados do Relatório Belmont, elaborado especificamente com o objetivo de coibir os abusos que estavam acontecendo nos Estados Unidos nas pesquisas com seres humanos nos anos 60 e 70.

A obra de Tom Beauchamp e James Childress (1979), *Principles of biomedical ethics*, é tida como referência dessa Bioética Principlista e apresenta os quatro princípios (autonomia, justiça, beneficência e não maleficência – sendo que os três primeiros já haviam sido apresentados pelo Relatório Belmont) que ficaram conhecidos mundialmente como princípios universais para mediar conflitos e dilemas éticos na área da saúde.

Já no início dos anos 90, no entanto, começaram a surgir as primeiras críticas ao principlismo e à pretensão de universalidade dos seus princípios. Ele se mostra insuficiente tanto para a análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para uma determinada adequação cultural; quanto para o enfrentamento de macro problemas bioéticos persistentes ou cotidianos enfrentados por grande parte da população de países com

significativos índices de exclusão social, como o Brasil. (GARRAFA e PYRRHO, 2008).

Assim, a partir do 4º Congresso Mundial de Bioética em Tóquio, no Japão, em 1998, a Bioética retorna a sua proposta original e começa a expandir seu campo de estudo e atuação incluindo em sua pauta temas relacionados à qualidade de vida humana, tais como: direitos humanos e cidadania, a questão da priorização na alocação de recursos sanitários escassos, a preservação da biodiversidade, a finitude dos recursos naturais do planeta, o equilíbrio do ecossistema, os alimentos transgênicos, o racismo e outras formas de discriminação, entre outros. (GARRAFA e KOTTOW e SAADA, 2006).

Da mesma forma, o 6º Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília em 2002, lança um novo desafio para a especialidade e seus estudiosos quando propõe como tema **Bioética, Poder e Injustiça**, deixando claro que muitos não concordavam com a epistemologia da disciplina, que insistia em se restringir a problemas e conflitos individuais em detrimento dos coletivos. O princípio da Justiça - e a sua importância - havia sido abafado pelo superdimensionamento do princípio da Autonomia, tornando-se um mero coadjuvante. (GARRAFA e PORTO, 2003).

Assim, as sérias discussões que aconteceram durante o Congresso tornaram evidente a necessidade de incorporar no campo de reflexão e atuação da Bioética temas sociopolíticos da atualidade, principalmente as grandes iniquidades sociais e econômicas existentes entre ricos e pobres e entre os países do Hemisfério Norte e Sul. (GARRAFA e KOTTOW e SAADA, 2006).

Com as transformações e o novo ritmo que começou a ser experimentado no contexto internacional da Bioética, o escopo da ética aplicada deixou de ser considerado como de índole supra-estrutural, meramente individual ou específica para, ao contrário, passar a exigir participação direta da sociedade civil nas discussões com vistas no bem-estar futuro das pessoas e comunidades. A questão ética, pois, adquiriu identidade pública, deixou de ser considerada apenas uma questão de consciência a ser resolvida na esfera privada ou particular, de foro individual ou exclusivamente íntimo. Hoje, ela cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e à interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de intervenção a ser programadas, nas questões ambientais, na formação de pessoal sanitário, na responsabilidade dos Estados frente aos cidadãos, principalmente os mais frágeis e necessitados. (GARRAFA, 2006, p.8).

A Bioética de Intervenção tem sua construção a partir da realidade brasileira e latino-americana em todos os seus contrastes e necessidades. (GARRAFA e PYRRHO, 2008). Este ponto de vista incorpora as questões éticas impostas pelo desenvolvimento biotecnocientífico e a assimetria da relação profissional-paciente, mas também situações

relacionadas às políticas de saúde e às desigualdades sociais. As reflexões feitas tendo essa perspectiva como base, fazem forte crítica à incorporação vertical de conteúdos éticos de países desenvolvidos, buscando a contextualização das argumentações a temas locais.

É na forma complexa de analisar as questões persistentes de países iníquos – tendo como suporte o caráter social e político – que a Bioética de Intervenção discute justiça sanitária, inclusão social e cidadania.

A bioética social, para ser efetiva, além de muita disposição, persistência e preparo acadêmico, exige uma espécie de militância programática e coerência histórica por parte do pesquisador. De minha parte, é o que venho tentando fazer há alguns anos com a linha de pesquisa que denominei inicialmente de Bioética Dura (hard bioethics) e posteriormente Bioética de Intervenção. (GARRAFA e PORTO, 2003). Neste sentido, após a consagração da *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos* em 2005, com o considerável avanço logrado no campo social, pretendo passar a incorporar a Bioética de Intervenção, definitivamente à “Bioética Social”, uma vez que já terá sido alcançado um dos principais motivos de sua criação, ou seja, a necessária visibilidade política ao tema.

De modo geral, portanto, a *Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos* redefine a agenda bioética para o século XXI, expandindo seu campo de reflexão, pesquisa e ação e alçando vãos pela política para incluir as questões sociais em sua agenda. (GARRAFA, 2005). Esse passo trará consequências positivas e concretas no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis e, dessa forma, criar condições para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa. Além disso, esse documento legitimou uma ação efetiva de intervenção da Bioética, no sentido de conformar a realidade a partir de parâmetros de equidade, justiça e inclusão social.

O referencial mínimo da Bioética de Intervenção vem do conceito de **corporeidade** que defende a idéia que o corpo é a materialização da pessoa, é onde estão articuladas as dimensões físicas e psíquicas que se manifestam nas relações interpessoais e com o ambiente. Ao considerar o corpo físico como a estrutura que sustenta a vida social, ou seja, sem ele a vida social não se concretiza, o conceito de corporeidade passa a ser um marco de intervenção ética. Assim, todas as necessidades relacionadas à sobrevivência do indivíduo, e, por consequência, da manutenção da existência do corpo, são a base das diferenças culturais, mas o absoluto essencial - que caracteriza a existência dos indivíduos - permanece estável estabelecendo a linha de demarcação que torna a intervenção ética indispensável para garantir

o necessário para vida de indivíduos e populações. (PORTO e GARRAFA, 2005).

Os referenciais norteadores são estruturados a partir da matriz dos direitos humanos contemporâneos, que a partir do reconhecimento do direito coletivo à igualdade e do direito dos indivíduos e grupos à equidade, incorpora o discurso da cidadania expandida pelo qual os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado. Assim, a intervenção deve vir para garantir a todos os seres humanos: a) direitos de primeira geração – que reconhecem a condição de pessoa como requisito universal e exclusivo para a titularidade de direitos – b) direitos de segunda geração – que reconhecem os direitos econômicos e sociais que se manifestam na dimensão material da existência – c) os direitos de terceira geração – que reconhecem a relação dos indivíduos com o ambiente e a preservação de recursos naturais. (GARRAFA e PORTO, 2007).

Acredita-se que é válida uma breve apresentação de alguns conceitos que dão suporte teórico para discutir a temática de inclusão social. Garrafa (2005) e Garrafa & Pyrrho (2008) apresentam alguns, tais como: empoderamento, libertação e emancipação.

A palavra empoderamento, em tradução direta do inglês *empowerment*, ficou mais conhecida a partir da obra de Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia. Sen utiliza com frequência em suas obras a idéia de liberdade para discutir empoderamento. Segundo ele, *a liberdade pode ser vista como intrinsecamente importante para uma boa estrutura social. Uma boa sociedade também é, nesta concepção, uma sociedade de liberdade.* (SEN, 2002). Para o autor, uma sociedade justa seria uma sociedade livre, onde as pessoas poderiam autonomamente tomar suas decisões e viver segundo elas. Assim, a idéia de empoderamento dos sujeitos individuais que estejam vulnerabilizados em decorrência do processo histórico e da característica cultural das sociedades em que estão inseridos, perpassa todo o social, atuando como um elemento capaz de potencializar a atuação desse segmento da sociedade privado de poder de decisão, promovendo sua inclusão social, sempre inserida na coletividade. (GARRAFA, 2005).

Essa proposta inclusiva vai ao encontro dos marcos teóricos delineados pela Bioética da Intervenção que passa pelo pressuposto que a ação social politicamente comprometida é aquela capaz de transformar a *práxis* social. (GARRAFA e PYRRHO, 2008). Assim, parece claro que essa ideia de empoderamento ressalta a importância de se perceber que as escolhas dos sujeitos sociais não podem ser marcadas apenas por uma visão reduzida de autonomia, mas levando-a ao âmbito coletivo e de responsabilidade, onde a interconexão entre os seres humanos e todas as formas de vida, é reconhecida.

O termo libertação, muito usado pelo educador Paulo Freire, implica em mais do que

o simples reconhecimento da existência de poder. Ele aponta para a ambigüidade de uma situação onde haveria a força capaz de obrigar à sujeição e a fragilidade manifesta na incapacidade de se livrar da submissão. Para Freire, nesta situação haveria a oposição entre o cativo (privação do direito de escolha) e a libertação (o verdadeiro exercício da autonomia) que permitiria desvelar posições de poder e tomar posição no jogo de forças pela inclusão social. (FREIRE, 1997).

A utilização destas duas categorias pela Bioética de Intervenção pretende apontar em que direção se deve conduzir a luta política para garantir tal liberdade. Adotar tal postura leva à luta dos cidadãos pela sua inclusão social, seja na área da saúde ou em outras, partindo do pressuposto que existem forças que oprimem e que ações concretas devem ser tomadas em oposição a elas. (GARRAFA, 2005).

Por último, o autor apresenta o termo emancipação, que significa independência, liberdade, alforria, ou seja, um sujeito emancipado é um sujeito livre. Só é emancipado aquele que suprimiu sua dependência e alcançou o domínio sobre si mesmo e pode garantir não só sua sobrevivência, mas também suas escolhas para alcançá-la. Para a Bioética de Intervenção, esse termo é utilizado na concepção de que é necessário suprimir a dependência para se chegar à emancipação, podendo ela então ser usada como ferramenta para direcionar a luta pela libertação e para colocar essa luta na dimensão coletiva. (GARRAFA, 2005).

Dessa forma, as três expressões – empoderamento, libertação e emancipação – ajudam a compreender o fenômeno da inclusão social *como um processo dinâmico que necessita ser construído e levado à prática, objetivando a conquista da verdadeira justiça social*. (GARRAFA, 2005). Para a Bioética de Intervenção, a inclusão social é correspondente à ação cotidiana de pessoas concretas e precisa ser considerada na sua dimensão política como um processo no qual os sujeitos sociais articulam sua ação.

### **3.2.2 Outros olhares – Um mesmo Objetivo**

No que diz respeito à busca pela justiça social em saúde, outros conceitos são importantes, sendo pertinente conhecer esses outros olhares.

Amartya Sen (2001) apresenta uma proposta para reflexão sobre o conceito de Igualdade que busca o reconhecimento do ser humano como ele é: diferente e único. As realidades que nos fazem diferentes e que explicitam essa diversidade são inúmeras:

nascemos e vivemos em ambientes distintos, as sociedades e comunidades das quais fazemos parte nos fornecem possibilidades diferentes - limitando mais ou menos nossas ações - temos diferentes aptidões físicas e mentais, entre outros. O que se pode (e se deve) então concluir dessa realidade? Que certamente ser igualitário não é, como já dizia Sen, uma característica unificadora, ou seja, tratar a todos como iguais objetivando, em um âmbito maior, a justiça, não passa de uma tarefa decepcionante, infértil, e por que não dizer, injusta. (GONÇALVES et al., 2007).

A partir da assimilação desse pressuposto, a busca pela justiça sanitária dá um salto em direção ao respeito pela autonomia dos cidadãos e a legitimação das individualidades. Isso fica claro quando se aceita que o verdadeiro fundamento ético do princípio da justiça é o de permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomo e por meio de suas decisões livres melhorar a si mesmo e multiplicar a riqueza moral e material da sociedade. (BERLINGUER, 2000).

Quando se pensa nas políticas de saúde, dentro desse contexto, percebe-se que necessariamente elas deveriam ser equânimes e não igualitárias. Equidade, portanto, não é o mesmo que Igualdade, particularmente no campo da saúde.

A proposta da Organização Mundial da Saúde (2000) é a de que as políticas e os sistemas públicos de saúde busquem a equidade considerando as diferenças nas condições sociais e sanitárias das pessoas, desenvolvendo ações tendentes a eliminar, ou ao menos reduzir ao mínimo possível, as diferenças iníquas que existem entre os grupos humanos de diferentes níveis sociais. (FORTES e ZOBOLI, 2005).

Segundo Berlinguer (2000), equidade na saúde consiste em permitir a cada cidadão conseguir possibilidades de acesso à assistência, seja pela responsabilidade social, seja pelas políticas de saúde.

Paulo Fortes (2002; 2003) posiciona-se favoravelmente a adoção do princípio da equidade nas políticas públicas de saúde, mas acredita que elas não devem se ater exclusivamente a considerações de ordem econômica e sim, buscar o bem-estar das pessoas, respeitando as diferenças entre elas e dando-lhes oportunidade de se manifestar e participar das decisões. Prioridade deveria ser dada aos mais necessitados, sem, no entanto, focalizar as políticas exclusivamente nesse grupo - excluindo as classes médias e outros trabalhadores formais – configurando o que ele considera mais uma ação de caridade do que de inclusão social.

Schramm & Kottow (2001) propõem um novo olhar dentro da Bioética: o Princípio da Proteção. O objetivo é o de apresentar um novo caminho para as políticas públicas na



saúde norteadas por ações pragmáticas que visem resultados efetivos, garantidos pelo Estado. Este princípio moral é ao mesmo tempo abrangente para que as condições básicas de sobrevivência sejam garantidas, levando em consideração a grande diversidade humana e as desigualdades sociais (segundo a visão de Amartya Sen). Dessa forma, a sugestão dos autores é que os problemas da saúde pública sejam abordados através de ações direcionadas a partir da priorização de demandas que partam dos cidadãos menos favorecidos. Essas mesmas ações deveriam passar por um controle social que averiguaria se o que está sendo executado contempla as necessidades sanitárias de interesse comum, e isso tudo, no contexto da pluralidade das necessidades humanas e de valores da sociedade atual.

Essa proposta, no entanto, recebe algumas críticas quanto a sua pretensão de se tornar uma epistemologia de cunho mais abrangente como forma de acabar com as desigualdades. Garrafa (2005, p. 130) coloca que:

Ainda que proteger os que suportam a ordem estabelecida, a custo da expropriação de seus corpos e vidas, e defender sua integridade frente aos que usufruem todos os benefícios dessa divisão expúria seja uma ação que pode melhorar sua qualidade de vida; restringir a possibilidade de intervir na realidade à proteção aos menos favorecidos não deixa de ser uma concessão com a manutenção da desigualdade, dos privilégios e da exclusão. Por isso, deve-se considerar a proteção como um princípio essencial para a construção da justiça social, mas que não deve ser alçado à condição de matriz teórica.

Acredita-se que a idéia que permeia todos esses conceitos - que estão na essência da Bioética Social - é a de que saúde é sinônimo de cidadania.

Uma pessoa saudável, escolarizada, inserida no seu contexto social, tem maiores possibilidades de, por exemplo, disputar um lugar digno no mercado de trabalho e assim melhorar a sua sobrevivência e de sua família. A saúde humana, portanto, é um instrumento concreto de cidadania quando contribui para que as pessoas tornem-se, física e mentalmente, mais aptos na luta por um destino melhor. (GARRAFA, 2003).

Sendo, portanto, a cidadania uma palavra do âmbito da justiça social que inclui a liberdade e os direitos individuais e os coletivos, ela não será jamais alcançada ou conquistada com a utilização exclusiva de medidas técnicas ou programáticas por mais aperfeiçoadas que sejam. (GARRAFA, 1993).

Seguindo essa linha de pensamento, podemos resgatar a reflexão sobre a Odontologia e constatar que enquanto profissão ela tem caracterizado sua prática muito mais por um exercício de iniquidade do que de inclusão social. No entanto, ela poderia sim, se

transformar em um instrumento de cidadania se abandonasse de vez essa via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas a poucos que podem pagar por ela, e se compromettesse legitimamente em fazer da saúde bucal também sinônimo de cidadania, quando pudesse ser acessível a todos que dela precisassem.

Dito de outra forma, *melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas técnicas isoladas, mas no bojo dos avanços políticos que a sociedade conquistar.* (GARRAFA, 1993, p.55).

A Estratégia de Saúde da Família – com a inserção da saúde bucal – é um sinal concreto de politização e avanço na agenda sanitária brasileira rumo à busca da universalidade, da equidade e do respeito aos direitos humanos.

Dessa forma, fica clara a importância das políticas públicas de saúde para a construção de uma democracia participativa que busca formas sociais mais justas e inclusivas. (DURAN, 2003). Vale ressaltar que em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a importância do sistema de saúde nos níveis de saúde da população parece ser maior do que em países de condições de vida mais adequadas, sendo então de grande relevância o planejamento das políticas públicas para que busquem a justiça social, a equidade e a inclusão social. (FORTES e ZOBOLI, 2005).

É imprescindível, portanto, que essa discussão ética passe a ser incorporada ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, no que diz respeito à responsabilidade social do Estado, à definição de prioridades com relação à alocação e distribuição de recursos, ao gerenciamento do sistema, ao envolvimento organizado e responsável da população em todo o processo, à preparação mais adequada dos recursos humanos em saúde, à revisão e atualização dos currículos universitários, entre outros. (GARRAFA, 2003).

Com o suporte de todos esses conceitos, a idéia que gostaria de deixar ao final desse capítulo – que considero o mais importante da tese - é que falar em Bioética hoje, ou utilizar seu referencial para refletir ou intervir na realidade brasileira, não é possível a não ser através de articulação política. Como diz Pedro Sotolongo:

Una Bioética no articulada con la política – apolítica – resulta no ser otra cosa más que un determinado posicionamiento político dentro del movimiento del bioeticismo latinoamericano y caribeño. (...) La defensa de una Bioética apolítica es, así, un posicionamiento político que tributa objetivamente a favor de una conciliación de intereses dentro del *status quo* vigente. Cuando se trata de intereses conciliables, acierta. Cuando se topa, más temprano que tarde, con intereses sociales inconciliables – como en el caso de la explotación, la marginación, la exclusión social imperantes a lo largo y ancho de nuestra región latinoamericana y caribeña – yerra, y no puede no errar. (...) Los intentos de construcción de una Bioética demarcada de la política nos recuerdan a aquella pretensión

de afirmarse como “ser apolítico” que, estoy seguro, más de una vez hemos todos escuchado. Como si “ser apolítico” no constituyera, desde un principio, un posicionamento tan politizado como otro cualquiera. (SOTOLONGO, 2005, p.142).

### 3.3 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Ao longo da história da humanidade, homens e mulheres trabalham, produzem e reproduzem a vida. Esta é uma constatação que faz com que estudiosos das mais diversas disciplinas se debrucem sobre o estudo de como esse trabalho se realiza e do que muda, no tempo e no espaço, no mundo do trabalho. (SCHERER, 2006).

Para Marx, o trabalho é um processo no qual o homem age, media, regula e controla a sua relação com a natureza para apropriar-se da matéria natural, de modo que ela seja útil para sua vida. (MARX, 1983). O ser humano ao realizar uma atividade laboral desenvolve um processo orientado para alcançar um fim, e para tal, utiliza meios de trabalho (instrumentos de trabalho) para conseguir transformar o “objeto” sobre o qual atua num produto guiado para alcançar a finalidade pretendida desde o início.

O trabalho como o chamamos hoje é uma invenção da modernidade, sendo reconhecido como uma atividade remunerada, que é valorizada socialmente, se realiza na esfera pública, e permite ao ser humano adquirir uma identidade social. (GORZ, 2003).

Considerando as transformações no mundo do trabalho na sociedade contemporânea, se verifica que houve uma significativa heterogeneização, complexificação e fragmentação do mesmo. (ANTUNES, 2003). Novos processos de trabalho emergem e mantém-se a centralidade do trabalho na vida social, considerando que a emancipação humana passa por um processo de emancipação simultaneamente *do* trabalho, *no* trabalho e *pelo* trabalho.

Pensado agora especificamente no trabalho em saúde, Pires (1999) coloca que ele é um trabalho essencial para a vida humana, e majoritariamente, um trabalho coletivo. Além disso, ele faz parte do chamado “setor de serviços” e está situado na esfera da produção do trabalho não-material, que tem como característica ser consumido enquanto produzido, ou seja, completa-se no ato de sua realização. Por isso, o produto é indissociável do processo que o produz, exatamente como acontece na realização da atividade assistencial. (PIRES, 1999; TAVARES, 2006).

Os serviços de saúde, através da atividade assistencial, atendem a necessidades complexas e variáveis e não podem ser totalmente padronizados porque há muita variabilidade, no sentido de que cada problema é único, o que faz com que se tenha algum grau de incerteza e as atividades tenham que ser sempre ressingularizadas. Desse modo, os profissionais precisam de autonomia para traduzir normas gerais a casos particulares e decidir como e qual serviço prestar para atender às necessidades de saúde. (PEDUZZI, 1998).

A organização do trabalho em saúde tem acontecido de diversas formas ao longo do tempo, uma delas em instituições formais - reconhecidas legalmente como espaços de atenção à saúde - como as Unidades Básicas de Saúde do SUS. A atividade assistencial desenvolvida pelos profissionais trabalhadores da saúde incide sobre seres humanos que tem necessidades e que se tornam, portanto, “objeto” no processo de trabalho em saúde. (LEOPARDI e GELBCKE e RAMOS, 2001).

Ao longo do tempo, a organização e as relações de trabalho vêm sofrendo modificações, mas continuam marcadas pela divisão do trabalho, ou seja, pelo parcelamento das racionalidades assistenciais e pela especialização e fragmentação profissional mantendo uma rotina de execução de tarefas onde cada grupo profissional fica responsável por parte da assistência. (PIRES, 1999). Ao mesmo tempo, essa fragmentação gerou a condição de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados, apesar do saber médico continuar como condutor das práticas dos demais profissionais, obedecendo à lógica do modelo biomédico. (TAVARES, 2006).

Os resultados da hegemonia desse modelo, baseado na especialidade, apontam para o fato de que os profissionais parecem não estar aptos para entender o ser humano na sua multidimensionalidade. Esta situação impõe, portanto, desafios para a gestão do trabalho cotidiano das equipes de saúde, ressaltando a necessidade de projetos sustentados coletivamente e de profissionais que percebam a importância do respeito ético à condição humana. (TAVARES, 2006).

A temática da organização dos serviços de saúde e as práticas de atendimento à população revestem-se, no Brasil, de uma importância estratégica, levando ao esforço para a construção de novos modelos de atenção à saúde e reorientação de práticas, visando maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade. (SILVA-JR, 1998). Frente a esse desafio, parece atraente a idéia da formulação de modelos tecnoassistenciais em saúde mais adequados à problemática sanitária brasileira, marcada por severas desigualdades e iniquidades.

Quando se fala de modelos tecnoassistenciais é importante que se discuta brevemente o que seriam esses modelos e o que se entende por tecnologia. Pode-se dizer que

a marca mais característica do pensamento contemporâneo a respeito da tecnologia, em qualquer âmbito do conhecimento e em todo campo de práticas é a redução do significado do termo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho. (GONÇALVES, 1994).

Esse pensamento, no entanto, omite o fato de que tais instrumentos somente ganham existência concreta no trabalho quando expressam as relações entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham. A adequação dessas relações não se estabelece por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, mas com respeito às relações sociais de produção através das quais os homens modificam a natureza e a história. (GONÇALVES, 1994). A tecnologia é entendida, portanto, em sentido mais amplo, como *tecnologia do processo de trabalho*, tecnologia esta que é influenciada por “tecnologias parciais” no que se refere às funções, ao alcance, ao desempenho e aos limites de utilização destes ou daqueles meios de trabalho específicos.

Dentro dessa discussão sobre processo de trabalho em saúde e tecnologia, vale resgatar o conceito de Campos (1997) sobre modelo tecnoassistencial, que envolve ainda outra interface, a política:

Um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político, com uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco tecnologia. (CAMPOS, 1997, p.244).

As políticas públicas de saúde são, portanto, modelos tecnoassistenciais e a Estratégia Saúde da Família é um exemplo, que busca causar um impacto sanitário através da reorientação das tecnologias e do processo de trabalho vigente até então.

Assim, a atividade de trabalho deve ser considerada como resultado do compromisso complexo do trabalhador, em permanente atualização, que envolve diversos fatores, tais como: os objetivos da organização, os meios para a realização da atividade, as normas, o espaço de trabalho, bem como fatores internos próprios a cada trabalhador, que vão condicionar a sua relação com o mundo e com o trabalho. Nesse contexto, o trabalhador vai desenvolver competências para lidar com as situações de trabalho, fazendo dele um espaço de constante aprendizagem. (SCHERER, 2006).

O local de trabalho, no entanto, também pode ser considerado como um cenário marcado pela disputa de poder entre atores com interesses diversos: os usuários, os

profissionais, as empresas de materiais e produtos, os seguros, o setor privado de serviços de saúde, os governos nas diversas esferas, entre outros. O ambiente organizacional é propício a conflitos, o que demanda um processo de negociação permanente. (ANTUNES, 2003).

No cotidiano dos serviços há uma articulação frágil entre as ações de saúde coletiva e individual, a redução de recursos financeiros para o setor saúde e a precarização do trabalho, onde a política de recursos humanos não tem dado conta de responder efetivamente aos problemas. (PEDUZZI, 1998).

Nesse contexto, a gestão dos serviços de saúde torna-se um grande desafio por ter que considerar esse conjunto de interesses dentro de uma ética que privilegie as necessidades de saúde dos usuários e da coletividade. (SCHERER, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo tecnoassistencial, aponta em direção ao respeito e ao comprometimento com essa ética quando propõe a articulação da atuação de trabalhadores com diferentes formações técnicas, que atuam de acordo com diferentes processos de trabalho, realizando diferentes atribuições. Essa articulação tem como objetivo a atenção à saúde e às necessidades dos cidadãos realizadas de forma integral e multidisciplinar e dentro da realidade brasileira.

Os trabalhadores de saúde podem ser potentes dispositivos de mudanças dos modelos assistenciais. Para que isso ocorra, é necessário construir uma nova ética entre eles que reconheça os serviços de saúde como um espaço público onde o trabalho deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e de reconhecimento de direitos de cidadania. (FRANCO e MERHY, 2003). São esses valores que vão constituir o novo paradigma para a organização dos serviços a partir dessa nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa o seu arsenal técnico utilizado na produção de saúde, conhecido como “tecnologias de trabalho”. Essas tecnologias de trabalho se materializam em novos fazeres e práticas ou em um conjunto de conhecimentos e agires aplicados a produção de algo, nesse caso, de saúde.

Essas tecnologias de trabalho têm relevância na configuração do modelo de assistência porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo então a capacidade de absorver a demanda e de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e a própria relação entre os sujeitos deste processo. (FRANCO e MERHY, 2003).

Falando especificamente das tecnologias e do processo de trabalho em saúde bucal na ESF, a proposta de inseri-la numa equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o

antecederam, principalmente o desafio de se trabalhar em equipe:

Para a saúde bucal esta nova forma de fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal. (BRASIL, 2004c, p.15).

O trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que ao mesmo tempo devem flexibilizar a divisão do trabalho, preservar as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados e discutir a desigualdade na valoração dos diferentes trabalhos e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios. (ALMEIDA e MISHIMA, 2001). É colocada a ideia da formação de *equipes de integração de conhecimento*, disponíveis nos espaços: de trabalho, de formação, de produção do conhecimento e, principalmente, nos de construção de cidadania.

Para finalizar, apresentam-se as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família e específicas do processo de trabalho do cirurgião-dentista ESF, todas segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006); e as características do processo de trabalho das equipes de saúde bucal, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. (BRASIL, 2004c). Todas elas foram usadas na discussão dos dados coletados.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2006), são atribuições das Equipes de Atenção Básica:

- I** - definição do território de atuação das UBS;
- II** - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III** - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV** - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V** - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI** - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII** - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

- VIII** - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX** - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X** - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2006), são atribuições das Equipes de Saúde da Família:

- I** - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- II** - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- III** - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- IV** - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- V** - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- VI** - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- VII** - valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- VIII** - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e
- IX** - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Segundo a PNAB (BRASIL, 2006), são atribuições específicas do cirurgião-dentista da Equipe de Saúde da Família:

- I** - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II** - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III** - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- IV** - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de



assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

**V** - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

**VI** - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

**VII** - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

**VIII** - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

**IX** - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Segundo as DPNSB (2004c), são atribuições das Equipes de Saúde Bucal da Família:

**I - Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo:** a atuação da Equipe de Saúde Bucal não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico odontológico. Além de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas para ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, estando atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser (e se sentir) parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção;

**II - Integralidade da atenção:** a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo;

**III - Intersetorialidade:** as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não governamentais e outras instituições estiverem envolvidos. A intersetorialidade nesse sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, a agricultura, a comunicação, a tecnologia, os esportes, o saneamento, o trabalho, o meio ambiente, a cultura e a assistência social;

**IV - Ampliação e qualificação da assistência:** organizar o processo de trabalho para garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, com o intuito de resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta suficiente e adequado à complexidade do tratamento. Nessa organização sugere-se:

a) maximizar a hora-clínica do cirurgião-dentista para otimizar a assistência – 75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência. De 15% a 25% para outras atividades (planejamento, capacitação, atividades coletivas). As atividades educativas e preventivas, no nível coletivo, devem ser executadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar. O planejamento, a supervisão e a avaliação implicam

participação e responsabilidade do CD;

b) garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto-atendimento, pronto-socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização;

c) Adequar a disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local.

**V- Condições de trabalho:** para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, no intuito de garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste aspecto, observar estritamente as normas e os padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária;

**VI - Parâmetros:** os parâmetros para orientar o processo de trabalho devem ser discutidos e pactuados entre as coordenações de saúde bucal (nacional e estaduais; e estaduais e municipais) com o objetivo de garantir a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, a qualidade dos serviços prestados e a observação das normas de biossegurança.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA E MATRIZ ANALÍTICA

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, uma das muitas maneiras de fazer pesquisa em ciências sociais em saúde, e estratégia preferível quando se colocam questões de pesquisa do tipo “como” e “por que”; quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se volta para fenômenos contemporâneos de algum contexto da vida real. (YIN, 2005).

Segundo Pope & Mays (2005), os estudos de caso envolvem a identificação de perguntas de pesquisa derivadas de preocupações sobre as implicações de novas políticas (como é o caso deste estudo); de preocupações com a implementação “no campo” ou de afirmações sobre novas teorias de gerenciamento, como a reengenharia.

Yin (2005) coloca que o estudo de caso é utilizado como estratégia de pesquisa para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. Em todas essas situações, o estudo de caso se impõe pelo desejo de compreender fenômenos sociais complexos, porque permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, como: ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos. (YIN, 2005).

Estudos de caso também são valiosos quando a mudança de política está acontecendo em estabelecimentos do mundo real, para descobrir e compreender a razão do sucesso ou fracasso de tais intervenções. (POPE e MAYS, 2005).

A pergunta de pesquisa tem grande importância na determinação da estratégia escolhida. Pesquisas com perguntas do tipo “como”, são mais *explanatórias* (do que *exploratórias* ou *descritivas*) e indicam o estudo de caso como estratégia de escolha, porque tais questões lidam com ligações operacionais que devem ser traçadas ao longo do tempo, não encaradas como meras repetições ou incidências. (YIN, 2005).

Outros fatores que auxiliam na escolha da estratégia de pesquisa são a abrangência sobre eventos comportamentais e o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. O estudo de caso é a estratégia escolhida quando se

examinam acontecimentos contemporâneos, mas quando comportamentos relevantes não puderem ser manipulados. Além disso, pode contar com duas fontes de evidências: a observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados e entrevistas com pessoas neles envolvidas. Porém, vale ressaltar que o estudo de caso nem sempre deve incluir observações diretas e detalhadas como fonte de evidências e podendo ser baseado tanto em provas qualitativas quanto em provas quantitativas. (YIN, 2005).

Por essas razões, foi proposta uma pesquisa que se caracteriza como estudo de caso. O “caso” é o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC. A atuação do profissional de saúde bucal nessa política do Governo Federal iniciou recentemente no município, justificando estudá-la para verificar como está acontecendo e quais as suas consequências.

Apresenta-se a seguir a matriz analítica que operacionaliza o marco teórico auxiliando na sua categorização, com objetivo de explicitar as categorias teóricas que nortearam a elaboração do questionário e do roteiro da entrevista respondidos pelos cirurgiões-dentistas e que nortearam a análise das implicações tecnológicas e ético-sociais do seu trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Convém salientar que as categorias teóricas representam conceitos complexos, razão pela qual foram aplicados aqui apenas alguns elementos mais úteis ou mais imediatamente aplicáveis à pesquisa.

Marco Teórico	CONCEITO ou CATEGORIA TEÓRICA	APLICAÇÃO DO CONCEITO AO ESTUDO
PNAB e ESF	Integralidade	<i>Integração de ações programáticas e demanda espontânea;</i>
		<i>Articulação das ações de promoção à saúde bucal, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação;</i>
		<i>Disponibilidade de serviços de referência e contrarreferência.</i>
	Vínculo	<i>Desenvolvimento de ações de responsabilização entre a equipe de saúde bucal e a população adscrita;</i>
	Capacitação e Educação Permanente dos profissionais	<i>Valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.</i>
Bioética Social	Justiça Sanitária e Inclusão Social	<i>Universalidade de acesso à assistência odontológica;</i>
		<i>Ampliação do acesso com inserção da assistência odontológica nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condição de vida;</i>
		<i>Participação popular e controle social com a promoção e estímulo à participação da comunidade no planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das ações em saúde bucal.</i>
		Equidade
	<i>Garantia de atendimento para pessoas em situação de urgência, com prioridade absoluta aos casos de dor, infecção e sofrimento.</i>	
Processo de Trabalho em Saúde	Trabalho em Equipe	<i>Desenvolvimento de ações de saúde bucal integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, respeitando os saberes e fazeres de cada um.</i>
	Atribuições Específicas do CD-ESF	<i>Processo de trabalho caracterizado pelo cumprimento das atribuições específicas do Cirurgião-Dentista-ESF, determinadas pela PNAB.</i>
	Tecnologia/Condições de Trabalho	<i>Ferramentas/instrumentais como saberes operantes do trabalho e recursos humanos e materiais que asseguram a qualidade de serviços prestados.</i>

Quadro 1: Matriz analítica

## 4.2 LOCAL DE PESQUISA

A escolha pelo município de Florianópolis/SC como local da pesquisa se deu por alguns motivos específicos. Primeiro, por ser o município onde resido, o que inegavelmente tornou a coleta de dados mais fácil. Em segundo lugar, porque na capital catarinense a ESF iniciou depois de outros municípios do estado. (CONILL, 2002), seguido por um início também tardio das atividades das Equipes de Saúde Bucal - apenas no segundo semestre de 2004 - justificando a pesquisa. E por fim, porque desde 2005 a UFSC está oferecendo gratuitamente pela Universidade Federal de Santa Catarina, sob processo seletivo público, o Curso de Especialização Multidisciplinar em Saúde da Família, bastante procurado por cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Acredita-se que o fato esteja contribuindo para a capacitação desses profissionais na dinâmica peculiar do processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família.

O município de Florianópolis/SC conta com 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS) divididas em 5 regionais de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul<sup>4</sup>. Além das UBSs, o município conta com: 4 Policlínicas para atendimentos médico e odontológico especializados; 2 UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento) que prestam atendimento 24h de urgência e emergência médica e odontológica; 2 CAPSs (Centro de Atenção Psicossocial) para atendimento de adultos e 1 CAPS para atendimento de crianças e adolescentes<sup>5</sup>.

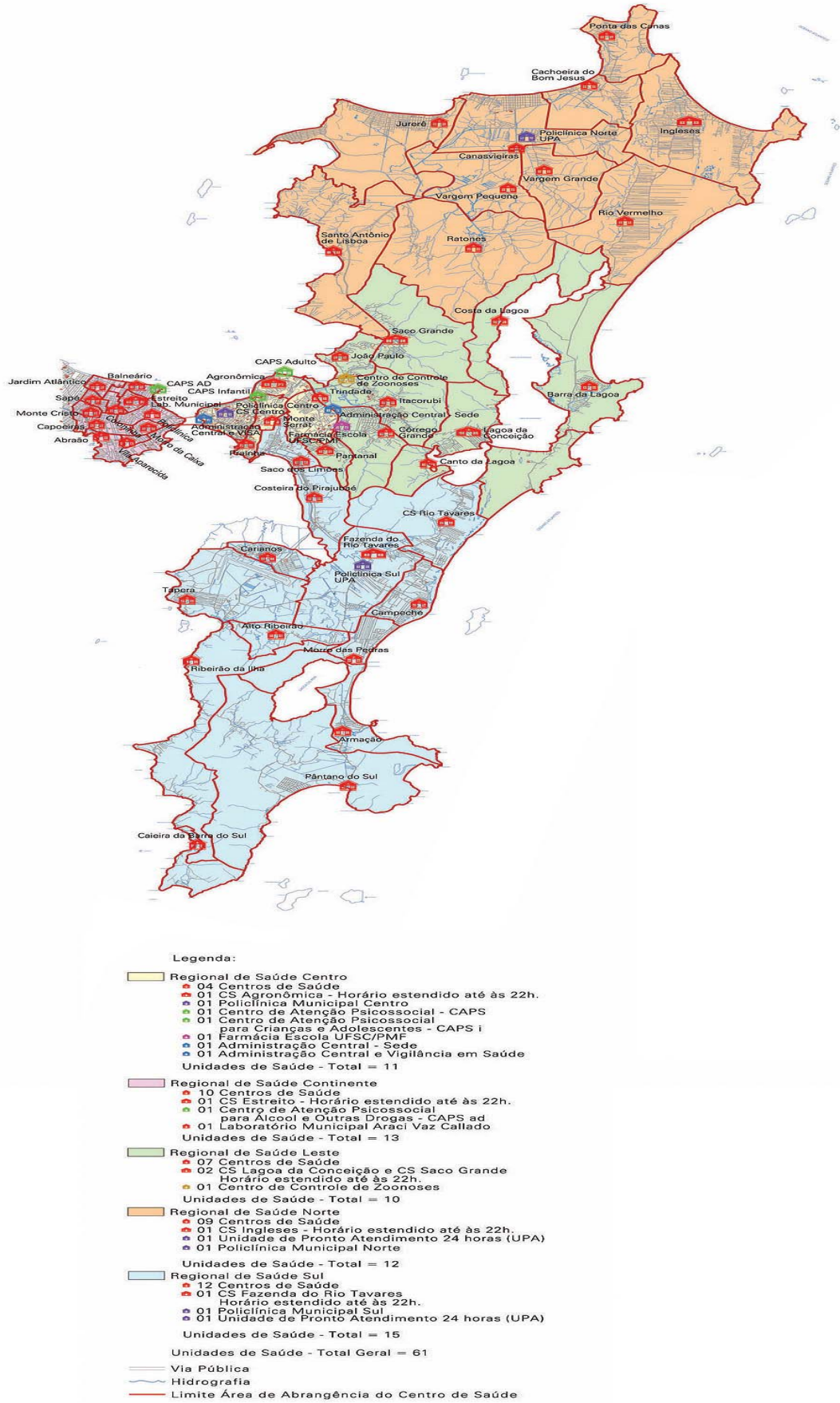
Em seguida, apresenta-se o mapa de Florianópolis/SC com a localização desses e de outros estabelecimentos sob a jurisdição da Secretaria Municipal de Saúde, conforme a legenda<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Dados obtidos através da webpage da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, disponível em: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude) e pela Coordenadoria de Saúde Bucal do município. [acessado em março/2009]

<sup>5</sup> Dados obtidos através da webpage da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, disponível em: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude) e pela Coordenadoria de Saúde Bucal do município.[acessado em março/2009]

<sup>6</sup> Dados obtidos através da webpage da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, disponível em: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude) e pela Coordenadoria de Saúde Bucal do município. [acessado em março/2009]



**Figura 1:** Jurisdição da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

#### 4.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta dos dados da tese aconteceu em 2 etapas: aplicação de um questionário (Apêndice A) em amostra representativa dos cirurgiões-dentistas da rede assistencial do município e entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) com alguns profissionais selecionados dessa amostra e divididos entre as 5 regionais de saúde de Florianópolis/SC (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente), caracterizando o estudo de caso.

O questionário foi aplicado em junho de 2008 na reunião mensal dos cirurgiões-dentistas da rede com autorização da Coordenação de Saúde Bucal do município. Participaram da reunião 45 dos 67 CDs que trabalhavam na rede naquele momento, incluídos os lotados em unidades básicas de saúde (UBSs) e os que desenvolviam apenas atividades administrativas. Foi composto por questões fechadas que coletaram informações dos CDs sobre idade, tempo de formatura, formação profissional de pós-graduação e tipo e tempo de vínculo com a prefeitura. Dos 45 presentes, 1 não quis responder o questionário e 4 eram CDs que trabalhavam 30h/semana ou desenvolviam apenas atividades de gestão/administrativas e, portanto, foram dispensados de participar, totalizando uma amostra de 40 CDs.

Pelas respostas dos questionários respondidos pelos 40 CDs foram selecionados 5 CDs por regional de saúde para serem entrevistados, totalizando 25 profissionais. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em 4 pontos principais: a) tempo de formatura (menos de 10 anos ou 10 anos ou mais); b) formação pós-graduação (nenhuma; apenas na parte clínica; parte clínica e saúde pública e/ou saúde da família; apenas saúde pública e/ou saúde da família); c) tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis (menos de 10 anos; de 10 a 20 anos; mais de 20 anos) e d) tipo de vínculo empregatício (efetivo ou contrato temporário). Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas.

A segunda etapa da coleta de dados compreendeu as entrevistas semiestruturadas que foram norteadas por instrumento próprio, composto por 14 questões abertas relacionadas à matriz analítica da tese, que é composta por conceitos-chave dos 3 referenciais teóricos utilizados na discussão: Política Nacional da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família; Bioética Social e Processo de Trabalho.

Yin (2005) considera as entrevistas uma das mais importantes fontes de informação para um estudo de caso. Para o autor, é muito comum que no estudo de caso elas sejam conduzidas de forma espontânea, como “conversas guiadas” nas quais o entrevistador tanto



pode indagar sobre os fatos relacionados a um assunto quanto pedir a opinião dos entrevistados sobre determinados eventos.

Pope & Mays (2005) também apontam outra razão para a preferência das entrevistas como método de escolha no *design* de um estudo de caso: as questões sobre política e prática que tocam em política local e nacional de saúde. Assim, muitas intervenções dependerão do envolvimento das partes interessadas no seu sucesso, exigindo sensibilidade a aspectos de colaboração e de conflito, em que cada parte pode ter uma interpretação legítima, embora diferente, dos eventos. É mais fácil captar essas visões distintas com sucesso quando se usam entrevistas ou outros métodos qualitativos.

Segundo Minayo (1994), a palavra é um símbolo da comunicação por excelência, o que torna a entrevista instrumento privilegiado para a coleta de informações em pesquisas qualitativas, e em especial a entrevista semiestruturada, que é considerada uma das melhores técnicas, pois valoriza a presença do investigador e oferece as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a pesquisa. (TRINIÑOS, 1997).

Dos 25 profissionais selecionados para a entrevista, 5 se recusaram a participar, sendo 4 da regional Centro e 1 da regional Norte, ficando a regional Centro representada por apenas 1 CD. Nas demais regionais, dos 5 CDs selecionados foram entrevistados 4 CDs, devido ao critério da saturação da amostra, totalizando 17 entrevistas. Todas elas foram realizadas no mês de julho de 2008, majoritariamente nas próprias unidades de saúde e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A validação dos instrumentos de coleta de dados foi realizada através de estudo de caso-piloto, em abril de 2008. Para Yin (2005), o estudo de caso-piloto auxilia na hora de aprimorar os planos para a coleta de dados tanto em relação ao conteúdo dos dados quanto aos procedimentos que devem ser seguidos. Nesse estudo de caso-piloto foi aplicado 1 questionário e realizada 1 entrevista com base nas quais foram feitos ajustes para aprimorar os instrumentos. Considerando a riqueza de informações obtidas, os dados coletados através desse estudo foram incorporados à pesquisa.

#### 4.4 SUJEITOS DE PESQUISA E SATURAÇÃO DA AMOSTRA

A idade dos profissionais que compuseram a amostra variou entre 23 e 55 anos; 13

deles tinham até 10 anos de formatura e os outros 27 tinham 10 anos ou mais; 10 deles não tinham realizado qualquer curso de pós-graduação, 11 tinham cursos de pós-graduação apenas na área clínica, 15 tinham cursos de pós-graduação na área clínica e na área de saúde pública e/ou saúde da família e 4 tinham apenas cursos de pós-graduação na área de saúde pública e/ou saúde da família; 10 deles tinham menos de 10 anos de trabalho na rede assistencial de Florianópolis e os outros 30 tinham 10 anos ou mais, e por fim, 7 deles eram regidos por contrato temporário e 33 eram funcionários concursados efetivos.

Além dos cirurgiões-dentistas das UBSs, também foi entrevistado um representante da Gestão Municipal de Saúde Bucal em maio de 2008 (Apêndice C).

Como citado anteriormente, foram realizadas 17 entrevistas com CDs como parte da coleta de dados para a pesquisa, cabendo a indagação: por que 17 e não 20 ou 15 entrevistas?

Segundo Fontanella et al. (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde. É usada para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final da amostra do estudo. Essa interrupção só ocorre quando, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a redundar, não cabendo persistir na coleta de dados. Entretanto, os autores enfatizam ser necessário problematizar esse conceito uma vez que, aparentemente, o procedimento é baseado numa constatação facilmente atingível, mas pode ser feita de maneira acrítica ou excessivamente subjetivista.

Nessa linha de argumentação, é comum afirmar que amostras não probabilísticas não são conjunto suficientemente representativos da realidade empírica e das populações estudadas, uma vez que suas características tornariam impossível o tratamento estatístico dos resultados, de forma a permitir generalizações, ficando a aplicação limitada à própria amostra. (ROJAS –SORIANO, 2004). Porém, essa visão enfatiza, equivocadamente, a ideia de que a representatividade é alcançada apenas por algo como uma imagem reduzida do contexto que teria seus atributos homoganeamente distribuídos no universo de seus componentes. (FONTANELLA e RICAS e TURATO, 2008). Além disso, ainda segundo os autores, quando se trata de questões psicossociais do ser humano, o desempenho de um atributo, mesmo que de maneira superdimensionada por indivíduos selecionados intencionalmente, revela funções ou características representativas daquele mesmo contexto.

A pergunta que fica então é: qual o tamanho adequado da amostra intencional? Nos estudos qualitativos a questão “quantos” parece de importância secundária em relação à questão “quem”, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis, tornando inevitável o estabelecimento de um número amostral fechado seja inevitável. (FONTANELLA e RICAS

e TURATO, 2008).

A seleção dos elementos amostrais em pesquisas qualitativas não decorre da mensuração da distribuição de categorias como nos estudos de características clínicas e biossociodemográficas, uma vez que os critérios a que os estudos qualitativos visam não obedecem aos mesmos padrões de distribuição de parâmetros biológicos ou dos fenômenos naturais. Segundo Minayo (2004), a seleção dos elementos decorre, principalmente, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto, das quais algumas em contínua construção histórica.

A representatividade estatística, tão necessária nos estudos quantitativos, não é exigida em amostras qualitativas, motivo pelo qual tais amostras são menores. Mas convém salientar que a determinação do fechamento amostral deve ter seus critérios explicitados, tornando claro para o leitor os motivos pelos quais foi interrompida a seleção de novos casos.

Nesta pesquisa, a avaliação da saturação teórica passou pela análise dos dados durante o processo de coleta, levando em consideração as questões propostas aos entrevistados e que refletiam os objetivos do estudo. Durante essa análise preliminar, buscou-se o momento em que pouco de substancialmente novo aparecia, considerando cada um dos tópicos abordados. Notou-se que nenhum dos discursos era igual a outro, porém todos apresentavam elementos comuns caracterizando o discurso do grupo. Nas primeiras 7 entrevistas o acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados era evidente. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer a partir da 11ª entrevista. Decidiu-se fazer mais 6 entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas 4 entrevistas/ regional, com exceção da regional Centro que participou com apenas 1, como explicado anteriormente.

#### 4.5 PROCESSO DE ANÁLISE DE CATEGORIAS IDENTIFICADAS

Atualmente, a “Análise de Conteúdo” é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa; mais do que um mero procedimento técnico, o termo faz parte de uma busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Para Bardin (apud MINAYO, 1994), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo objetiva tornar evidentes e significativamente lógicos os elementos ocultos da linguagem humana, além de organizar e descobrir o significado original dos seus elementos manifestos. O interesse vai além da descrição, mas procura encontrar regularidades ou rupturas na comunicação de modo a obter o conhecimento sobre o assunto estudado. É um meio para acessar a realidade subjetiva das representações simbólicas e, na área da saúde, permite o acesso às dimensões representacionais do processo de viver, adoecer, curar e morrer. (RODRIGUES e LEOPARDI, 1999).

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte do que foi expresso em um primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os significados manifestos. Por isso, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. (MINAYO, 1994).

Minayo (1994) afirma que na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, várias técnicas têm sido desenvolvidas enfatizando aspectos a serem observados nos textos dentro de pressupostos específicos. Apresenta a seguinte classificação:

- I - Análise da Expressão
- II - Análise das Relações
- III - Análise de Avaliação ou Representacional
- IV - Análise da Enunciação
- V - Análise Temática

A autora enfatiza que a análise da enunciação e a análise temática são as mais adequadas à investigação qualitativa do material sobre saúde.

Rodrigues e Leopardi (1999) referem que vários são os caminhos a percorrer na análise de conteúdo, variando os procedimentos conforme o objetivo da investigação. É um método de análise versátil e com aplicação diversificada. De forma geral, inicia com uma leitura global sobre o material, passando em seguida por um recorte em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a decodificar o significado das partes em correlação com o todo.

É possível unir esse método de análise com uma das estratégias analíticas do estudo de caso, que segundo Yin (2005) tem como objetivo analisar os dados do estudo construindo

uma explanação sobre o caso. “Explicar” um fenômeno significa estipular um conjunto presumido de elos causais em relação a ele. Em grande parte dos estudos de caso existentes, a construção da explanação ocorreu sob forma de narrativa, e uma vez que as narrativas não podem ser precisas, os melhores estudos de caso são aqueles em que as explicações refletem algumas proposições teoricamente significativas. (YIN, 2005). Segundo o autor, um exemplo seria o estabelecimento de elos causais que podem refletir interpretações importantes sobre o processo de uma política pública. As proposições, se estiverem corretas, podem levar a recomendações sobre essa política ou sobre outras a serem usadas no futuro.

Para auxiliar na análise de conteúdo das entrevistas usou-se o programa de análise de dados qualitativos ATLAS-TI. Colocadas no programa, as entrevistas geraram a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise.

Apresenta-se a seguir as 4 categorias identificadas para análise, as pré-categorias e a grade de análise que reúne todos os dados. Essa grade tem o objetivo de facilitar o cruzamento das categorias analíticas com a fala dos entrevistados, tornando mais simples a visualização do sentido geral e completo do material empírico.

**1ª Categoria**  
**A ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
**O desafio de entender e de assumir novos papéis**

**Pré-categorias**

A motivação para aceitar uma equipe de saúde da família  
 Definição de estratégia de saúde da família  
 Antes da estratégia de saúde da família X Depois da estratégia de saúde da família  
 Cotidiano das atividades do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família  
 A pressão da demanda reprimida como entrave para efetivação da ESF  
 A estratégia de saúde da família X Importância das atividades clínicas  
 Odontologia sempre em segundo plano  
 O trabalho do cirurgião-dentista inserido em equipe multiprofissional

**2ª Categoria**  
**O PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL:**  
**Formação Acadêmica ou Perfil Individual?**

**Pré-categorias**

Formação profissional influenciando ou não a atuação do cirurgião-dentista na  
 Estratégia de Saúde da Família: percepção do profissional  
 Formação profissional influenciando ou não a atuação do cirurgião-dentista na  
 Estratégia de Saúde da Família: percepção da gestão  
 Necessidade de iniciativa do cirurgião-dentista para inserir-se na Equipe de Saúde da  
 Família  
 Perfil individual favorecendo a inserção profissional na lógica do novo modelo de  
 assistência

**3ª Categoria**  
**A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
**A busca pela Integralidade, Justiça Sanitária e Inclusão Social**

**Pré-categorias**

Acesso à assistência odontológica  
 Inserção da assistência odontológica nos diferentes programas de atendimento prioritário  
 Serviço de referência e contrarreferência na assistência odontológica  
 Estabelecimento de vínculo com a população adscrita  
 Assistência odontológica durante a visita domiciliar  
 Participação popular e controle social na estratégia de saúde da família  
 Caráter paternalista da ESF

**4ª Categoria**  
**POTENCIAIS E LIMITES DO TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
**Lutando por um novo Modelo de Assistência**

**Pré-categorias**

*Potenciais*

Qualidade dos profissionais  
 Bom espaço físico  
 Boa oferta de equipamentos e materiais  
 Coordenação da unidade integrada com a equipe  
 Trabalho em equipe  
 Trabalho realizado nas escolas  
 Apoio da SMS aos profissionais  
 Reuniões de equipe  
 Reunião mensal dos dentistas – rede e regionais  
 Realização profissional  
 Plano de cargos e salários estruturado  
 Inserção do aluno de graduação na rotina da ESF  
 Compensação financeira em um mercado competitivo

\*\*\*

*Limites*

Falta de profissionais  
 Rotatividade de profissionais  
 Falta de profissional auxiliar (ACD - atendente de consultório dentário e THD - técnico de higiene bucal)  
 Pouco espaço físico  
 Problemas cotidianos com materiais e equipamentos  
 Falta de Privacidade devido a problemas estruturais  
 Coordenação da unidade não integrada com a equipe  
 Dificuldade de inserção do CD na equipe  
 Falta de reuniões de equipe  
 Falta de planejamento local

Demanda da Comunidade para ter CD apenas realizando atividades clínicas  
 Falta de interesse e comprometimento da comunidade com o serviço prestado  
     Demanda clínica reprimida  
         Sistema de referência e contrarreferência  
 Capacitação profissional e educação permanente dos profissionais da ESF  
     Falta do reconhecimento da importância da Odontologia  
 Desaprovação da saída do CD da unidade para atividades educativas e visitas domiciliares  
     Falta de planejamento para realizar as visitas  
     Falta de avaliação/parâmetros para planejar atuação  
     Desilusão com o trabalho no serviço público  
         Estresse físico devido à carga horária  
         Sobrecarga de trabalho  
     Falta de apoio da SMS aos profissionais  
 Marginalização de algumas unidades por parte da SMS  
     Problemas de gestão

#### GRADE DE ANÁLISE

<b>Categorias</b>	<b>O DESAFIO DE ENTENDER E ASSUMIR NOVOS PAPÉIS</b>	<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA OU PERFIL INDIVIDUAL?</b>	<b>A BUSCA PELA INTEGRALIDADE, JUSTIÇA SANITÁRIA E INCLUSÃO SOCIAL</b>	<b>LUTANDO POR UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA</b>
<b>Entrevistados</b>				
<i>ÂMBAR</i>				
<i>ALIZARIM</i>				
<i>JAMBO</i>				
<i>RÚTILO</i>				
<i>CARMESIM</i>				
<i>CORAL</i>				
<i>TURQUESA</i>				
<i>ESCARLATE</i>				
<i>FÚCSIA</i>				
<i>GRENÁ</i>				
<i>ÍNDIGO</i>				
<i>RUBRO</i>				
<i>LAVANDA</i>				
<i>MARFIM</i>				
<i>MANÁ</i>				
<i>SÉPIA</i>				
<i>PÚRPURA</i>				
<i>DAMASCO</i>				

#### 4.6 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O projeto da tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFSC em dezembro de 2007 após a qualificação no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no mês de novembro do mesmo ano sob o número 351/07, sendo aprovado sem restrições.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), que foi assinado pelos profissionais que responderam o questionário e pelos que foram selecionados para a entrevista, foi garantida a fidedignidade das informações coletadas, o comprometimento em manter em sigilo sua identidade e seu acesso aos resultados da pesquisa. Foram também esclarecidos sobre a possibilidade de se desligarem do estudo a qualquer momento sem constrangimentos nem consequências.

O sigilo da identidade é garantido pelo uso do nome de cores como codinomes para identificar os entrevistados.

O caráter sócio-humanitário é exigido pela Resolução CNS 196/96 como requisito ético em todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Acredita-se que nesta pesquisa tal aspecto esteja contemplado porque seus resultados revelam parte da realidade do cotidiano do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC, além dos potenciais e limites do seu trabalho nesse novo modelo de assistência. Assim, seria possível atuar na política de formação dos novos odontólogos, na capacitação dos trabalhadores já inseridos nas equipes e nas fragilidades institucionais e organizacionais identificadas.



## 5 ARTIGOS

A seguir apresentam-se os 4 artigos produzidos com base nos dados coletados e que são requisitos para a apresentação da tese de doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ PEN-UFSC.

Os artigos já se apresentam nas normas das revistas escolhidas para publicação e serão submetidos à avaliação após a defesa da tese.

O **artigo 1**, que será enviado para a revista da **Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO** é baseado na categoria 1 de análise e tem como título: *A INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O desafio de entender e de assumir novos papéis.*

O **artigo 2**, que será enviado para a revista **Ciência e Saúde Coletiva** é baseado na categoria 2 de análise e tem como título: *A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A formação acadêmica e o perfil individual na busca pelo profissional socialmente sensível*

O **artigo 3**, que será traduzido para o espanhol e enviado para a revista **Acta Bioethica** é baseado na categoria 3 de análise e tem como título: *O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O olhar da Bioética de Intervenção na busca pela Integralidade, Justiça Sanitária e Inclusão Social.*

E o **artigo 4**, que será enviado para a revista **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, é baseado na categoria 4 de análise e tem como título: *O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência.*

ARTIGO 1 - A INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O DESAFIO DE ENTENDER E DE ASSUMIR NOVOS PAPÉIS

Artigo a ser submetido à revista da **Associação Brasileira de Ensino Odontológico** - **ABENO**, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 1). A Carta de Submissão encontra-se no Anexo 2.

## **A INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O desafio de entender e de assumir novos papéis**

### **THE INCLUSION OF DENTISTRY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: The challenge of understanding and acknowledging new roles**

#### **Evelise Ribeiro Gonçalves**

Cirurgiã-Dentista – Mestre em Saúde Pública e Doutora em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC

#### **Flávia Regina Souza Ramos**

Enfermeira – Doutora em Enfermagem – Pós-doutora em Educação Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PEN/UFSC

**Resumo:** Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC. É um estudo de caso que analisa o cotidiano das atividades dos cirurgiões-dentistas da rede com base na percepção deles. O objetivo do artigo é expor e discutir como eles estão entendendo e assumindo esse novo papel profissional e social que é exigido deles e da profissão com o início do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no município. Foram entrevistados um representante da gestão municipal e 17 cirurgiões-dentistas, divididos nas 5 regionais de saúde. Verificaram-se realidades distintas: profissionais que têm clareza sobre o que é a Estratégia e que se posicionam firmemente nas Equipes de Saúde, mostrando a importância do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais; profissionais que não têm clareza sobre a Estratégia, nem se mostram interessados em uma aproximação com o novo modelo; e profissionais que, apesar de terem clareza sobre a Estratégia, mostram-se desanimados com os novos desafios. Ficou claro que a efetivação da proposta da Estratégia de Saúde da Família tem forte relação com os recursos humanos que a fazem funcionar. Para concretizar uma política socialmente sensível, deve-se buscar um profissional também socialmente sensível: comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família e disposto a vincular sua atuação a um propósito maior: o fortalecimento e a efetivação da cidadania da população brasileira.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Programa Saúde da Família; Cidadania

**Abstract:** This article is part of a doctorate thesis about the dentist work at the Family Health Strategy in Florianópolis, Brazil. It is a case study which analyses the daily routine of the public dentists from their point of view. The aim is to expose and to discuss how they are understanding and acknowledging this new professional and social role which is demanded from them and from the profession with the beginning of the work in the Family Health Strategy in the city. Interviews were done with 17 public dentists, divided among the 5 health areas, and 1 person from the administrative staff of the municipal health department. Different realities were

identified: professionals who have clarity about what the Strategy means and take a firm position in the health teams showing them the importance of the dentist in the multiprofessional groups; professionals who do not have clarity about the Strategy neither show interest in making an approach with the new assistance model; and professionals who, despite the clarity about and the interest for the Strategy, are unhappy and not motivated with the new challenges. It was clear that the human resources have strong relationship in making the Family Health Strategy come true. To realize a socially sensitive policy, a socially sensitive professional is demanded: he/she would be compromised with the principles of the Brazilian Public Health System and the Family Health Strategy, and willing to attach his or her work with a bigger purpose: the strengthening and effectiveness of the citizenship of Brazilian's population.

**Key-Words:** Oral Health; Family Health Program; Citizenship

## INTRODUÇÃO

Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis/SC, discutido com base na percepção desse trabalhador, sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção. Nos dados coletados para a tese foram identificadas 4 categorias de análise; o presente artigo traz os resultados referentes à categoria 1: *A ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O desafio de entender e de assumir novos papéis.*

Nessa categoria expõe-se a percepção dos cirurgiões-dentistas da rede assistencial do município sobre o que é a ESF; as mudanças que ocorreram – ou não – após a inclusão da Odontologia e as características do cotidiano de seu trabalho.

O objetivo do artigo é, então, discutir como eles entendem o novo modelo de assistência e de que forma estão assumindo o novo papel profissional e social que é exigido deles e da profissão com a inclusão da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família.

A tese teve como referencial teórico conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, da Bioética de Intervenção e do Processo de Trabalho. Esses referenciais estruturam a matriz analítica que norteou a discussão dos dados coletados e compõem o artigo.

## UM NOVO MODELO – NOVOS DESAFIOS

Há mais de dez anos a Odontologia brasileira foi caracterizada como tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica<sup>15</sup>. Surpreende que a situação não tenha mudado muito em todos esses anos e que, apesar da evolução técnica obtida pela profissão, seu alcance social continue sendo mínimo, o que torna sua prática cientificamente questionável. *A ciência e a prática odontológica nacionais têm em mãos todos os instrumentos necessários para controlar as doenças bucais mais prevalentes na nossa sociedade, principalmente a cárie dentária e as doenças periodontais. Já conhecemos a intimidade das suas causas, o mecanismo de ação dos agentes patogênicos, suas formas de vida, os meios preventivos e curativos concretos para combatê-los, as formas de preservação do equilíbrio bucal, dentre outros*<sup>15</sup>.

Sendo isso verdade, o questionamento é: se os avanços da ciência já proporcionaram à Odontologia brasileira todos os instrumentos necessários à erradicação e controle de doenças que afetam milhões de brasileiros, por que o quadro epidemiológico nacional não tem mudado significativamente em todos esses anos?

Convém lembrar os dados alarmantes apresentados pelo SBBrasil (maior levantamento oficial das condições de saúde bucal dos brasileiros, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com importantes entidades odontológicas nacionais) que mostram, por exemplo, que além dos mais de 30 milhões de brasileiros que nunca tiveram assistência odontológica, apenas 55% dos jovens com 18 anos de idade têm todos os dentes na boca<sup>6</sup>. Entre os adultos de 35-44 anos a situação não é melhor, pois apenas 55% deles têm 20 ou mais dentes e a média do índice CPO-D\* nessa faixa etária foi de 20,1. Mas a situação é realmente preocupante quando verificamos que apenas 10% dos adultos entre 65-74 anos possui 20 ou mais dentes na boca, e média de seu CPO-D chegou a 27,8. Um ser humano possui, em condições normais, no máximo 32 dentes.

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil sempre se caracterizou por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e com acesso restrito. Grande parte dos municípios brasileiros desenvolvia apenas ações para a faixa etária escolar de 6 a 12 anos e os adultos e idosos tinham acesso apenas a atendimentos de emergência, geralmente mutiladores.<sup>9</sup> Isso tudo

---

\* Número de dentes cariados, perdidos (por cárie) ou restaurados (por cárie), medido individualmente.

caracterizava a Odontologia como uma área de extrema exclusão social, não havendo uma política nacional para o setor.

Em 17 de março de 2004, sob o nome de BRASIL SORRIDENTE, o Governo Federal lança o, a Política Nacional de Saúde Bucal, com o intuito de consolidá-la verdadeiramente como a sua política para essa área, visando a reorientação da assistência odontológica pública e quebrando o ciclo de incentivos isolados feitos até então<sup>19</sup>.

Ao resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, a Política Nacional de Saúde Bucal combate a exclusão social e supera o histórico abandono e a falta de compromisso do país com sua população. Nessa perspectiva, era necessário construí-la em conformação com o Sistema Único de Saúde que, segundo seus princípios constitucionais, edifica-se na universalização do acesso, na integralidade, na equidade e no controle social.

Assim, concomitante ao lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde lançou o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, no qual propõe a reorganização e reorientação das atitudes e práticas no campo da saúde bucal<sup>8</sup>. A meta é propor um novo processo de trabalho inserido na Estratégia de Saúde da Família, eixo organizador da atenção básica, que tem como característica uma enorme capilaridade que a faz socialmente sensível, com ações que colocam frente a frente profissionais e realidade, considerando as diferenças culturais, epidemiológicas, sanitárias e regionais<sup>8</sup>.

Mas a ideia é que todos os níveis da atenção façam parte desse processo, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo, que não se limite a tratar da doença e dos doentes, mas que promova saúde e qualidade de vida, intervindo nos fatores que a colocam em risco. Dessa forma, as ações de saúde bucal devem resultar de um adequado conhecimento das reais condições de vida e saúde de cada localidade para resultar em práticas efetivamente resolutivas.

A elaboração desses dois documentos veio reforçar e fundamentar a decisão do Ministério da Saúde, que em 2000 estabelecera incentivos financeiros para a inserção das ações de saúde bucal nas equipes da Estratégia de Saúde da Família através da contratação de cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene dental<sup>7</sup>.

Ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal de sua população, o Brasil compromete-se com a redução das desigualdades e assume um compromisso com a inclusão social dos seus cidadãos. De janeiro de 2001 a dezembro de 2008, o número de equipes de saúde bucal passou de 2.248 para 17.807, e a população coberta passou de 13,9 milhões para 85,2 milhões de habitantes, o que corresponde a 45,3% da população<sup>5</sup>.

Mas o modelo proposto pela ESF representa um desafio para a Odontologia e para o cirurgião-dentista ao propor inserir a saúde bucal numa equipe multiprofissional, pois além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pela prática dos modelos que o antecederam<sup>8</sup>.

A Odontologia deve assumir seu papel social e contribuir efetivamente para melhorar as condições de saúde e vida da população, resgatando o caráter coletivo de sua prática. E como participante da equipe de saúde, o cirurgião-dentista deve considerar que sua atividade profissional tem envolvimento direto com aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, determinantes para que o processo de transição para o novo modelo se consolide<sup>10</sup>.

Mas a tarefa de inserir o cirurgião-dentista nas Equipes de Saúde da Família tem-se mostrado mais árdua do que o esperado, com vários problemas identificados nos últimos anos. Tais problemas vão desde a precarização das condições de trabalho, com a contratação informal de profissionais comprometendo a consolidação efetiva do programa, uma vez que a criação do vínculo entre profissionais e famílias é um de seus pilares, até, e principalmente, a inadequação do perfil e do preparo acadêmico dos profissionais que acabam perpetuando o antigo modelo de assistência através da sua atuação<sup>1,2,3,4,11,18</sup>.

Há, portanto, fortes indícios de que o sucesso de uma nova proposta destinada a elevar o nível de saúde bucal da população, além de combater a exclusão e as desigualdades sociais, por melhor que seja seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos que entendam o que representa a Estratégia de Saúde da Família e que estejam comprometidos em assumir os novos papéis profissional e social que ela exige deles e da profissão.

Desses profissionais se exigem competências como: entender e tratar o usuário em sua totalidade, e não de forma fragmentada; saber estabelecer vínculo e

criar laços de compromisso com o usuário e com a comunidade; ter visão ampliada do processo saúde-doença; exercer uma prática humanizada e humanizadora; saber posicionar-se e trabalhar em equipe, respeitando os saberes e os fazeres de cada profissão; saber e ter como hábito a utilização de dados epidemiológicos para o planejamento e enfrentamento das condições de saúde bucal, entre outros<sup>2,3,13,17,20,21,22</sup>.

Os questionamentos que se colocam são: os profissionais que estão à frente das Equipes de Saúde Bucal em Florianópolis/SC entendem o que é a Estratégia de Saúde da Família? Como estão encarando o desafio de atuar de acordo com uma nova lógica de assistência? E mais: dentro dessa nova realidade – se é que percebem uma nova realidade – como estão assumindo os novos papéis exigidos deles e da própria profissão?

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo de caso com abordagem qualitativa que coletou dados em 2 etapas: aplicação de um questionário em uma amostra representativa dos cirurgiões-dentistas (CDs) da rede assistencial do município e entrevistas semiestruturadas com alguns profissionais selecionados a partir dessa amostra e divididos entre as 5 regionais de saúde de Florianópolis/SC (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente).

Considerando as respostas dos questionários, foram selecionados 5 CDs por regional de saúde para serem entrevistados, totalizando 25 profissionais. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em 4 pontos principais: **a)** tempo de formatura **b)** formação pós-graduação; **c)** tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis e **d)** tipo de vínculo empregatício. Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas.

A segunda etapa da coleta de dados compreendeu as entrevistas semiestruturadas que foram norteadas por instrumento próprio composto por 14 questões abertas relacionadas à matriz analítica da tese. Desta etapa participaram 17 cirurgiões-dentistas obedecendo ao critério de saturação da amostra.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final da amostra do estudo<sup>12</sup>. Essa interrupção se baseia no fato de que, na avaliação do



pesquisador, os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Neste trabalho, as primeiras 7 entrevistas indicaram um evidente acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer a partir da 11ª entrevista. Decidiu-se fazer mais 6 entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas 4 entrevistas por regional, com exceção da regional Centro, que participou com apenas uma, devido à recusa dos profissionais contatados. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2008 e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSC, que o aprovou em dezembro de 2007. Foi solicitado consentimento de todos os entrevistados para o preenchimento do questionário e para a realização e registro das entrevistas através de gravação em fitas de áudio, utilizando nome de cores como codinomes para preservar-lhes a identidade.

Para auxiliar na análise de conteúdo das entrevistas, utilizou-se o *software* para análise de dados qualitativos ATLAS-TI. As entrevistas foram colocadas no programa e através dele foi feita a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise.

## **O DESAFIO DE ENTENDER E DE ASSUMIR NOVOS PAPÉIS**

É importante iniciar dizendo que a inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC aconteceu apenas em 2004. De acordo com muitos entrevistados, sua inclusão aconteceu sem a devida orientação sobre a proposta da ESF, sendo-lhes oferecida a oportunidade de simplesmente dobrar a carga horária e ganhar um salário maior:

Comecei trabalhando seis horas por dois meses e já me fizeram a proposta do PSF. Como eu não sabia como era, logo que eu perguntei eles me disseram que a gente tinha que cumprir duas horas a mais, com a gratificação e nada mais. Só isso. Eu fui descobrindo como era o serviço na prática, no dia a dia de trabalho, eu não tinha muita noção do que era a Estratégia em si. (Carmesin)

Essa declaração, que se repetiu com vários profissionais, ilustra de que forma se deu a inclusão da maioria dos cirurgiões-dentistas na ESF no município. A grande maioria iniciou as atividades sem entender a proposta da Estratégia, e a encarou

somente como um aumento de carga horária com gratificação financeira, sendo essa, inclusive uma das principais motivações para assumir uma Equipe de Saúde Bucal:

Eu mudei do meio período pras oito horas por causa do salário mesmo. E depois o consultório está muito ruinzinho, muito fraquinho, eu não sei o que vai ser do consultório futuramente com o pessoal que está se formando agora, é complicado. (Fúcsia)

Um problema cada vez mais atual é a influência da dificuldade de inserção dos cirurgiões-dentistas no mercado de trabalho. A inclusão da Odontologia na ESF criou novos postos de trabalho em um momento de dificuldade para a profissão que encontra um mercado saturado para a prática privada nos grandes centros urbanos. É possível, então, que profissionais estejam aderindo às Equipes de Saúde Bucal movidos por essa dificuldade, e não devido a um comprometimento com a Estratégia e a saúde coletiva<sup>10,13</sup>.

Com base nesses depoimentos, procurou-se saber como era entendida a ESF e como os profissionais estavam encarando o desafio de novas demandas. Constataram-se realidades diversas, a primeira delas caracterizada por profissionais que entendem a proposta do novo modelo, nas suas diretrizes e pressupostos, e mostram vontade e iniciativa para o trabalho multidisciplinar, acreditando que ele pode desencadear mudanças nas condições de saúde da população:

O que me fez optar pela Estratégia da Saúde da Família é a questão de você ter a possibilidade de fazer outras coisas além do atendimento clínico. Só com o atendimento clínico você não consegue resolver os problemas da população. Eu gosto muito de trabalhar com as pessoas e com a educação na saúde e acredito que quanto mais nós pudermos trabalhar com a prevenção, trazendo a consciência de que é possível prevenir cárie e evitar problemas futuros, essa pessoa vai poder ter autonomia para ter uma vida mais saudável. Como nós sabemos que a boca está no corpo e o corpo está em um meio social e sabemos que existem problemas maiores do que não escovar os dentes, é importante que a gente tenha esta visão mais ampliada da pessoa dentro de um contexto e possa se articular com outros profissionais, procurando soluções para os problemas de toda a população abrangida pela equipe. (Lavanda)

A implementação do SUS é um processo em permanente construção, que traz na sua proposta um desafio constante para gestores e profissionais da saúde ao considerar saúde um direito social e dever do Estado<sup>16</sup>. A Atenção Básica é justamente o primeiro nível de tal sistema e considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.

Para estar à frente de uma Equipe de Saúde Bucal, deve o cirurgião-dentista compreender e tentar viabilizar essa lógica de assistência à saúde, procurando, como disse o entrevistado, ver o cidadão como parte integrante de um contexto social e em contínuo desenvolvimento de sua própria autonomia. Dessa forma, estaria sendo fortalecido um dos pilares da ESF, que é a missão de ser socialmente sensível e um espaço de construção de cidadania.

Não há como negar que a proposta trazida pela ESF tem grandes pretensões, ao exigir mudanças na forma de pensar e agir de profissionais, gestores e instituições de ensino, havendo a necessidade de conscientizá-los para a importância de aprimorar conhecimentos referentes às diretrizes da Estratégia.

Entretanto, sabe-se que nem todos os profissionais são igualmente interessados em concretizar a ESF. Dentre os entrevistados, alguns chegam a achar a proposta utópica, apontando as comunidades como principal empecilho para a efetivá-la:

Eu acho que é uma Estratégia que funcionaria se fosse possível aplicá-la, eu acho utópico. A nossa população não está culturalmente pronta pra fazer isso. Você conversa com as pessoas e elas acham bobagem aquilo que você está falando. Pelo menos foi o que eu vivi aqui. Entra por um ouvido e sai pelo outro, é frustrante você querer ensinar, fazer a parte preventiva, que é a mais importante, mas ninguém vê essa parte como a mais importante. O PSF é isso. Eu não acho que as pessoas estão prontas pra fazer funcionar. Eu acho que vontade é o que não falta da equipe, mas a população não está pronta. (Carmesin)

Com base nesse depoimento, questiona-se: será que a população não está mesmo “pronta” para a proposta da ESF ou são os profissionais que não estão conseguindo se inserir nas equipes de saúde e exercer os novos papéis que lhes são exigidos? Esse questionamento é relevante, já que a grande maioria dos profissionais que se mostraram desanimados com seu trabalho na Estratégia eram aqueles que viam nos problemas cotidianos limites intransponíveis.

Outra realidade constatada nas entrevistas foi a de profissionais que entendem a proposta da ESF, acreditam nela e no seu potencial transformador, mas se encontram desmotivados e desanimados com os novos desafios, assinalando a falta de planejamento da gestão e problemas com a coordenação local como principais causas:

Em Florianópolis a grande verdade é que a coisa não está implantada, não tem reorganização de serviços, não tem objetivos e princípios em relação ao Programa; na verdade o Programa não existe. As equipes formadas até então caminham por si sós, pela

vontade dos próprios profissionais. Quem não tem uma coordenação capacitada para tocar as equipes para que elas possam planejar e desenvolver atividades fora da unidade, cumprindo todos aqueles objetivos preconizados pela Estratégia de Saúde da Família, não vai fazer. (Rubro)

As coordenações locais foram apontadas pela quase totalidade dos entrevistados como determinantes para caracterizar a rotina dos serviços, não parecendo representar limite para aqueles profissionais que, apesar dos problemas, acreditam que depende deles mesmos um posicionamento firme dentro das Equipes de Saúde, mostrando para os colegas e para a coordenação que o cirurgião-dentista é um profissional importante e necessário ao bom e completo funcionamento da equipe multiprofissional. Além disso, mostram que enfrentam os problemas como um incentivo a mais para fazer da sua rotina a expressão dos pressupostos da ESF:

Não tem essa pressão da coordenação porque eu já me coloquei nas reuniões e deixei bem claro o que eu queria fazer: Eu estou respaldada por lei, são as minhas atribuições, eu gosto de fazer, eu quero fazer, eu tenho o direito de fazer e deu. E agora está dando certo, mas porque eu não me omiti. (Coral)

Sei que em breve vou ficar trabalhando sozinha aqui na unidade, mas já avisei: vou bater o pé e não vou abrir mão de fazer as atividades fora. Não quero ficar trancafiada oito horas dentro do consultório só pra atender a demanda e a agenda. Mas eu sei que essa é uma visão que muitos coordenadores têm, que o dentista tem que ficar lá trancado, só atendendo. (Jambo)

Dessa forma, para aqueles profissionais que não conseguem – ou não querem – posicionar-se nas Equipes de Saúde, a coordenação local é realmente percebida como um fator limitante para a atuação segundo os pressupostos da ESF, e apesar de se acreditar que depende de cada profissional lutar pelo seu reconhecimento nas Equipes de Saúde, vale discutir, nesse contexto, uma situação que chamou a atenção nos relatos dos entrevistados: a pressão exercida pela demanda clínica reprimida em comunidades que são, como disseram os entrevistados, “100% SUS”. A pressão da demanda, aliada à ação da coordenação local, foi apontada como um dos principais entraves para efetivar a proposta do novo modelo, mesmo por aqueles dispostos a lutar por ela:

Quando eu cheguei aqui a demanda tava gigante e pularam em cima de mim, então eu não consegui fazer nada de PSF, a coordenadora pediu: “olha, pelo amor de Deus, atende”, então eu fiquei só no consultório e estou na cadeira das 8 da manhã às 5 da tarde, todos os dias. (Carmesin)

No protocolo da secretaria são dez períodos: cinco de manhã e cinco de tarde. São sete de clínica e três de atividades coletivas. Eu não me sinto obrigada a seguir o protocolo, eu me sinto muito pressionada por uma população que precisa de atendimento, e isso me deixa estressada, porque a gente fica no limite onde não é a gente quem decide quanto que a gente pode se dedicar ao serviço. (Rútilo)

Vontade eu até tenho, mas é desesperador ver a situação da demanda, principalmente de algumas crianças, e largar o consultório pra fazer outra coisa. (Marfim)

Com base nessas percepções, questiona-se: que potencial de mudança de uma realidade “desesperadora” tem uma assistência odontológica exclusivamente curativa? Não estariam alguns profissionais e coordenações locais invertendo a lógica da atuação da Odontologia ao ignorar seu real potencial de mudança quando assume o papel de transformadora da realidade e deixa de ser socialmente caótica para ser socialmente sensível? Certamente essa é uma realidade complexa, que não se resolve facilmente, mas reflexões sobre o assunto podem trazer a discussão para o cotidiano das Equipes de Saúde Bucal e possibilitar de mudança.

Mesmo considerando essa situação, verificou-se que as rotinas de atendimento, quando comparados o antes e o depois da ESF, variam de acordo com os profissionais responsáveis. Profissionais que não se posicionam diante das equipes e não têm interesse em atuar segundo os pressupostos da Estratégia, apenas estenderam sua carga horária e acabam ficando 8 horas por dia realizando atendimento clínico (mesmo sem a pressão de uma demanda reprimida), e não foram poucos os profissionais que relataram viver essa realidade.

Já os profissionais que pautam sua prática pelas diretrizes da Estratégia, que têm consciência da importância do seu papel e mostram disposição e vontade em trabalhar segundo o novo modelo, apresentam um cotidiano com atividades clínicas, atividades coletivas, atividades de grupo e visitas domiciliares.

As atividades clínicas estão divididas em atendimento de urgência, atendimentos prioritários por linhas de cuidado, como preconizam as diretrizes da ESF: às gestantes, aos idosos, aos bebês e às crianças de até 10 anos. É importante salientar, no entanto, que as rotinas de acesso ao atendimento de adultos e adolescentes se mostrou um pouco mais complicada do que o acesso dos outros grupos, devendo haver um cuidado por parte dos profissionais para que isso não os torne vulneráveis.

As atividades coletivas: escovação supervisionada, aplicação de flúor, palestras e teatros educativos, são realizadas predominantemente nas escolas da área da abrangência das unidades de saúde.

Nas atividades de grupo, que englobam as atividades com os grupos organizados em cada unidade (gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos) e as reuniões semanais ou mensais de equipe, a inserção dos profissionais também variou de acordo com o perfil de cada um. Em geral, os profissionais interessados em participar dessas atividades tiveram abertura e foram aceitos pelo restante da equipe.

A visita domiciliar foi a atividade na qual o cirurgião-dentista se mostrou menos inserido, muitas vezes por não saber bem o que fazer e como agir em tal situação:

Ainda sem saber o que eu ia fazer, organizei um *tape ware* com luvinha, palito pra exame, uma lanterna e fui nas visitas, me apresentei como dentista, comecei a fazer o exame bucal e tal, e fiquei pensando como que eu ia fazer... Até comentei isso numa outra reunião com a equipe pra dizer que eu não sabia até que ponto estava sendo produtivo, apesar de ser importante, pois já me senti bem por estar inserida. (Alizarim)

As visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas: um relacionado à otimização dos recursos humanos disponíveis para assistência à saúde, não sendo recomendado que profissionais as pratiquem sem indicação explícita para elas. Considera-se pouco eficiente a visitação de profissionais sem a plena consciência sobre o que fazer em determinado domicílio<sup>15</sup>. Apesar disso, a participação do cirurgião-dentista nessa atividade representa mais uma conquista da profissão e deve ser incluída nas atribuições do profissional na ESF de forma planejada e com objetivos definidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando se reflete sobre a realidade da saúde bucal nos últimos anos no Brasil, é inevitável questionar: a Odontologia brasileira quer ser conhecida daqui pra frente como socialmente caótica ou socialmente sensível? Será tão difícil para a profissão posicionar-se definitivamente como uma ciência comprometida com seu papel social, que combate as iniquidades através de assistência pública acessível, equânime, integral e humanizada?

A inclusão da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família representa uma iniciativa concreta de politização e avanço na agenda sanitária rumo à efetivação dos direitos dos cidadãos brasileiros à saúde integral. Entretanto, o novo modelo de assistência traz na sua proposta desafios para o cirurgião-dentista e para a própria profissão, ao serem convocados para assumir novos papéis que mexem com antigos valores e poderes estabelecidos.

O trabalho do cirurgião-dentista na ESF em Florianópolis ainda é um processo em construção iniciado há menos de 5 anos. Verificou-se a existência de realidades distintas nas Equipes de Saúde Bucal: parte dos profissionais não tem informações suficientes sobre a proposta da ESF, nem se mostram interessados em tentar uma aproximação com o novo modelo, além de relatarem não ter havido mudanças significativas no seu dia a dia; outros mostram conhecimento e interesse pela efetivação da proposta e, apesar dos problemas enfrentados, posicionam-se de maneira firme nas Equipes de Saúde, assumindo o papel de profissional necessário e indispensável; e outros também mostram conhecimento e interesse pelo novo modelo, mas demonstram desânimo para enfrentar o desafio.

O cotidiano do trabalho dos cirurgiões-dentistas, assim como sua inserção nas Equipes de Saúde, variou de acordo com o perfil de cada um: alguns relatam ter apenas estendido sua carga horária, estando agora 8 horas por dia realizando atividades clínicas, e não mais 6 horas; além disso, apontam a coordenação local, a demanda clínica reprimida e a própria comunidade como razões para a dificuldade de inserir-se nas Equipes de Saúde e, por consequência, para realizar atividades com base nos pressupostos da ESF. Outros, apesar de também relatarem problemas no seu cotidiano, conseguem dividir sua carga horária entre atividades clínicas, coletivas, de grupo e visitas domiciliares, embora seja esta uma atividade que ainda gera dúvidas, indicando a necessidade de discussão entre os profissionais, que poderiam, por exemplo, compartilhar periodicamente as experiências exitosas no município.

Ao final dessas discussões e questionamentos, está claro que o sucesso e a efetivação da proposta da Estratégia de Saúde da Família têm forte relação com os recursos humanos que a fazem funcionar. Se o que se quer é concretizar uma política socialmente sensível, deve-se buscar um profissional também socialmente sensível, comprometido com os princípios do Sistema Único de Saúde e da

Estratégia de Saúde da Família e disposto a vincular sua atuação com um propósito maior: fortalecer e tornar real a cidadania da população brasileira.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade KLC; Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(1):120-127.
2. Araújo ME; Zilbovicius CA formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Moyses ST; Kriger L; Moyses SJ. *Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008:277-290.
3. Araújo YP; Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2006;11(1):219-227.
4. Baldani MH; Fadel CB; Possomai T; Queiróz MGS. A Inclusão da odontologia no programa de saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21(4):1026-1035.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica em Saúde. Saúde da Família [homepage na internet]. Acesso em 03/01/09. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Odontologia. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. Associação Brasileira de Odontologia. SBBRASIL; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.444, 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. Brasília: 2004.
9. Costa JFR, Chagas LDD, Silvestre RM. A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 2006. 67p.
10. Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: Percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em Odontologia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2006 [periódico na internet]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
11. Facó EF, Vianna LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O cirurgião-dentista e o programa de saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2005;18(2):70-77.
12. Fontanella BJB, Ricas, J, Turato, ER Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.



13. Fortuna RFP. Promoção de saúde bucal no SUS: possibilidades e limites do programa de saúde da família. (Dissertação). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
14. Franco TB, Merhy E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. *In*: Merhy E, Júnior HMM, Rimoli J. (Orgs). O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003, p.135-157.
15. Garrafa V, Moyses S. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Divulgação Saúde Debate* 1996; 13:6-17, 1996.
16. Lacerda, JT, Traebert, JL. A Odontologia e a Estratégia de Saúde da Família. Tubarão: Unisul; 2006.
17. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(6):1538-1544.
18. Oliveira JLC; Saliba NRA. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos dos Goytacazes. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2005, 10(suplemento):297-302.
19. Pucca, Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2006;11(1): 243-246.
20. Rabello SB; Corvino MPF. A inserção do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia* 2001; 58(6):366-367.
21. Tristão SK. Perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica interessados pelo programa saúde da família da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Florianópolis, 2003.
22. Volschan, BCG; Soares EL; Corvino, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia* 2002;59(5):314-316.

**Endereço para Correspondência:**

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Rua Percy João de Borba, 142 – Trindade  
Florianópolis/SC – 88036-200  
Fone (48) 9121-1812  
Email [eveliserg72@hotmail.com](mailto:eveliserg72@hotmail.com)

ARTIGO 2 - A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A FORMAÇÃO ACADÊMICA E O PERFIL INDIVIDUAL NA BUSCA PELO PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL

Artigo a ser submetido à revista **Ciência & Saúde Coletiva**, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 3).

**A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
A formação acadêmica e o perfil individual na busca pelo profissional socialmente  
sensível**

**THE INSERTION OF DENTISTRY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY:  
The academic formation and the individual profile in the search for the socially sensitive  
professional**

Evelise Ribeiro Gonçalves<sup>1</sup>  
Flávia Regina Souza Ramos<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC. É um estudo de caso que analisa o cotidiano das atividades dos cirurgiões-dentistas da rede, com base na percepção deles. É feita relação do atual modelo de educação superior em Odontologia com a inserção do odontólogo no modelo de assistência à saúde na atenção básica e a discussão sobre como o perfil individual pode influenciar na atuação profissional. O objetivo é discutir as fragilidades do modelo de formação e lançar alternativas de processos ensino-aprendizagem que integram o estudante à realidade do SUS e da estratégia de saúde da família, ajudando a construir o profissional *socialmente sensível*. Foram entrevistados um representante da gestão municipal e 17 cirurgiões-dentistas, divididos nas 5 regionais de saúde. Verificou-se a dificuldade encontrada pelos profissionais para assumirem os novos papéis exigidos pela estratégia e a importância de mudanças no processo de formação profissional para que ela se efetive. São alternativas de processos ensino-aprendizagem: o estímulo à leitura e à pesquisa; a diversificação dos cenários de aprendizagem e a inserção de discussões sobre ética e bioética no cotidiano das práticas pedagógicas.

**Palavras-Chave:** Saúde Bucal; Programa Saúde da Família; Educação Superior

**Abstract:** This article is part of a doctorate thesis about the dentist work at the Family Health Strategy in Florianópolis, Brazil. It is a case study which analyses the daily routine of the public dentists from their point of view. It is done a relation between the current dentistry educational system in Brazil; the inclusion of the dentist into the new public health assistance model in basic health and the discussion about how the individual profile may influence the professional performance. The aim is to discuss the fragilities of the educational system and to launch alternatives of teaching-learning processes which bring the student close to the reality of the public health system and the Family Health Strategy helping to build the *socially sensitive* professional. Interviews were done with 17 public dentists, divided among the 5 health areas, and 1 person from the administrative staff of the municipal health department. Problems to assume new roles demanded by the strategy and the importance to make changes in the formation process were identified. The alternatives proposed are: to stimulate reading and researching habits; to diversify learning scenarios and the insertion of bioethical and ethical discussions in the daily pedagogic practice.

**Key-Words:** Oral Health; Family Health Program; Education, Higher

---

<sup>1</sup> Cirurgiã-dentista, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Enfermagem - UFSC

<sup>2</sup> Enfermeira, Pós-doutora em Enfermagem - UFSC

## **INTRODUÇÃO**

Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis/SC, discutido com base na percepção desse trabalhador, sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção. Nos dados coletados para a tese foram identificadas 4 categorias de análise; o presente artigo traz os resultados referentes à categoria 2: O profissional socialmente sensível: FORMAÇÃO ACADÊMICA OU PERFIL INDIVIDUAL?

Na discussão dessa categoria é feita relação do atual modelo de educação superior em Odontologia com a inserção do cirurgião-dentista no modelo de assistência à saúde na atenção básica vigente hoje no Brasil. Essa inserção tem sido relatada pelos autores como problemática, e o principal problema apontado é a inadequação do perfil profissional para trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) respeitando e colocando em prática seus princípios e diretrizes.

O objetivo do artigo é, então, expor e discutir a percepção dos profissionais da rede assistencial de Florianópolis/SC, relacionando as fragilidades do modelo de formação com a ideia de que o “perfil” individual influencia a adaptação do profissional às exigências do novo modelo de assistência à saúde, tornando-a mais fácil.

Além disso, é lançado o desafio de ensaiar alternativas de processos ensino-aprendizagem que estimulam e integram o estudante à realidade do SUS e da estratégia de saúde da família, ajudando a construir o profissional socialmente sensível que se busca.

A tese teve como referencial teórico conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, da Bioética de Intervenção e do Processo de Trabalho. Esses referenciais estruturam a matriz analítica que norteou a discussão dos dados coletados e compõem o artigo.

## **QUEM SERIA – OU COMO SERIA – O CIRURGIÃO-DENTISTA SOCIALMENTE SENSÍVEL**

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu incentivos financeiros para inserir as ações de saúde bucal nas equipes da Estratégia de Saúde da Família <sup>2</sup>. No período entre janeiro de 2001 e dezembro de 2008, o número de equipes de saúde bucal passou de 2.248 para 17.807, e a população coberta passou de 13,9 milhões para 85,2 milhões de habitantes, o que corresponde a 45,3% da população <sup>3</sup>.

A criação de equipes de saúde bucal dentro da ESF objetivava consolidar o SUS como prestador de atenção integral à saúde da população para combater a exclusão social/sanitária, propiciando não só atenção odontológica básica, mas também serviços de referência e contrarreferência para a resolução de problemas mais complexos <sup>2</sup>.

Paralelamente a esses acontecimentos, o Ministério da Educação delibera sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, que no caso da Odontologia resultou em um documento lançado em 2002 <sup>4</sup>, com objetivo de estimular a formação de profissionais com foco na atenção geral e na promoção, recuperação e reabilitação da saúde <sup>5</sup>. Essas mudanças vão ao encontro de necessidades da própria profissão, que reconhece viver um momento de crise.

A formação do profissional da Odontologia vem recebendo críticas sistemáticas pela sua dificuldade em unir o desenvolvimento da competência técnica com o da competência ética e relacional de seus estudantes. A mentalidade científica que tem predominado nos processos de formação dos novos odontólogos peca pelo excesso de tecnicismo e fragmentação da assistência, em detrimento de aspectos fundamentais como a prevenção de doenças, a promoção de saúde, a relação profissional-paciente mais humanizada e a valorização e o exercício da ética do cotidiano <sup>6</sup>.

Além desses problemas, talvez o mais grave deles seja a perpetuação de processos pedagógicos que formam profissionais para uma atuação distante da realidade da maioria da

população brasileira. A realidade diagnosticada pelo PNAD (BRASIL, 1998) e confirmada em 2003 pelo SBBrasil - maior levantamento oficial das condições de saúde bucal da população brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com importantes entidades nacionais de Odontologia - apontou que entre 28 e 29 milhões de pessoas nunca tiveram acesso à assistência odontológica. Esse número corresponde a aproximadamente 15,4% da população brasileira que vive na área urbana ou mais de 31%, se considerarmos a população rural <sup>7</sup>.

Essa realidade parece ainda mais chocante quando se percebe que o número de faculdades de Odontologia do Brasil saltou de 90, em 1996, para 188 em 2008 <sup>8</sup>. Não é muito difícil perceber o paradoxo da Odontologia brasileira do século XXI.

Todo esse conjunto de elementos mobiliza um processo de mudança que tem na reforma curricular dos cursos de Odontologia uma de suas expressões em busca de processos de ensino-aprendizagem que se comprometam com a realidade social, exercendo uma ética coletiva que busque a justiça sanitária e a inclusão social em saúde bucal <sup>10</sup>. Assim, um dos caminhos para tais mudanças é formar a força de trabalho da Odontologia inserida no paradigma do SUS e da ESF <sup>11</sup>.

Pelos seus princípios e diretrizes, o SUS tem-se consolidado como uma concreta possibilidade de romper com o tradicional modelo biomédico, centrado na doença e na figura do médico e em práticas fragmentadas, para articular práticas orientadas pelo entendimento de saúde como direito de cidadania <sup>12</sup>. Entre os argumentos e análises acerca dele é frequente a ideia de que a operacionalização de seus princípios e diretrizes depende da transformação dos trabalhadores de saúde em sujeitos do processo de trabalho. Isso implicaria trabalhadores que, como sujeitos autônomos, estivessem abertos ao novo e dispostos a perceber seu papel profissional/pessoal/social diante da realidade <sup>12</sup>.

O desafio que se coloca com a implantação da Estratégia de Saúde da Família é o

comprometimento com a reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS, mas com a consequente redefinição do processo de trabalho das equipes de saúde, articulando e integrando diversas práticas profissionais e buscando um novo modelo de assistência.

Para efetivar-se, esse modelo deve, necessariamente, ter como protagonistas tanto o usuário do serviço quanto o trabalhador de saúde, esse “novo” profissional que, segundo o Ministério da Saúde, deve ter perspectiva inovadora e criativa, abordagem crítico-reflexiva e democrático-participativa e colaborar com as transformações no modelo de formação profissional<sup>13</sup>. Além disso, deve ser um profissional que possa reorganizar o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional com abordagem interdisciplinar e intersetorial e ter visão ampla e integral do indivíduo inserido no contexto familiar e em determinados grupos sociais.

Esse “novo” profissional é o profissional *socialmente sensível* a quem o artigo se refere, que seria o profissional capaz de se comprometer verdadeiramente com a saúde pública, com os princípios do SUS e da ESF, buscando alcançar a equidade na assistência odontológica e, num âmbito maior, a justiça e a inclusão social em saúde.

As perguntas que se colocam são: O profissional *socialmente sensível* é fruto da formação acadêmica ou consequência de um perfil individual? A formação acadêmica e o perfil individual dos profissionais hoje inseridos nas redes públicas assistenciais contribuem ou prejudicam sua adequação ao novo modelo de assistência? E por último: de que forma o ensino superior em Odontologia pode contribuir para a inserção mais harmônica do CD na ESF?

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo de caso com abordagem qualitativa que coletou dados em 2 etapas: aplicação de um questionário em uma amostra representativa dos cirurgiões-dentistas (CDs) da rede assistencial do município e entrevistas semiestruturadas com alguns profissionais

selecionados a partir dessa amostra e divididos entre as 5 regionais de saúde de Florianópolis/SC (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente).

Considerando as respostas dos questionários, foram selecionados 5 CDs por regional de saúde para serem entrevistados, totalizando 25 profissionais. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em 4 pontos principais: **a)** tempo de formatura **b)** formação pós-graduação; **c)** tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis e **d)** tipo de vínculo empregatício. Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas.

A segunda etapa da coleta de dados compreendeu as entrevistas semiestruturadas que foram norteadas por instrumento próprio composto por 14 questões abertas relacionadas à matriz analítica da tese. Desta etapa participaram 17 cirurgiões-dentistas obedecendo ao critério de saturação da amostra.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final da amostra do estudo <sup>1</sup>. Essa interrupção se baseia no fato de que, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Neste trabalho, as primeiras 7 entrevistas indicaram um evidente acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer a partir da 11ª entrevista. Decidiu-se fazer mais 6 entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas 4 entrevistas por regional, com exceção da regional Centro, que participou com apenas uma, devido à recusa dos profissionais contatados. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2008 e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



da UFSC, que o aprovou em dezembro de 2007. Foi solicitado consentimento de todos os entrevistados para o preenchimento do questionário e para a realização e registro das entrevistas através de gravação em fitas de áudio, utilizando nome de cores como codinomes para preservar-lhes a identidade.

Para auxiliar na análise de conteúdo das entrevistas, utilizou-se o programa de computador de análise de dados qualitativos ATLAS-TI. As entrevistas foram colocadas no programa e através dele foi feita a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise.

### **O QUE PENSAM OS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE ASSISTENCIAL DE FLORIANÓPOLIS/SC**

É importante iniciar dizendo que a inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC aconteceu apenas em 2004. Para alguns profissionais da rede, que vivenciaram aquele momento, o processo mostrou-se abrupto e com objetivos equivocados por parte da gestão, se for considerada a proposta da ESF:

Dentista com quarenta horas começou somente há quatro anos. A nossa entrada foi toda turbulenta, porque a gente entrou no apagar das luzes, foi no último momento, como se fosse véspera de eleição, o último prazo, saiu a portaria quarenta horas pra quem aceitou. Tiveram três grupos de entrada, um em setembro, outro em outubro e outro em novembro, para os dentistas que queriam quarenta horas. Aí no discurso do secretário, quando ele assinou a portaria, ele disse: eu preciso de bons clínicos, nós estamos com uma grande demanda reprimida, e vocês devem fazer o máximo de atendimento no consultório, então ele freou qualquer possibilidade que a gente tinha de atividades coletivas, de aumentar a nossa atividade preventiva, de promoção de saúde. Façam o curativo, façam o procedimento clínico no consultório. Então ali foi um passo em direção ao PSF como ele é hoje, um retroceder na consciência pra saúde. Isso tem que ser trabalhado no município. (Rútilo)

Essa colocação é importante, pois dá indícios de como a ESF está organizada hoje no município e nos permite refletir sobre as dificuldades encontradas, tanto pelos profissionais como pela própria gestão para efetivar a proposta desse modelo de assistência.

Outro entrevistado vai mais longe ao afirmar que a ESF, nos seus pressupostos e diretrizes, não está implantada no município e traz à tona a discussão sobre o perfil individual

como facilitador da efetivação da ESF, mesmo em situações adversas:

Em Florianópolis a grande verdade é que a coisa não está implantada, o município há quatro anos através do secretário X estende aos dentistas o programa de saúde da família, mas basicamente estende a gratificação, ele não organiza o serviço, não tem objetivos e princípios em relação ao programa, na verdade o programa não existe. As equipes formadas até então caminham por si sós, pela vontade dos próprios profissionais, quem tem alguma vocação e algum norte, algum conhecimento, faz alguma coisa, e quem não tem fica lá no seu lugar quietinho, fazendo aquilo que é tradicional e ganhando ou não a gratificação. Há poucos meses o município baixa uma resolução transformando a Estratégia de Saúde da Família na própria política de ação básica do município. Então hoje não existe mais duas coisas, existe uma coisa só no município, só que de uma forma tradicional, não existe inovação na atenção. A inovação que a estratégia de saúde da família prevê não acontece no município de Florianópolis. (Rubro)

A questão de se ter uma “vocação” ou um “norte”, trazida pelo profissional, talvez expresse a consciência coletiva em relação à profissão de que o modelo de formação utilizado pelos cursos de graduação em Odontologia atualmente não prepara o cirurgião-dentista para os desafios da ESF. Essa percepção é compartilhada por vários entrevistados:

Quando eu me formei, saí da faculdade com uma visão voltada para o consultório, que eu ia sair ganhando milhões de dinheiro com clínica particular, atendendo pacientes, mas eu percebi que não era assim. (Jambo)

O peso dado na formação é totalmente clínico especialista, é voltado pra clínica privada, ele não dá a visão da saúde pública, da saúde coletiva. Pelo menos não a visão prática, a gente nunca foi numa unidade de saúde, nunca viu como que trabalha, como que é o processo de trabalho dentro de uma unidade básica de saúde. (Coral)

Apesar das recentes modificações no currículo de Odontologia, iniciadas na década de 90, ainda se observa maior valorização dos procedimentos técnicos, de forma distanciada dos perfis epidemiológicos e da realidade social da população brasileira<sup>14</sup>. Como coloca esse entrevistado:

A gente via o serviço público como uma coisa que era ruim, que era só para pobre, e que na verdade o bom era a gente se formar e abrir consultório e sair ganhando rios de dinheiro, mas a gente sabe que não é a realidade. É dada muita prioridade para as disciplinas clínicas e pouca prioridade para a parte de prevenção, de trabalhar com a comunidade, de fazer trabalhos de educação. No meu currículo, a parte de odontologia social e a parte da estomatologia é uma coisa completamente discrepante, a carga horária das disciplinas clínicas é uma coisa, e a carga horária que a gente tinha pra fazer trabalhos fora, comunitários, é muito pequena, e na verdade foi só mais no final da graduação. (Rútilo)

Assim, é pertinente dizer que o ensino superior no Brasil encontra-se em um momento de importantes definições, havendo a necessidade de a universidade redefinir referenciais e relações com os diferentes segmentos da sociedade para que possa construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades <sup>15</sup>.

Em tal cenário, a Odontologia como profissão tem se mostrado ineficiente nas suas ações, apesar de não ter ficado à margem das transformações vividas pelos sistemas de saúde nas últimas décadas <sup>16</sup>. Verifica-se, portanto, a expansão e consolidação do SUS através da Estratégia de Saúde da Família – com a inserção da saúde bucal – mas sem adequar o processo de formação dos profissionais da Odontologia a ela.

O modelo de assistência proposto pela ESF representa um desafio para o cirurgião-dentista, que, como participante da equipe de saúde, deve considerar que sua atividade profissional é imprescindível para consolidar o novo modelo de assistência <sup>17</sup>. Essas dificuldades de adaptação da atuação profissional dentro de uma nova lógica são percebidas pelos profissionais da rede:

Eu vejo assim - porque já estou há um tempo na rede e acompanhei toda a mudança - não dá mais pra ter aquele profissional, mesmo o médico, fazendo só a parte clínica, e no caso do dentista, querer ficar só no consultório fazendo só restauração: não tem mais isso. Só que se a pessoa não quer, não tem jeito, não tem como forçar. (Âmbar)

Hoje, na força de trabalho do município existem alguns profissionais que ainda têm algumas limitações, que não querem entrar na Estratégia, que não acreditam nisso, que preferem ficar lá dentro do seu consultório. (Damasco)

Para que o cirurgião-dentista assuma seu compromisso como profissional da saúde nesse contexto, sua formação profissional deve resgatar o caráter coletivo da prática odontológica. Só assim ele conseguirá desenvolver competências desejáveis a um profissional da Estratégia de Saúde da Família, competências estas que exigem atitudes como: entender e tratar o usuário em sua totalidade e não de forma fragmentada; saber estabelecer vínculos e criar laços de compromisso com o usuário e a comunidade; ter uma visão ampliada do processo saúde-doença; exercer uma prática humanizada e humanizadora; saber trabalhar em

equipe, respeitando os saberes e os fazeres de cada um dos profissionais envolvidos; saber e ter como hábito a utilização de dados epidemiológicos para planejar e enfrentar as condições de saúde bucal, entre outras<sup>18, 19, 20, 21</sup>.

Embora aparentem ser características comuns a todos os profissionais, a verdade é que é difícil encontrar, entre os profissionais que estão hoje no mercado, pessoas com tais competências, principalmente se levarmos em consideração as deficiências da formação acadêmica, mostradas pela literatura e que apareceram na fala dos entrevistados.

Apesar disso, dentre os entrevistados para a tese, estavam profissionais *socialmente sensíveis* que se mostram comprometidos e dispostos a lutar pela sua inserção na Estratégia de Saúde da Família. Algumas características – apontadas por eles mesmos – os diferenciavam dos demais, e dentre elas, uma palavra (ou conceito) se destacou: Perfil.

Em grande parte das entrevistas, os profissionais atribuíram ao seu “perfil” a facilidade para adaptar-se às atividades exigidas na atuação na ESF. Alguns, por exemplo, reconhecem no seu perfil a disposição para buscar cursos de pós-graduação na área de saúde pública e/ou saúde da família, levando-os a conseguir um melhor desempenho nas equipes de saúde bucal:

Claro que havia aquela vontade e eu já tinha um certo perfil e além disso, eu fiz um curso de Especialização em Saúde Coletiva, eu direcionei para a saúde pública, mas se a gente for só pela graduação, ela não te prepara. Os profissionais que já têm uma formação voltada para a saúde coletiva se adaptam melhor à Estratégia de Saúde da Família, porque já buscam outras coisas, já querem mais, já buscam outro tipo de planejamento. (Âmbar)

Eu comecei a trabalhar no serviço público, gostei, e comecei a mudar o meu foco, por mim mesma eu vi que o meu caminho era outro e foi aí que eu fui procurar fazer especialização em Saúde da Família, vi que eu me enquadrava com aquilo ali, que as minhas ideias na verdade sempre foram aquilo, era o meu perfil. Eu fui formada de um jeito, mas eu via que eu não me enquadrava naquilo. (Jambo)

No entanto, um dos entrevistados coloca como desejável, mas não indispensável, o perfil para atuação na ESF:

O perfil do profissional define se ele vai poder trabalhar em gestão ou não; define se ele vai poder trabalhar com escolar ou não. Existem coisas que são

“treináveis”, outras não. A gente verifica isso na prática. A gente vê que tem colegas que trabalham bem em equipe e tem colegas que não gostam, não se adaptaram, e trabalham lá dentro do consultório, executam suas atividades de odontologia muito bem, mas têm dificuldade de interagir com a equipe, não conseguem fazer a atuação multidisciplinar. E aí eu vou dizer o quê? Que esse profissional não pode trabalhar na ESF? Será que não pode? Porque se ele tem a característica de que esta atendendo clinicamente bem, esta fazendo o seu serviço na escola, que não é só isso que o PSF precisa, mas isso é uma boa parte, então fica difícil. Essas diferenças a gente vai administrando da melhor maneira possível dentro do serviço. Acho que com o tempo a gente vai ver essas diferenças diminuírem, mas elas nunca vão sumir. Porque a partir da reformulação dos currículos escolares eu vou ter a colocação do atendimento para o PSF, para as necessidades públicas, mas a gente vai continuar a perceber essas questões das diferenças individuais. (Damasco)

Essa percepção traz novamente a discussão sobre a formação acadêmica e a sua relação com a inserção do cirurgião-dentista na ESF. O entrevistado coloca que existem coisas que são “treináveis”, outras não, cabendo aqui a indagação: Será que essas diferenças individuais – que acabam por determinar um perfil mais ou menos adequado à ESF – não poderiam ser diminuídas ou aproximadas com propostas diferenciadas de processos ensino-aprendizagem?

### **O PROFISSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL E O POTENCIAL DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO**

Segundo Pedro Demo <sup>22</sup>, *é sempre possível reduzir o aluno a objeto de cópia, quando o condenamos a ouvir, tomar nota e fazer prova, tudo de maneira reprodutiva. E é esse método, tão comum nos centros de ensino odontológico, que devemos superar, partindo para novas práticas pedagógicas mais comprometidas socialmente* <sup>23</sup>.

É preciso favorecer as potencialidades criadoras dos indivíduos através do incentivo às ideias originais, do reforço do pensamento divergente, de abordagens não-diretivas, da aprendizagem pela descoberta e do equilíbrio progressivo do desenvolvimento mental <sup>24</sup>.

Nessa concepção de educação, o estudante sente-se desafiado a explorar e aprofundar seu conhecimento, refletindo sobre sua prática, e esse processo de ação-reflexão converge para a formação do profissional criativo e reflexivo <sup>25</sup>.

Saber pensar é a teoria mais prática que existe, ou a prática mais teórica que existe. Já não cabe separar pensar de intervir, ainda que as duas atividades tenham sua tessitura própria. Pensar é atividade tipicamente mental e intervir é atividade eminentemente prática, mas ambas se entrelaçam e fazem um todo só. Há outra face interessante do saber pensar que é a possível confluência entre epistemologia e política social. Do ponto de vista epistemológico, saber pensar supõe traquejo metódico para lidar de maneira adequada com o conhecimento e seu processo de construção, desconstrução e reconstrução, enquanto, do ponto de vista da política social, saber pensar é a pilastra crucial da cidadania ativa, para saber melhor intervir. Dito de outro modo, saber pensar é o emblema da cidadania inteligente<sup>22</sup>.

Alguns autores têm escrito sobre possibilidades de processos pedagógicos ou de práticas alternativas que estimulam o “saber pensar” e o desenvolvimento do pensamento criativo e reflexivo.

Conhecimento é a habilidade de questionar, ou seja, enquanto não se questiona não se conhece, apenas se reproduz<sup>22</sup>. Por isso que hoje se reconhece mais facilmente que o estímulo à leitura é um princípio educativo que desenvolve a potencialidade criativa<sup>24, 26</sup>. A leitura é fundamental para a formação universitária, pois favorece o entendimento do mundo numa perspectiva crítica e interdisciplinar, colocando em ação um sistema de valores, crenças e atitudes<sup>26</sup>.

Trabalho realizado com estudantes calouros de um curso de Odontologia concluiu que a prática da leitura encontra vários entraves no cotidiano das práticas pedagógicas do curso. Tais práticas distanciam o estudante de um olhar mais investigativo sobre a realidade, privilegiando o lugar do aluno apenas como receptor da visão do professor sobre os temas tratados em sala, visto que as leituras prévias, que seriam a base de discussões enriquecedoras do processo ensino-aprendizagem, aconteciam de forma precária<sup>26</sup>.

Em conjunto com o estímulo à leitura, articular ensino com pesquisa e extensão é outra possibilidade para construir projetos pedagógicos alternativos. O processo inicia-se com o fim do medo de indagar, de inquirir o professor, de cogitar outras possibilidades do fazer, enfim, quando o aluno aprende a fazer fazendo<sup>25</sup>.

Através da pesquisa, o aluno se habitua a ter iniciativa, a buscar livros, textos e novas

formas de informação, superando a regra comum de receber conteúdos prontos através de aulas copiadas e da reprodução de textos que decoram para as provas. Este seria o caminho para construir a “educação libertadora”:

A pesquisa na universidade faz parte da profissionalização também, não sendo, assim, apenas opção ou vocação, mas componente crucial do processo de formação e recuperação da competência. Por isso, é a maneira decisiva de substituir treinamento por educação; o mero fazer, pelo saber fazer e sempre refazer, e em se tratando de formação de competência, tendo o aspecto formativo sempre predominando sobre o transmissivo <sup>27</sup>.

Nesse contexto, e com a valorização da leitura e da pesquisa, o princípio da integralidade aparece como potencial eixo transformador dos cursos formadores na área da saúde e mais uma possibilidade de reestruturação das práticas pedagógicas <sup>26</sup>.

Na grande maioria dos cursos de Odontologia, em que boa parte dos professores é especialista, as disciplinas são ministradas em situações de independência entre si, e o aluno passa a ter essa mesma visão fragmentada da pessoa para a qual presta assistência. Desse modo, a formação do odontólogo, além de não prepará-lo com a devida habilitação técnico-científica, consentânea com os avanços tecnológicos, também não prepara esse profissional para atuar além do biológico <sup>25</sup>.

Esses argumentos podem explicar a organização dos currículos com base na integralidade como uma possível contribuição para transformar processos de trabalho, valorizando a discussão pedagógica e vinculando-a ao contexto da consolidação dos modelos tecnoassistenciais inovadores em saúde <sup>21,27</sup>. Mas também não se pode desresponsabilizar o professor ou diminuir o seu papel nesse resgate do pensamento livre e instigador e, especialmente, na superação da fragmentação gerada pela era da racionalidade mecânica <sup>30</sup>.

Um desses modelos se apresenta sob a ideia da integração docente-assistencial que agrega a tática de quebrar a resistência dos estudantes à abordagem epidemiológica e social mediante sua “exposição” precoce e oportuna à realidade sanitária <sup>31</sup>. A efetiva integração entre os processos ensino-aprendizagem e de produção de serviços é requisito indispensável

para o desenvolvimento de competências profissionais e um meio insubstituível para o avaliá-las adequadamente.

Embora já tenha suscitado experiências bem diversas e alguns fracassos, a integração docente-assistencial ainda aparece como proposta contra-hegemônica àquelas orientadas por uma visão que supervaloriza os recursos e é restritiva do ponto de vista de construção e consolidação da cidadania, da integralidade e da equidade que os serviços de saúde podem produzir <sup>32</sup>.

Esses valores dão um salto qualitativo em direção ao reconhecimento e à produção das necessidades de saúde e a um processo de formação que possibilite que os alunos desenvolvam e tenham como parceiros de vida, a criatividade, a ética, o humanismo e o comprometimento com uma atenção em saúde integral.

No caso específico da Odontologia, um grupo de professores do Curso de Odontologia da PUC/Paraná propôs uma estratégia de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como forma de melhor integrar os estudantes à realidade social, às políticas sociais e ao Sistema Único de Saúde <sup>33</sup>. Essas vivências pretendiam contextualizar a aprendizagem na inserção social dos alunos, problematizando o conhecimento e a realidade, desenvolvendo habilidades e competências colocadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais como aquelas que estariam mais relacionadas com a área de saúde coletiva, de modo a oportunizar a participação como base da cidadania.

Os cursos de residência e especialização em Saúde da Família, de caráter multiprofissional, têm sido estimulados pelo Ministério da Saúde e se apresentam como uma possibilidade a mais para atender a necessidade de formação de recursos humanos qualificados no âmbito nacional. Para isso, o Ministério instituiu parcerias que congregam instituições de ensino superior e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Um exemplo é dado pelo curso de residência em saúde da família da Universidade



Federal de Santa Catarina, cujo movimento inovador possibilita operacionalizar uma estratégia de formação em serviço que articula sete dos seus departamentos e procura integrar as instituições parceiras sob a lógica da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e de integração ensino-serviço <sup>12</sup>. A forma como o processo acontece, com vivências desenvolvidas nos 3 níveis de atenção do sistema de saúde, dá aos alunos uma visão bem real do SUS e de seu funcionamento <sup>12</sup>.

Uma última possibilidade que se apresenta é a inclusão da discussão ética e bioética no cotidiano das práticas pedagógicas. Alguns autores defendem que temas sobre ética e bioética devem ser inseridos nos cursos como temas transversais, porque muitas questões abordadas em outras disciplinas se reportam sempre às implicações de valores morais, objetos de reflexão ética presentes nas relações humanas e na vida acadêmica <sup>34</sup>.

O enfoque bioético referido é o da Bioética de Intervenção, dirigido à necessidade da construção de uma ética coletiva, atenta à justiça sanitária, à inclusão social e à equidade <sup>35,36</sup>, e que consegue ver o valor bioético da utilização de critérios epidemiológicos e indicadores sociais para a justa alocação de recursos <sup>37</sup>. Do ponto de vista da formação de recursos humanos para a saúde, o respeito à ética pressupõe o respeito às demandas sociais de assistência e de pesquisa, havendo uma integração em torno das necessidades da população. Assim, a formação ética não deve limitar-se ao ambiente familiar, mas deve ser objeto da Escola, neste caso, dos centros de formação de nível superior, evidenciando a responsabilidade dessas instituições em desenvolver valores éticos nos cidadãos que preparam para o mercado de trabalho <sup>38</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família tem sido relatada como problemática por muitos autores. O grande desafio que se coloca é adequar a competência profissional dos cirurgiões-dentistas às exigências do processo de trabalho do novo modelo de

assistência.

O profissional *socialmente sensível* é aquele profissional comprometido com sua atuação na saúde pública, aberto a novos desafios e pronto para adaptar-se a uma nova realidade. A pergunta que se colocou foi: esse profissional pode ser construído através do modelo de formação superior em Odontologia vigente hoje no Brasil, que está claramente em crise e passando por mudanças? Ou a conquista de profissionais com tais características é uma questão de perfil individual, nato de cada um?

Os cirurgiões-dentistas da rede assistencial de Florianópolis/SC relatam o início problemático da ESF no município devido a problemas de gestão e também das competências desenvolvidas durante o processo de formação profissional; e como o perfil individual pode tornar mais fácil e bem-sucedido o trabalho deles nas Equipes de Saúde Bucal.

Considerando que o processo de formação deve respeitar as diferenças individuais tentando aproximá-las através de diferentes orientações político-pedagógicas, lançam-se alternativas de processos ensino-aprendizagem que podem contribuir para a formação de profissionais que além de competentes tecnicamente, sejam também criativos, reflexivos e saibam trabalhar dentro da lógica multidisciplinar.

Os métodos de ensino-aprendizagem em Odontologia, assim como nas outras áreas da saúde, devem possibilitar uma mudança de pensamento, transformando a concepção fragmentada e dividida do mundo que impede a visão integradora da realidade<sup>36</sup>.

As propostas apresentadas são desafiadoras, mas perfeitamente alcançáveis, desde que a educação seja entendida como processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido durante toda a vida. Esse processo deve contar com a colaboração dos diversos atores envolvidos, pertencentes tanto às instituições de ensino quanto aos serviços de saúde. Apenas uma construção coletiva do saber, voltada para uma nova lógica de processo de trabalho, conseguirá efetivar-se e alcançar seu objetivo, que é atender as necessidades de saúde da

população. Para tal, é preciso que, além de competentes tecnicamente, os profissionais formados pelas universidades também saibam aceitar e exercitar o seu papel como profissionais-cidadãos criativos, éticos e *socialmente sensíveis*.

ER Gonçalves fez a pesquisa para tese de doutorado e redigiu o artigo. FRS Ramos é orientadora da tese e revisou o artigo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1):17-27.
2. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000a.
3. Brasil. Ministério da Saúde [homepage] 2009 [cited 2009 mar 4]. Available from: <http://www.saude.gov.br>
4. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CSE 3, 2002*; 19 fev.
5. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CSE 3 ddf*, editor.; 2002.
6. Ramos D. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: Fortes P, Zoboli E, organizadores. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola; 2003. p. 161-7.
7. Brasil. SBBRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Odontologia. Associação Brasileira de Ensino Odontológico. *Associação Brasileira de Odontologia*; 2003.
8. Conselho Federal Odontologia [homepage] 2006 [cited 2007 set 1]; Available from: <http://www.cfo.org.br>
9. Moyses S. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO* 2004;4(1):30-7.
10. Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1538-44.
11. Araújo ME. Palavras e Silêncios na educação superior em odontologia. *Rev C S Col* 2006;11(1):179-82.
12. Scherer MDA. *O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade* [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
13. Portaria número 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). *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.

14. Aquilante AG, Tomita NE. O estudante de Odontologia e a educação. *Revista da ABENO* 2005;1(1):6-11.
15. Feuerwerker L. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO* 2003;3(1):24-7.
16. Narvai PC. Recursos Humanos em Saúde. In: Kriger L, editor. *Promoção de Saúde Bucal: paradigma, ciência e humanização*. São Paulo: Artes Médicas; 2003.
17. Drumond MM, Vilaça ÊL. Adequação de recursos humanos ao PSF: Percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em Odontologia. *Rev C S Col* 2006; 13(2):523-531.
18. Facó EF, Vianna LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O cirurgião-dentista e o programa de saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2005;18(2):70-7.
19. Albuquerque RRS. *Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.
20. Morita MC, Haddad AE. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias - Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.268-276.
21. Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias - Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p.277-290.
22. Demo P. Saber pensar. *Revista da ABENO* 2005;1(1):75-9.
23. ABENO. Relatório com base nos resultados dos Grupos de Discussão reunidos na XXXIX Reunião Anual da ABENO. *Revista da ABENO* 2005;1(1):86-94.
24. Wechsler SM. *Criatividade: descobrindo e encorajando*. Campinas: Editora Psy; 1997.
25. Cardoso SMV. A formação do dentista no contexto do século XXI: a pesquisa como princípio pedagógico. *Revista da ABENO* 2007;1(1):54-7.
26. Rangel JNM. A leitura e a formação humanística do estudante de odontologia: processos em construção. *Revista da ABENO* 2006;1(1):20-7.
27. Demo P. *Educar pela pesquisa*. 3ª ed. Campinas: Autores Associados; 1998.
28. Mattos R. Integralidade como Eixo da Formação dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2004;28(2):91-2.
29. Koifman L, Rego S. Formação Profissional e a Reforma Sanitária. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2004;28(3):187-8.
30. Lemos CLS. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. *Revista da ABENO* 2005;1(1):80-5.
31. Santana JPd, Campos FEd, Sena RRd. *Formação profissional em saúde: desafios para a universidade*. 2002 [cited 2007 ago 15]; Available from: [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)
32. Oliveira GS, Koifman L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, organizadores. *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec - ABEM; 2004. p. 143-64.

33. Moyses S, Moyses S, Kriger L, Schmitt E. Humanizando a educação em Odontologia. *Revista da ABENO* 2003;3(1):58-64.
34. Gomes AMA, Moura ERF, Amorim RF. O Lugar da Ética e Bioética nos Currículos de Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2006;30(2):56-65.
35. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da Bioética. *Revista Brasileira de Bioética* 2005;1(2):122-32.
36. Garrafa V. O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p. 9-16.
37. Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2005;29(2):136-46.
38. Costa ICC. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. *Revista da ABENO* 2007;2(2):122-9.

ARTIGO 3 - O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO NA BUSCA PELA INTEGRALIDADE, JUSTIÇA SANITÁRIA E INCLUSÃO SOCIAL

Artigo a ser submetido à revista **Acta Bioethica**, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 4).

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o olhar da Bioética de Intervenção na busca pela Integralidade, Justiça Sanitária e Inclusão Social**

**THE WORK OF THE DENTIST IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY:  
The Intervention Bioethics point of view in the search for Integrality,  
Health Justice and Social Inclusion.**

***Evelise Ribeiro Gonçalves***

*Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.*

*Endereço para Correspondência:*

*Rua: Percy João de Borba, 142 – Trindade – Florianópolis/SC – Brasil – CEP:88036-200*

*Fone: (5548) 9121-1812*

*E-mail: [eveliserg72@hotmail.com](mailto:eveliserg72@hotmail.com)*

***Flávia Regina Souza Ramos***

*Enfermeira, Doutora em Enfermagem e Pós-Doutora em Educação. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.*

**Termo de responsabilidade de autoria**

Este trabalho (ou parte deste) é inédito e não será enviado a outras revistas até que se receba a decisão dos editores de *Acta Bioethica*.

O artigo não excede 6000 palavras, incluindo quadros e ilustrações.

Inclui resumo com até 250 palavras, em espanhol e em inglês.

As citações bibliográficas se apresentam em conformidade com as normas internacionais exigidas pela revista. (Vancouver).

O manuscrito foi organizado de acordo com as «Instruções aos Autores».

São mencionados endereços para correspondência, números telefônicos e de fax, bem como endereço eletrônico do autor responsável pela comunicação direta com a editoria de *Acta Bioethica*.

**Resumo:** Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC, que analisa o cotidiano das atividades dos profissionais da rede com base na percepção deles. Discute-se como o trabalho cotidiano expressa o referencial da Bioética de Intervenção que tem na busca pela integralidade, justiça sanitária e inclusão social os pressupostos básicos para efetivação da cidadania. Foram analisadas as rotinas de acesso ao serviço; os serviços de referência; o estabelecimento de vínculo e a participação popular e controle social. Foram entrevistados um representante da gestão municipal e 17 cirurgiões-dentistas, divididos nas 5 regionais de saúde. As rotinas de acesso mostraram-se adequadas às linhas de cuidado, mas ainda ineficientes no cumprimento da universalidade. O serviço de referência para atenção especializada apresenta falhas, comprometendo o estabelecimento do vínculo com a comunidade, precisando ser mais bem organizado. Por fim, a participação popular e o controle social ainda não acontecem de forma concreta, devendo haver o incentivo à população para o estabelecimento e participação nos conselhos locais de saúde, que são espaços de luta política e de construção da cidadania e da consciência sanitária.

**Palavras-Chave:** Assistência Odontológica; Bioética; Programa de Saúde da Família

**Abstract:** This article is part of a doctorate thesis about the dentist work in the family health strategy at Florianópolis/SC, Brazil, which analyses the activities of the public dentists from their point of view. It is discussed how the daily work expresses the Intervention Bioethics referential, which puts the search to integrality, health justice and social inclusion as basic implications to accomplish citizenship. The analyzed activities were: the access routines to dental service; the reference service to specialized procedures; the establishment of a bond with the community and the popular participation and social control. A member of the administrative staff and 17 public dentists, divided among the 5 health areas, were interviewed. The access routines are working according to the “care lines”, but still inefficient to achieve universality. The reference service presents problems, which influence in the bond with the community, and needs to be reorganized. At last, the popular participation and social control still do not happen as they should, showing that the citizens need to be stimulated to organize and take part in the “local health council” which are spaces to political fight and accomplishment of citizenship and sanitary conscience.

**Key Words:** Dental Care; Bioethics; Family Health Program



## **Introdução**

Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista (CD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis/SC, discutido a partir da percepção deste trabalhador, sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção.

Nos coletados para a tese foram identificadas 4 categorias de análise; o presente artigo traz os resultados referentes à categoria 3: *A Bioética de Intervenção e o Trabalho do Cirurgião-Dentista na Estratégia de Saúde da Família: A BUSCA PELA INTEGRALIDADE, JUSTIÇA SANITÁRIA E INCLUSÃO SOCIAL*.

Esta categoria discute como o trabalho do cirurgião-dentista, revelado no cotidiano da assistência odontológica, se compromete com a redução das desigualdades e assume um compromisso com a inclusão social dos cidadãos.

O objetivo do artigo é, então, analisar o dia-a-dia das atividades profissionais sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção, que considera a busca por integralidade, justiça sanitária e inclusão social pressupostos básicos para efetivação da cidadania.

A tese teve como referencial teórico conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família; da Bioética de Intervenção e do Processo de Trabalho. Esses referenciais compuseram a matriz analítica que norteou a discussão dos dados coletados e a definição das atividades e/ou situações escolhidas para serem analisadas neste artigo. Foram elas: as rotinas para o acesso dos cidadãos à assistência odontológica; os serviços de referência para atendimento especializado; o estabelecimento de vínculo com a população atendida e a participação popular e controle social da comunidade no serviço.

## **Bioética: um referencial para intervenção**

Com a homologação por aclamação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos(2), durante a 33ª Conferência Geral da UNESCO, em 19 de outubro de 2005 em

Paris, a agenda bioética internacional politizou-se definitivamente. Até ser construído um documento satisfatório, mais de dois anos de discussões se passaram, sendo que o encaminhamento dado ao tema sempre tendia a reduzir a Bioética a questões específicas relacionadas aos campos biomédico e biotecnológico.

Com o posicionamento contrário das nações latino-americanas, principalmente do Brasil, a luta pela inclusão de temas sociais acompanhou o processo de construção da Declaração e, finalmente, em outubro de 2005, quando foi homologada, ela continha - além dos temas habituais já contemplados inicialmente - questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento(3).

Esse posicionamento resgata o sentido que lhe foi atribuído pelo criador do neologismo “Bioética”, Van Rensselaer Potter, no lançamento de seu livro *Bioethics, bridge to the future*(4). Potter imaginava a Bioética com a visão de “ponte”, de uma ética que se relacionava com os fenômenos da vida humana no seu mais amplo sentido, incorporando não somente as questões biomédicas, mas também as sociais e ambientais ligadas à sustentabilidade do planeta.

Essa luta pelo retorno à proposta original da disciplina vem acontecendo desde o início dos anos 90, quando começaram a surgir as primeiras críticas ao princípalismo e à pretensão de universalidade dos seus princípios(5). As críticas foram motivadas principalmente pela sua falta de utilidade para analisar conflitos que exigissem flexibilidade e adequação cultural, e enfrentamento de macroproblemas bioéticos persistentes ou cotidianos enfrentados por grande parte das populações de países como o Brasil, marcados pela exclusão social(6).

Assim, o 4º Congresso Mundial de Bioética em Tóquio, Japão, em 1998, e o 6º Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília em 2002, começam a expandir o campo de estudo e atuação da Bioética incluindo em sua pauta temas como: direitos humanos e cidadania; priorização na alocação de recursos sanitários escassos; preservação da

biodiversidade; finitude dos recursos naturais do planeta; equilíbrio do ecossistema; alimentos transgênicos, racismo e outras formas de discriminação, entre outros.

Os encontros deixaram claro que muitos não concordavam com a epistemologia da disciplina, que insistia em restringir-se a problemas e conflitos individuais em vez de propor soluções e intervir nas questões socioeconômicas e sanitárias coletivas, persistentes na maioria dos países periféricos(7,8).

Dessa forma, tornou-se evidente a necessidade de incorporar no campo de reflexão e atuação da Bioética temas sociopolíticos da atualidade, como: as iniquidades sociais e econômicas existentes no mundo; a análise das responsabilidades sanitárias; a interpretação mais precisa dos quadros epidemiológicos; a determinação das formas de intervenção a serem programadas; as questões ambientais; a formação de pessoal sanitário e a responsabilidade dos Estados frente aos cidadãos(3,7).

É nesse contexto que a Bioética de Intervenção se constrói, com base na realidade brasileira e latino-americana em todos os seus contrastes e necessidades(6). Esse ponto de vista incorpora as questões éticas impostas pelo desenvolvimento biotecnocientífico e a assimetria da relação profissional-paciente, mas também situações relacionadas às políticas de saúde e às desigualdades sociais. As reflexões feitas sob essa perspectiva criticam a incorporação vertical de conteúdos éticos de países desenvolvidos, buscando contextualizar argumentações a temas locais.

É na forma complexa de analisar a realidade de países iníquos – tendo como suporte o caráter social e político – que a Bioética de Intervenção discute justiça sanitária, inclusão social e cidadania.

A bioética social, para ser efetiva, além de muita disposição, persistência e preparo acadêmico, exige uma espécie de militância programática e coerência histórica por parte do pesquisador. De minha parte, é o que venho tentando fazer há alguns anos com a linha de pesquisa que denominei inicialmente Bioética Dura (hard bioethics) e posteriormente Bioética de Intervenção. Neste sentido, após a consagração da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos em 2005, com o considerável avanço logrado no campo social, pretendo passar a incorporar a Bioética da Intervenção definitivamente

à Bioética Social, uma vez que já terá sido alcançado um dos principais motivos de sua criação, ou seja, a necessária visibilidade política ao tema(6,9).

O referencial mínimo da Bioética de Intervenção é o conceito de corporeidade que defende a idéia de que o corpo é a materialização da pessoa e sem ele a vida social não se concretiza, tornando-o um marco de intervenção ética indispensável para garantir o necessário à vida de indivíduos e populações. Os referenciais norteadores são estruturados com base na matriz dos direitos humanos contemporâneos, que a partir do reconhecimento do direito coletivo à igualdade e do direito dos indivíduos e grupos à equidade, incorpora o discurso da cidadania expandida pelo qual os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado(6).

Essa nova proposta trará consequências positivas e concretas no sentido de ampliar as discussões éticas em saúde e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis. Dessa forma, criará condições para que as sociedades humanas alcancem uma qualidade de vida mais justa, e, em âmbito maior, legitimará a ação efetiva de intervenção da Bioética, para conformar a realidade por parâmetros de equidade, justiça e inclusão social(6).

## **Metodologia**

Este é um estudo de caso com abordagem qualitativa que coletou dados em 2 etapas: aplicação de um questionário em uma amostra representativa dos cirurgiões-dentistas (CDs) da rede assistencial do município e entrevistas semiestruturadas com alguns profissionais selecionados a partir dessa amostra e divididos entre as 5 regionais de saúde de Florianópolis/SC (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente).

Considerando as respostas dos questionários, foram selecionados 5 CDs por regional de saúde para serem entrevistados, totalizando 25 profissionais. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em 4 pontos principais: **a)** tempo de formatura **b)** formação pós-

graduação; **c)** tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis e **d)** tipo de vínculo empregatício. Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas.

A segunda etapa da coleta de dados compreendeu as entrevistas semiestruturadas que foram norteadas por instrumento próprio composto por 14 questões abertas relacionadas à matriz analítica da tese. Desta etapa participaram 17 cirurgiões-dentistas obedecendo ao critério de saturação da amostra.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final da amostra do estudo(1). Essa interrupção se baseia no fato de que, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Neste trabalho, as primeiras 7 entrevistas indicaram um evidente acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer a partir da 11ª entrevista. Decidiu-se fazer mais 6 entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas 4 entrevistas por regional, com exceção da regional Centro, que participou com apenas uma, devido à recusa dos profissionais contatados. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2008 e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSC, que o aprovou em dezembro de 2007. Foi solicitado consentimento de todos os entrevistados para o preenchimento do questionário e para a realização e registro das entrevistas através de gravação em fitas de áudio, utilizando nome de cores como codinomes para preservar-lhes a identidade.

Para auxiliar na análise de conteúdo das entrevistas, utilizou-se o programa de

computador de análise de dados qualitativos ATLAS-TI. As entrevistas foram colocadas no programa e através dele foi feita a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise.

### **A busca pela integralidade, justiça sanitária e inclusão social na assistência odontológica**

As grandes desigualdades e iniquidades de acesso a tudo que caracterize qualidade de vida, aqui incluída a assistência odontológica, tornam o tema da justiça sanitária foco de discussão quando se pretende aplicar a ética para garantir a dignidade e os direitos humanos.

Cumprir destacar a importância do Sistema Único de Saúde como o sistema público de saúde mais abrangente do mundo em número de usuários potenciais, pois atinge mais de 180 milhões de pessoas ao assumir a saúde como direito, representando um grande efeito distributivo e de inclusão social(10).

O mesmo se pode dizer da Estratégia de Saúde da Família, eixo organizador da Atenção Básica na saúde pública do país, uma vez que seus pressupostos e diretrizes buscam efetivar a cidadania, identificando-se com o referencial da Bioética de Intervenção(11).

Essas constatações motivaram a análise de algumas atividades e/ou situações do cotidiano da assistência prestada pelos cirurgiões-dentistas nas Equipes de Saúde Bucal do município de Florianópolis/SC, com o objetivo de averiguar se estavam/estão comprometidas em garantir uma assistência justa, integral e que configure um espaço de inclusão social para os cidadãos.

Analisou-se, primeiramente, o acesso ao atendimento odontológico. O que se identifica no relato dos entrevistados é uma grande variedade de rotinas adotadas adaptando-se às necessidades de cada comunidade e priorizando o acesso de determinados grupos:

Em média a cada quinze dias eu ofereço vinte vagas, os pacientes vêm na hora em que o posto abre e por ordem de chegada vou distribuindo-os na agenda, e só os ligo depois que termino seus tratamentos. Tem agenda aberta: gestantes, idosos acima de sessenta anos e crianças até dez anos. É só chegar aqui com o cartãozinho que eu dou um jeito e enfito na agenda. (Carmesin)

Idosos acima de sessenta anos têm vaga, gestantes, crianças, o programa Capital Criança. Daí, com o tempo, fui sentindo a necessidade e mudei algumas coisas, tentei implementar outras, mudei um pouco o número de vagas pra idosos e gestantes, enfim, fui trabalhando conforme a demanda. (Coral)

As diretrizes da política nacional de saúde bucal prevêm a ampliação e a qualificação da atenção básica a partir de diversas ações, incluindo a ampliação do acesso ao serviço através da inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado e por condição de vida(11). O objetivo nada mais é do que buscar a equidade em saúde ao permitir a cada cidadão possibilidades de acesso à assistência, seja pela responsabilidade social, seja pelas políticas de saúde(12).

Ao determinar o acesso prioritário a bebês, escolares até 10 anos, gestantes e idosos, a assistência odontológica do município respeita essa diretriz e a proposta da Organização Mundial da Saúde(13), segundo a qual, as políticas e os sistemas públicos de saúde devem tentar alcançar a equidade considerando as diferenças nas condições sociais e sanitárias das pessoas, desenvolvendo ações direcionadas a eliminar, ou ao menos reduzir ao mínimo possível, as diferenças iníquas que existem entre os grupos humanos de diferentes níveis sociais(10).

No entanto, chama a atenção que a preocupação em priorizar o acesso aos grupos vulneráveis, que é plenamente justificável, acabe por tornar difícil o acesso ao atendimento odontológico para os adultos “normais” – como diz um dos entrevistados - que seriam homens e mulheres não-gestantes em idade adulta e os adolescentes. E essa população, por não receber atendimento prioritário, acaba também se tornando vulnerável:

A agenda é assim: abre uma vez por semana, quem vier marca pra semana seguinte e pra outra até acabarem os pacientes que estão ali pra marcar. A agenda vai pra um, dois meses. Eu dou alguns retornos: pra idosos, gestantes, crianças até doze anos. Adultos eu não posso fazer isso porque senão, vou atender um grupo fechado de pessoas, vou ficar muito tempo com essa pessoa e não vou abrir oportunidade pros outros, então eu explico isso pras pessoas e elas acham que não está certo. Não está certo, mas é a coisa de trabalhar mais com as crianças, as gestantes, os grupos prioritários, então a gente faz assim. (Grená)

Os adultos, em especial os trabalhadores, tem dificuldades no acesso às unidades de saúde nos horários convencionais desses serviços. Essas situações conduzem ao agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das conseqüentes perdas dentárias.

O ideal seria criar, como preconizam as diretrizes da política nacional de saúde bucal, uma via de acesso prioritário para os trabalhadores em horários de atendimento compatíveis com sua jornada de trabalho, principalmente porque o relato da maioria dos entrevistados sugere a mesma realidade: um acesso complicado e sem prioridade para esses cidadãos.

Além da rotina de acesso às consultas para tratamento, verificou-se unanimidade quanto aos atendimentos de emergência. Todos relatam rotinas bem estabelecidas para tais atendimentos e atenção especial às pessoas que chegam à unidade com dor:

As urgências a gente sempre atende, independente de quantas aparecerem: se aparecerem dez num dia a gente vai atender, vai dar um jeito, nem que seja pra dar uma explicação ou dar uma medicação. (Jambo)

Quem aparece a gente vai atendendo. Eu não posso limitar o atendimento de emergência. (Turquesa)

Essa particularidade da assistência odontológica caracteriza um respeito ao cidadão acometido por necessidades urgentes, além de cumprir um dos princípios norteadores das diretrizes da política nacional de saúde bucal: *prioridade absoluta de acesso deve ser dada em casos de dor, infecção e sofrimento*(11).

Fato interessante relatado por alguns entrevistados é o alto número de faltas às consultas. Segundo os profissionais, essas faltas acontecem por dois motivos principais, ambos relacionados à prática da “agenda aberta”. Para comunidades sem demanda reprimida, as faltas caracterizam, segundo os profissionais, certo descaso da população devido à facilidade com que podem marcar nova consulta; e para comunidades com demanda reprimida, o livre acesso proporcionado pela agenda aberta significa a marcação da consulta para semanas, às vezes meses, do dia da marcação, o que os leva, frequentemente, a esquecer



ou não mais precisar dela:

A marcação de consultas “é e era” com agenda aberta, porque por experiências anteriores, queríamos evitar fila. E eu digo que “era”, porque os pacientes faltavam devido justamente à facilidade de marcação: se faltava, “ah, vou lá e marco de novo”. Então optamos por mudar a estratégia. (Âmbar)

As agendas são abertas. As pessoas preferem assim. Mas quando vem o inverno, começa a ter muita falta, porque na agenda aberta a consulta fica marcada pra muito distante, a agenda aberta é pra quando tiver vaga, então, por exemplo, hoje (julho), se você é um usuário novo e quer marcar uma consulta ou já consultou e teve alta e quer marcar uma consulta nova, elas vão te oferecer vaga pra meados ou final de setembro. Tem muita falta, eu não sei se porque a consulta é muito distante e a pessoa esquece, ou se ao chegar lá ela já não está mais com aquela necessidade. (Alizarim)

Além do acesso à assistência, um nó crítico histórico da profissão é a integralidade do tratamento odontológico, que se torna ainda mais complexa no âmbito do serviço público, onde o alcance da atenção integral depende inteiramente de um serviço de referência eficaz, e isto parece ainda algo a ser atingido.

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase unicamente aos serviços básicos e ainda com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal em quase todos os sistemas locais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços(11).

Desde 2004, com o início da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde tem contribuído com a implantação e/ou melhoria de Centros de

Especialidades Odontológicas (CEOs). Os CEOs são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, sempre integrados ao processo de planejamento local-regional, que devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Nesses procedimentos incluem-se, dentre outros: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontia, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

Quando perguntados sobre como era a experiência deles com o serviço de referência do município, muitos entrevistados relataram que o local para onde encaminham seus pacientes é a clínica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC):

A gente manda um papel, um encaminhamento para a UFSC através do próprio paciente para ser agendado. É claro que a UFSC, como é um serviço de ensino, tem épocas que tem vaga e épocas que não tem, então a gente convive com esta realidade também. (Lavanda)

Sobre os CEOs do município as percepções foram variadas. Alguns dão crédito à iniciativa da implantação do CEO e acreditam que, apesar dos problemas, é possível melhorar:

A gente está caminhando, a passos lentos, mas está caminhando. Já é um início. Tem algumas falhas no sistema de marcação, mas eu analiso assim: não tínhamos nada e agora a gente já tem. Sempre que vais iniciar um serviço não vai estar tudo uma maravilha, tem os pequenos reparos, os ajustes. Então hoje pelo menos, apesar de ainda ter uma demanda reprimida, tu tens uma resposta pra dar para os usuários. (Âmbar)

Outros reclamam que não conseguem acesso para os usuários encaminhados aos serviços oferecidos, apontando como um dos maiores problemas a dificuldade para marcar consulta nos CEOs. Isso faz com que cada profissional dê o seu “jeitinho” e acabe encaminhando pacientes para cursos/profissionais com os quais mantém algum relacionamento pessoal:

Na verdade comigo tem acontecido assim: eu consigo encaminhar paciente - eu digo que é encaminhamento clandestino - pro centro de estudos endodônticos, mais de trinta pacientes a gente já encaminhou pra eles. Na UFSC a gente não tem contato, já no centro de estudos endodônticos, a gente conseguiu uma parceria muito boa. Só que a gente fica dando esse jeitinho brasileiro, e eu acho que então eu não sou brasileira, porque pra mim tinha que formalizar. (Rútilo)

A falta de um procedimento oficial a ser seguido por todos os profissionais, ou pelo menos rotinas de encaminhamento mais bem esclarecidas, torna os cidadãos vulneráveis, uma vez que torna o atendimento especializado uma questão de sorte: sorte de ter na sua unidade de saúde um profissional bem relacionado, que se sensibilize e que conheça meios “clandestinos” para conseguir o atendimento necessário.

Por conta desse momento de construção do serviço de referência e contrarreferência, o vínculo com a população preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal fica prejudicado. Ele se configura num dos princípios norteadores das ações do cuidado em saúde bucal. Portanto, a expressão *criar vínculo* com a população atendida significa que as UBSs se responsabilizam pela solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. *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*(11). Alguns entrevistados mostraram sua percepção sobre o assunto:

Eu acho que criar vínculo é quando a gente começa a se responsabilizar pela pessoa e pela comunidade em questões de saúde e você é a referência. Isso só acontece quando a gente começa a perceber que tem condições de responder a essa necessidade. Agora, quando a gente não consegue fazer este cuidado a gente não se vincula. (Rútilo)

Ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, a consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos

recursos existentes para sua promoção e recuperação. Assim, *o estímulo à construção de uma consciência sanitária em que a integralidade seja percebida como direito a ser conquistado permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal*(11). Alguns entrevistados percebem que há a necessidade de maior participação e responsabilidade por parte da comunidade:

Eu acho que pra estabelecer vínculo tu tens que te responsabilizar pelo teu paciente, junto com ele, não só a gente assumir toda a responsabilidade.  
(Jambo)

Essa ideia traz para discussão outro conceito que sustenta a proposta da Bioética Social, que é o “empoderamento”, tradução direta do inglês empowerment. A palavra ficou mais conhecida a partir da obra de Amartya Sen que utiliza com frequência em suas obras a idéia de liberdade para discutir empoderamento. Segundo ele, a liberdade pode ser vista como intrinsecamente importante para uma boa estrutura social. Uma boa sociedade também é, nessa concepção, uma sociedade de liberdade(14).

Assim, a ideia de empoderamento dos sujeitos individuais que estejam vulnerabilizados em decorrência do processo histórico e da característica cultural das sociedades em que estão inseridos, permeia todo o social, atuando como um elemento capaz de potencializar a atuação desse segmento da sociedade privado de poder de decisão, promovendo sua inclusão(6).

Juntamente com o empoderamento, o conceito de libertação também corrobora a proposta de intervenção da Bioética Social quando considera que os sujeitos sociais são eminentemente atores políticos cuja ação pode tanto manter como transformar a realidade(6).

A utilização dessas duas categorias faz com que a reflexão baseada na Bioética Social aponte na direção da luta política para garantir a liberdade. Adotar tal postura leva à luta dos cidadãos pela sua inclusão social, seja na área da saúde ou em outras, partindo do pressuposto que existem forças que oprimem e que ações concretas devem ser tomadas em oposição a

elas(6).

A inclusão social corresponde à ação cotidiana de pessoas concretas e precisa ser tomada na dimensão política, com os sujeitos sociais articulando sua ação em um processo dinâmico que necessita ser construído e levado à prática buscando a verdadeira justiça social em saúde<sup>6</sup>. O estímulo dos profissionais à participação popular e ao controle social nas atividades realizadas pelas Equipes de Saúde da Família é exemplo da construção da cidadania quando estimula a população a participar ativamente das decisões que a influenciam.

As políticas públicas de saúde equânimes não devem, portanto, ater-se exclusivamente a considerações de ordem econômica, mas buscar o bem-estar das pessoas, respeitando suas diferenças e dando-lhes oportunidade de se manifestar e participar das decisões(15,16,17).

Quando perguntados sobre se havia estímulo à população por parte da equipe de saúde para que participasse das discussões relativas às decisões na área da saúde através dos conselhos locais de saúde, as realidades relatadas foram semelhantes: comunidades sem conselhos de saúde e desmotivadas a participar desse recurso de luta política, mesmo com estímulo da equipe de saúde:

Não, o conselho local aqui não saiu do papel por falta de iniciativa do usuário e da comunidade. (Púrpura)

A nossa comunidade tem esse perfil, eles reclamam, mas eles não lutam. (Escarlate)

Não conseguimos. Nós já tentamos conversa de um a um, telefonando, botando cartaz, através da associação dos moradores, várias formas de divulgação e nunca deu certo. O conselho então se resume a três ou quatro pessoas do posto, as agentes comunitárias e tem um senhor e mais uma pessoa que participa. É como se fosse uma reunião do posto. (Grená)

Também houve relatos de mobilização da comunidade de forma desorganizada e agressiva contra a equipe de saúde - desestimulado o profissional a participar do processo de controle social - e o risco de se assumir como coletivo, interesses pessoais, devido a insuficiente participação da comunidade nos poucos conselhos estabelecidos:

Nós estamos enfrentando a comunidade vindo aqui com imprensa várias vezes por semana, bater boca, gritar e fazer barraco. Gostaria que eles estivessem mobilizados mesmo, mas eles se mobilizaram em função de uma desorganização, de uma manifestação agressiva diante da equipe. Não consigo encontrar estímulo dentro de mim pra estar formando um conselho local de saúde aqui, por quê? O conselho local existe pra envolver os profissionais, a comunidade, os representantes, e os líderes da comunidade. Mas o diálogo da equipe com a comunidade não existe, tentei uma vez, ouvi palavrões e não tentei mais. (Índigo)

É muito desgaste, ali as pessoas estão com seus interesses pessoais e corre-se o risco de a gente estar viabilizando de uma forma formal o que não é o interesse da coletividade. Existe esse perigo. (Rútilo)

As questões que emergem desses relatos dizem respeito tanto à população quanto aos profissionais de saúde: estarão eles preparados para lutar ou estimular a luta por direitos individuais e coletivos? Será que se sentem na condição de sujeitos emancipados e livres para fazer suas escolhas frente aos meios de alcançar a sobrevivência em sociedade?

A realidade relatada pelos entrevistados sugere que a luta por empoderamento, libertação e emancipação dos cidadãos de grande parte das comunidades do município ainda está para ser feita, devendo haver a organização tanto dos profissionais de saúde quanto dessas populações para promover sua inclusão social, participando das decisões relativas a sua saúde. O relato de alguns entrevistados mostra o caminho:

Nós somos formiguinhas tentando mudar uma realidade que é muito cruel. Tentamos ir melhorando alguma coisa onde é possível melhorar, desenvolvendo a autonomia das pessoas também, porque isso é importante. O que a gente quer é que essas pessoas reconheçam seus direitos e que possam a partir daí participar de um conselho local, para reivindicar aquilo que precisa pra comunidade e que a pessoa passe a olhar também um pouquinho mais para o coletivo e não apenas o eu. (Lavanda)

Ao virem nessas reuniões, eles estariam participando de discussões de assuntos ligados à comunidade: falta de profissionais em geral, demora de exames, de marcação, de estacionamento, roubo, lixo, cachorros nas ruas, ponto de ônibus, tudo. Os usuários não têm noção do que é um conselho local de saúde, que é a voz da comunidade, a participação organizada da comunidade. E uma comunidade organizada consegue muita coisa. (Âmbar)

Acredita-se que ao se comprometer com o incentivo da construção da cidadania sanitária, a Estratégia de Saúde da Família foge de algo que sempre vai ameaçá-la: o risco de se tornar uma política paternalista. Um dos entrevistados expressa a sua preocupação com

esse risco, que para ele já é realidade na sua comunidade:

Outra coisa que está me incomodando muito é que o saúde da família está se tornando um programa extremamente paternalista, estou com medo porque estou vendo que estou desenvolvendo uma atividade extremamente paternalista: estamos usando os direitos, direitos e direitos. Que bom. Eu sou usuário do SUS, eu não tenho Unimed, quando preciso, procuro médicos do SUS. Dependo do SUS? Dependo. Quero direitos? Quero. Quero ser atendido? Quero. Mas aí a população precisa ser trabalhada porque na verdade ela tem deveres também. A população tem direito de exigir, mas ela esquece que ela tem deveres, e na verdade os deveres dela partem até de estar ao nosso lado, estar conosco. (Índigo)

Acredita-se que a busca pela justiça sanitária através das ações da Estratégia de Saúde da Família deva ter seus alicerces no respeito à autonomia dos cidadãos e na legitimação de suas individualidades. Isso fica claro quando se aceita que o verdadeiro fundamento ético do princípio da justiça é permitir e ajudar cada um dos seres humanos a ser verdadeiramente autônomo e por meio de suas decisões livres melhorar a si mesmo e multiplicar a riqueza moral e material da sociedade(18).

### **Considerações finais**

Acredita-se que a ideia que permeia os conceitos que estão na essência da Bioética de Intervenção é que saúde é sinônimo de cidadania. Uma pessoa saudável, escolarizada, inserida no seu contexto social, tem maiores possibilidades de, por exemplo, disputar um lugar digno no mercado de trabalho e assim melhorar a sua sobrevivência e de sua família. A saúde humana, portanto, é um instrumento concreto de cidadania quando contribui para que as pessoas tornem-se, física e mentalmente, mais aptas na luta por um destino melhor(19).

Sendo, portanto, um conceito do âmbito da justiça social que inclui a liberdade e os direitos individuais e coletivos, a cidadania não será jamais alcançada ou conquistada exclusivamente com medidas técnicas ou programáticas(20).

Resgatando a reflexão sobre a Odontologia, constata-se que enquanto profissão ela tem caracterizado sua prática por um exercício que promove mais iniquidade do que inclusão

social. No entanto, ela poderia transformar-se em instrumento de cidadania se fosse acessível a todos que dela precisassem. Mas, melhores condições de saúde bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas técnicas isoladas, mas no bojo dos avanços políticos que a sociedade conquistar(20). Dessa forma, fica clara a importância das políticas públicas de saúde para a construção de uma democracia participativa que busca formas sociais mais justas e inclusivas(20).

A Estratégia de Saúde da Família – com a inserção da saúde bucal – é um sinal concreto de politização e avanço na agenda sanitária brasileira rumo à busca da universalidade, da equidade e do respeito aos direitos humanos. A assistência odontológica na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC é ainda um processo em construção, iniciado há menos de 5 anos. Percebe-se que grande parte dos profissionais inseridos nas Equipes de Saúde Bucal demonstra preocupações, que se traduzem nas suas ações e iniciativas, com a inclusão dos cidadãos de suas comunidades na atenção à saúde bucal do município. Exemplo disso são as rotinas de acesso à assistência, adequadas às linhas de cuidado, mas que, no entanto, ainda se mostram ineficientes quanto à universalidade.

Além disso, o serviço de referência do município para atenção odontológica especializada apresenta falhas e precisa ser mais bem organizado para cumprir o seu propósito: prover assistência odontológica integral aos cidadãos de forma ágil e universal. Essas falhas fazem com que o vínculo com a comunidade nem sempre seja estabelecido, pois o serviço não consegue responder a todas as necessidades apresentadas, embora exista a preocupação dos profissionais em alcançá-lo.

Por fim, talvez a maior expressão da consciência sanitária de uma população, que é a participação popular e o controle social efetivo das ações de saúde, ainda não acontece concretamente nas comunidades pesquisadas. Para que avanços políticos se configurem é indispensável o engajamento dos profissionais de saúde e da população às propostas



transformadoras que beneficiem o coletivo, através de uma consciente participação popular(19).

Destaca-se, portanto, a importância do incentivo à população, por parte dos profissionais e equipes, para estabelecer e manter os conselhos locais de saúde. A participação deles nesses espaços de luta política ajudará a construir a consciência sanitária e a cidadania ao transformar a luta pela conquista cotidiana da saúde em luta pela afirmação do cidadão e dos seus direitos(19,21). A ética deve deixar de ser vista como uma abstrata questão filosófica e passar a constar da lista das nossas mais caras exigências políticas, fazendo parte desse contexto uma nova ética da responsabilidade no setor da saúde bucal(19).

### **Referências bibliográficas**

1. Fontanella BJB, Ricas J, Turato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008;24(1):17-27.
2. Unesco. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 19 de outubro de 2005. (Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: [www.sbbioetica.org.br](http://www.sbbioetica.org.br) [acesso em fevereiro de 2009]
3. Garrafa V. O novo conceito de Bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, orgs. *Bases Conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006. p.9-16.
4. Potter VR. *Bioethics, bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
5. Beauchamp TL, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
6. Garrafa V, Pyrrho M. Bases Epistemológicas e Políticas da Bioética da Intervenção. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ. *Saúde Bucal das Famílias – trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.298-308.
7. Garrafa V, Porto D. Bioética, Poder e Injustiça: Por uma Ética da Intervenção. In: Garrafa V, Pessini L, orgs. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003. p.35-44.
8. Garrafa V, Kottow M, Saada A. *Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; 2006, 284p.
9. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da Bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005; 1(2):122-132.
10. Fortes P, Zoboli E. Os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. *O Mundo da Saúde*, 2005;29(1):20-25.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004.
12. Berlinguer G. Equidade, Qualidade e Bem-Estar Futuro. In: Garrafa V, Costa SIF, orgs. A Bioética no Século XXI. Brasília:Universidade de Brasília; 2000. p.41-48.
13. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, 2000.
14. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Publica, 2002; 11(5):24-34.
15. Freire P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2001.
16. Fortes P. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: Palacios M.; Pegoraro O. (Orgs). Ética, Ciência e Saúde: desafios da Bioética. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.p.139-149.
17. Fortes P. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes P, Zoboli E, orgs. Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p.35-48.
18. Garrafa V. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes P, Zoboli E, eds. Bioética e Saúde Pública. São Paulo: Loyola; 2003. p.49-62.
19. Garrafa V. Saúde Bucal e Cidadania. Saúde em Debate, 1993; 41:50-57.
20. Durán MLU. Cidadania, Complexidade e Participação. In: Garrafa V, Pessini L, orgs. Bioética: Poder e Injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p.95-102.
21. Narvai PC. Saúde Bucal e Cidadania. I Conferência Estadual de Saúde de São Paulo. São Paulo, 1991. (mimeo)

ARTIGO 4 - O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: POTENCIAIS E LIMITES NA LUTA POR UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA

Artigo a ser submetido à revista **INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação**, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo 5).

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência<sup>1</sup>**

**LA LABOR DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: Potencialidades y límites en la lucha por un nuevo modelo de atención**

**THE WORK OF THE DENTIST IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: Potentials and Limits in the struggle for a new model of assistance**

*Evelise Ribeiro Gonçalves*

Cirurgiã-Dentista - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para Correspondência:**

Rua: Percy João de Borba, 142 – Trindade

88036-200 – Trindade – Florianópolis/SC

Fone: (48) 3233-0786/9121-1812

[eveliserg72@hotmail.com](mailto:eveliserg72@hotmail.com)

*Flávia Regina Souza Ramos*

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

[flaviar@ccs.ufsc.br](mailto:flaviar@ccs.ufsc.br)

---

<sup>1</sup> Pesquisa resultado de Tese de Doutorado, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – Processo número 351/07. O trabalho não apresenta nenhum conflito de interesse.

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência**

**LA LABOR DEL CIRUJANO DENTISTA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: Potencialidades y límites en la lucha por un nuevo modelo de atención**

**THE WORK OF THE DENTIST IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: Potentials and Limits in the struggle for a new model of assistance**

**Resumo:** Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC, que analisa o cotidiano de suas atividades com base na sua percepção. Discute-se como as atividades estão potencializando e/ou limitando a concretização da proposta da Estratégia em suas diretrizes e pressupostos. Foram entrevistados um representante da gestão municipal e 17 cirurgiões-dentistas, divididos nas 5 regionais de saúde. Os potenciais e limites apontados pelos entrevistados foram agrupados em 3 categorias: o olhar sobre o profissional e seu papel social; o olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde; o olhar sobre a gestão da política no espaço do município. Conclui-se que identificar os potenciais e limites permitiu vislumbrar caminhos para concretizar o novo modelo e superar dificuldades na busca pela construção da consciência sanitária de trabalhadores, gestores e usuários.

**Palavras-chave:** Assistência Odontológica; Programa de Saúde da Família, Cidadania

**Resumen:** El presente artículo forma parte de la tesis de doctorado sobre la labor del cirujano dentista en la Estrategia de Salud Familiar en Florianópolis/SC, donde se examinan sus actividades en la vida cotidiana a partir de su percepción. Se discute cómo sus actividades potencian y/o limitan la aplicación de la propuesta de la Estrategia en sus directrices e hipótesis. Para el estudio fueron entrevistados: un representante de la administración municipal y 17 cirujanos dentistas, divididos en las 5 regiones de salud. Las potencialidades y limitaciones señaladas por los entrevistados fueron agrupadas en 3 categorías: la mirada sobre su función profesional y social; la mirada sobre su trabajo en el ámbito de la unidad de salud; la mirada sobre la gestión política en el ámbito municipal. Se concluye que identificar las potencialidades y limitaciones permitió vislumbrar caminos para la aplicación del nuevo modelo y la superación de dificultades en la búsqueda por la concienciación sanitaria de los trabajadores, administradores y usuarios.

**Palabras clave:** Atención Odontológica; Programa de Salud Familiar, Ciudadanía.

**Abstract:** This article is part of a doctorate thesis about the dentist work in the family health strategy at Florianópolis/SC, Brazil, which analyses the activities of the public dentists from their point of view. It is discussed how the daily routines are potentials and/or limits to the accomplishment of the strategy. A member of the administrative staff and 17 public dentists, divided among the 5 health areas, were interviewed. The potentials and limits pointed out were joined in 3 categories: the look to the

professional and its social role; the look to the work in the health unit and the look over the politics administration in the city. To know those potentials and limits bring us possibilities to make the new model come true and to discuss and endure the difficulties in the search for the health conscience of workers, managers and users.

**Key Words:** Dental Care; Family Health Program, Citizenship.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis/SC, discutido com base na percepção desse trabalhador e sob o olhar do referencial da Bioética de Intervenção.

Nos dados coletados para a tese foram identificadas 4 categorias de análise; o presente artigo traz os resultados referentes à categoria 4: *Potenciais e Limites do trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: LUTANDO POR UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA.*

O objetivo é discutir e analisar como o cotidiano das atividades dos profissionais nas unidades de saúde está potencializando e/ou limitando a concretização da proposta da Estratégia de Saúde da Família nas suas diretrizes e pressupostos.

O referencial teórico da tese contempla conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, da Bioética de Intervenção e do Processo de Trabalho. Esses referenciais estruturam a matriz analítica que norteou a discussão dos dados coletados e compõem o artigo.

## UM NOVO MODELO – UM NOVO PROCESSO DE TRABALHO

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, através da Lei Orgânica 8080, iniciava-se no Brasil um processo de reestruturação dos serviços. A saúde passa a ser vista não só como ausência de doenças, mas também em sua determinação social (Brasil, 1990). Segundo essa lógica, os serviços de saúde se organizam por meio de ações inseridas numa rede regionalizada e hierarquizada que prioriza a participação da comunidade e atividades preventivas sem prejuízo aos serviços assistenciais (Brasil, 2006). A implementação do SUS é um processo em permanente construção que traz na sua proposta um desafio constante para gestores e profissionais da saúde ao considerar saúde um direito social e dever do Estado (Lacerda e Traebert, 2006).

A atenção básica é o primeiro nível deste sistema e considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas públicos de saúde (Brasil, 2006).

A atenção básica tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para a reorganização do modelo assistencial de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, entendendo-se por modelo assistencial:

Um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político, com uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco tecnologia (Campos, 1997, p.78).

Acredita-se que a ESF tem potencialidades como estratégia de mudança do modelo assistencial, podendo ser definida como *um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso pelas melhorias das condições de vida da população traduzidas em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados* (Levcovitz e Garrido, 1996).

Em 17 de março de 2004 o Governo Federal lança o BRASIL SORRIDENTE, Política Nacional de Saúde Bucal, com o intuito que ela se consolide verdadeiramente como a política do governo brasileiro para essa área, combatendo

a exclusão social, edificando-se na universalização do acesso, na integralidade da assistência e no controle social (Brasil, 2004; Pucca-Jr, 2006; Narvai, 2008). Ela vem resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Através dos seus pressupostos, a política nacional de saúde bucal vem reforçar a ESF como importante estratégia de reorganização da atenção básica que traz no seu âmago um grande desafio que diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de inseri-la em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam, trazendo o desafio de trabalhar em equipe (Brasil, 2004).

Ao longo do tempo, a organização e as relações de trabalho vêm sofrendo modificações, mas continuam marcadas pela divisão do trabalho, ou seja, pelo parcelamento das racionalidades assistenciais e pela especialização e fragmentação profissional mantendo uma rotina de execução de tarefas e cada grupo profissional fica responsável por parte da assistência (Pires, 1999; Tavares, 2006; Scherer, 2006).

A Estratégia Saúde da Família tensiona causar um impacto sanitário através da reorientação das tecnologias e do processo de trabalho vigente até então. Enquanto modelo tecnoassistencial, aponta em direção ao respeito e ao comprometimento ético quando propõe a articulação da atuação de trabalhadores com diferentes formações técnicas com o objetivo de atender à saúde e às necessidades dos cidadãos de forma integral (Scherer, 2006). E enquanto instrumento de luta política, batalha pela inclusão, emancipação e autonomização das pessoas, buscando construir a consciência sanitária e efetivar a cidadania (Garrafa e Pyhrro, 2008).

No caso da atenção à saúde bucal dentro da ESF *vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de produzir o cuidado em saúde bucal* (Brasil, 2004).

Esses novos fazeres e práticas materializam-se em tecnologias de trabalho



usadas para produzir saúde. Essas tecnologias devem ser entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo, podendo ser: máquinas e instrumentos, recursos teóricos e produção de relações que envolvem a subjetividade. As tecnologias de trabalho têm relevância na configuração do modelo de assistência porque ajustam, no cotidiano, o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo a capacidade de absorver demanda e de efetivamente resolver os problemas de saúde (Franco e Merhy, 2003).

A inserção da Odontologia na ESF em Florianópolis/SC aconteceu apenas no segundo semestre de 2004, sendo, portanto, um processo ainda em construção. Aproveitando esse momento, buscou-se saber como as tecnologias do trabalho dos CDs da rede estavam potencializando e/ou limitando a concretização do processo de trabalho no novo modelo de assistência à saúde.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo de caso com abordagem qualitativa que coletou dados em 2 etapas: aplicação de um questionário em uma amostra representativa dos cirurgiões-dentistas (CDs) da rede assistencial do município e entrevistas semiestruturadas com alguns profissionais selecionados dessa amostra e divididos entre as 5 regionais de saúde de Florianópolis/SC (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente).

Considerando as respostas dos questionários, foram selecionados 5 CDs por regional de saúde para serem entrevistados, totalizando 25 profissionais. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em 4 pontos principais: **a)** tempo de formatura **b)** formação pós-graduação; **c)** tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis e **d)** tipo de vínculo empregatício. Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas.

A segunda etapa da coleta de dados compreendeu as entrevistas semiestruturadas que foram norteadas por instrumento próprio composto por 14 questões abertas relacionadas à matriz analítica da tese. Participaram dessa etapa 17 cirurgiões-dentistas obedecendo ao critério de saturação da amostra.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final

da amostra do estudo (Fontanella, 2008). Essa interrupção se baseia no fato de que, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a repetir-se, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Neste trabalho, as primeiras 7 entrevistas indicaram um evidente acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer na 11ª entrevista. Decidiu-se fazer mais 6 entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas 4 entrevistas por regional, com exceção da regional Centro, que participou com apenas uma, devido à recusa dos profissionais contatados. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2008 e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSC, que o aprovou em dezembro de 2007. Foi solicitado consentimento de todos os entrevistados para o preenchimento do questionário e para a realização e registro das entrevistas através de gravação em fitas de áudio, utilizando nome de cores como codinomes para preservar-lhes a identidade.

Para auxiliar na análise de conteúdo das entrevistas, utilizou-se o *software* para análise de dados qualitativos ATLAS-TI. As entrevistas foram colocadas no programa e através dele foi feita a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise.

## **POTENCIAIS E LIMITES DO TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS/SC**

Os potenciais e limites apontados pelos entrevistados foram agrupados em 3 categorias: o olhar sobre o profissional e seu papel social; o olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde; o olhar sobre a gestão da política no espaço do município

### **O olhar sobre o profissional e seu papel social**

Os dados dos questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas mostraram que a força de trabalho, na sua maioria, está formada no curso de graduação há mais de 10 anos; realizou cursos de pós-graduação, inclusive na área de saúde pública e/ou coletiva, e são funcionários efetivos da rede assistencial há mais de 10 anos.

Segundo alguns entrevistados, essa característica relacionada à realização

de cursos de pós-graduação na área de saúde pública evidencia a formação adequada e o comprometimento dos profissionais com a atuação na ESF, sendo, portanto, apontada como um potencial para a efetivação da Estratégia:

Eu acredito que um dos grandes potenciais é a minha formação, a minha pré-disposição de querer estar dentro da Saúde da Família. Trabalho na Saúde da Família, nos moldes que é de verdade, dá muito trabalho, é muito mais fácil fazer o “feijão com arroz”. A minha formação contribuiu pra eu estar buscando isso. (Índigo)

Os trabalhadores de saúde podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais, devendo-se construir uma nova ética entre eles, baseada no reconhecimento de que os serviços de saúde são um espaço público e que o trabalho ali desenvolvido pauta-se por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento dos direitos de cidadania em torno da assistência à saúde (Franco e Merhy, 2003).

A construção do novo modelo pressupõe a formação dessa nova subjetividade entre os trabalhadores. Alguns, por já estarem pré-dispostos a usar esses valores na prática profissional, sentem-se realizados profissionalmente e fazem da sua atuação um potencial, enquanto outros não se sentem preparados para os desafios, fazendo da frustração e da desilusão limites para seu trabalho:

Aqui o potencial humano é muito bom. São pessoas muito humanas, muito preocupadas em fazer um serviço bem feito e que a comunidade goste. (Lavanda)

Eu estou bem frustrada. Eu acho que eu não tenho o perfil. Eu acho que é uma Estratégia que funcionaria se fosse possível aplicá-la, eu acho muito utópico, não tem como. (Carmesim)

Além de profissionais frustrados e desiludidos, a rede pública do município ainda lidava, na época da coleta dos dados, com o problema da falta de profissionais ou da contratação temporária, o que gera outro problema para o bom funcionamento da ESF: a rotatividade.

O que está limitando a atenção em saúde bucal no momento é a falta de dentista. A gente poderia estar desenvolvendo muita coisa e não está. A rotatividade criada com a contratação temporária de profissionais (que só ficam 2 anos) também é ruim porque quando está criando o vínculo com a comunidade, eles saem. (Âmbar)

A falta de profissionais pode ser suprida pelos concursos públicos realizados em março e novembro de 2008. A prefeitura já havia contratado alguns profissionais

aprovados no concurso de março, faltando iniciar a contratação dos aprovados no concurso de novembro de 2008 (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2009).

No entanto, é pertinente comentar que a precarização do trabalho – expressa, entre outras formas, no contrato temporário de serviço – implica mudanças nas relações de trabalho e maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores, que acabam não se vinculando totalmente ao serviço, pois sua permanência é curta. “Este vínculo só se estabelece por meio do acompanhamento longitudinal das famílias, da relação de confiança conquistada através do tempo em que se atua na comunidade adscrita ao território de responsabilidade” (Assunção, 2003).

As relações de confiança também são construídas com base na presença do profissional da Odontologia nas equipes de saúde. Entretanto, ao colocar para a saúde bucal a proposta da sua inserção em uma equipe multiprofissional, a ESF afrontou valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que a antecederam (Brasil, 2004). O desafio de aceitar essa nova forma de trabalhar se coloca não só para a gestão, como também para o restante da equipe de saúde e para a comunidade.

Quando se pensa no trabalho do cirurgião-dentista, imagina-se o quê? Um profissional fechado dentro de seu consultório, realizando exclusivamente atividades clínicas. Essa é, inclusive, a imagem transmitida dentro das universidades pela maioria dos professores aos futuros profissionais, e, por consequência, essa é a imagem que povoa o imaginário das pessoas e que se consolidou como o papel social do cirurgião-dentista.

Assim, um profissional de saúde bucal que não esteja, exaustivamente, trabalhando na sua cadeira, atendendo pacientes, não estaria correspondendo ao que é esperado dele. A inserção dos profissionais nas atividades de grupo, nas visitas domiciliares e em tudo que remeta à saída do consultório – atividades essas previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF - ainda causa estranheza e desconfiança.

Esses sentimentos se manifestam tanto entre os integrantes das Equipes de Saúde da Família como na própria comunidade atendida, representando, muitas vezes, um limite para que o novo processo de trabalho se efetive:

Sem dúvida nenhuma a própria comunidade (é um limite). Eles não viram com bons olhos isso (a inserção do dentista na ESF). Tu tentas iniciar e as pessoas te limitam, a comunidade quer o atendimento curativo dentro do consultório, e pra grande maioria, o atendimento dentro do consultório é que é atendimento. Ir na casa não é

atendimento, ir na escola não é atendimento, pra eles isso não é trabalho de dentista. Dentista tem que estar dentro da sala tampando burquinho. (Carmesim)

Eu brinco sempre assim: o dentista tem que deixar de ser o ET da equipe, porque historicamente ele é o ET da equipe. Quem é mais “metido”, como eu, participa das reuniões e diz que não é só abrir e fechar buraco, que não, eu não vou ficar só no consultório. E a partir daí, eu comecei a ter um pouquinho mais de respeito dos profissionais. (Damasco)

### **O olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde**

Boa parte das atividades das equipes de saúde da família acontece dentro das unidades básicas de saúde, sendo importante que a estrutura física dê conta das demandas das atividades e possibilite atividades clínicas seguras e humanizadas.

Vários profissionais reclamaram das precárias condições de suas unidades, comprometendo inclusive a biossegurança do atendimento clínico:

Outro limite é o espaço físico da unidade. A construção de uma nova unidade já entrou no orçamento do município duas vezes e já saiu, porque como essa comunidade é pequena e não tem importância pra eles, eles fizeram outra coisa com o dinheiro. Local pra esterilização não tem, é tudo enjambado, as agentes de saúde vêm aqui trabalhar e não têm sala pra fazer reunião de grupo. (Grená)

Condições ruins para a esterilização de instrumentais, atividade básica relativa ao controle de infecções e contaminações cruzadas podem pôr em risco tanto a saúde de profissionais como a do próprio usuário do serviço.

As características da estrutura física das unidades trazem ainda outro limite para a atuação dos profissionais. Muitos consultórios odontológicos foram construídos para receber mais de uma cadeira odontológica, o que, conseqüentemente, faz com que, se forem utilizadas ao mesmo tempo, vários profissionais e pacientes convivam dentro de um mesmo ambiente. Essa realidade compromete o sigilo das informações trocadas no âmbito das relações profissionais:

A gente tem duas cadeiras e não utiliza porque não tem divisão, é difícil, porque como é que a gente vai conversar com o paciente? Não tem como fazer, ele nunca vai te dizer as coisas. (Marfim)

A confidencialidade das informações compartilhadas no ambiente da relação profissional-paciente deve ser respeitada como garantia dos direitos do paciente, além do respeito a um princípio ético que garante o sigilo das informações fornecidas aos profissionais de saúde (Fortes, 1998).

Além da estrutura física das unidades, os entrevistados também mencionaram os materiais de consumo e equipamentos (cadeiras odontológicas e fotopolimerizador, entre outros) que utilizam, mas dessa vez, como um potencial para seu trabalho.

Apesar disso, houve reclamações em relação à manutenção de equipamentos (equipos, móveis, ar-condicionado), pela dificuldade e demora em conseguir a assistência técnica, e por materiais que possibilitariam um melhor atendimento da população, como aparelhos eletrônicos para profilaxia.

Ressalta-se que a ESF demanda bons clínicos que precisam de boas condições de trabalho para suprir as necessidades dos cidadãos:

Temos problema de comunicação, de você ter que ligar uma, duas, três, quatro, cinco, seis vezes pro setor dos consertos e eles não darem retorno. Falta muito apoio. (Grená)

Em relação ao material de consumo a gente não tem tido problema. Alguma coisa de equipamento que se pede e não se consegue comprar, por exemplo, os ultrasons, para fazer limpeza de tártaro na atenção básica, para qualificar um pouco, ajudaria bastante e facilitaria o trabalho. (Damasco)

A unidade básica de saúde é o local onde praticamente todas as atividades/ações/relações de trabalho acontecem, não surpreendendo que ali ocorram conflitos que tanto potencializam como limitam a assistência à saúde.

Em todas as unidades um(a) coordenador(a) atua como gestor local, fazendo a ligação entre a Secretaria Municipal de Saúde, os trabalhadores e os usuários. Houve relatos variados sobre a relação dessa pessoa com os cirurgiões-dentistas. Alguns exaltaram a atuação de seus coordenadores como facilitadores de seu trabalho, enquanto outros destacaram que o trabalho da coordenação determina o desenvolvimento (ou não) da ESF:

A nossa coordenadora conseguiu grandes coisas pra gente. Ela conseguiu melhorias pro posto de saúde, ela é uma pessoa que procura trazer a equipe junto, procura conversar, ela ouve os funcionários. Eu acho que isso é muito importante porque você tem que se sentir apoiado. (Lavanda)

Se a coordenação local não for capacitada pra desenvolver a Estratégia de Saúde da Família, só se vai tocar programa vertical que vem do ministério. A equipe sozinha não anda, o motor da equipe é o coordenador, não é o médico, não é o dentista, é o coordenador da unidade. (Rubro)

Assim como o trabalho da coordenação, o planejamento local também foi citado como ponto determinante para concretização da ESF, mas, segundo vários entrevistados, ele não está acontecendo, minando essa possibilidade:

Eu entendo que a ESF tem que ser mais bem discutida e ver o que se pretende na realidade. O planejamento local, que é um componente especial da implantação da ESF, não existe em lugar nenhum. Falam que nós temos que fazer o mínimo, o mínimo é atender escolas, fazer programinha de bochecho em escola, é a forma de tirar o dentista da unidade. Mas isso já se faz há trinta anos! Em absoluto isso é ESF! Tem que passar pelo planejamento local, se você quer fazer atividades coletivas, tu tens que procurar as populações de maior risco e intervir de forma coletiva. (Rubro)

O planejamento e a programação envolvem sujeitos dotados de vontade política, não apenas instrumentos para manter determinada situação, mas também instrumentos de mudança e de transformação. Trata-se de fazer não só o que é tecnicamente possível, mas principalmente o que é necessário para solucionar os problemas reais da população de determinado território (Silveira-Filho, 2002).

Planejar a partir da identificação, descrição e análise dos determinantes sociais dos problemas de saúde implica definir objetivos, metas, ações e atividades que serão realizadas para enfrentar os problemas de saúde identificados e priorizados na área, estabelecendo responsáveis, prazos e recursos envolvidos (Teixeira e Paim e Vilasbôas, 1998).

No planejamento local reside o nó crítico da demanda clínica reprimida, que acaba por “engolir” o profissional, levando alguns a dedicar 100% do seu tempo às atividades dentro do consultório odontológico:

A minha população são sete mil pessoas: duas equipes de PSF, e só tem um dentista, então eu cubro duas áreas. É terrível, eu me sinto assim: a torneira está aberta e eu estou ali enxugando e o negócio não resolve, é uma coisa que frustra o profissional. (Coral)

Outra limitação que eu vejo é o profissional se deixar ser engolido pela demanda. Eu acho que é algo que daria pra interferir com a organização das agendas. Com a questão das escolas nós também temos os dentistas que não vão porque o coordenador, com a pressão da demanda, diz que ele não pode sair. (Damasco)

A realização de atividades externas às unidades é garantida por lei (Brasil, 2006b), no entanto, os cirurgiões-dentistas sofrem pressão da coordenação local para permanecerem no consultório realizando atividades clínicas. Quando conseguem sair da unidade para realizá-las, muitos se sentem inseguros pela falta de planejamento, principalmente das visitas domiciliares:

Eu me inseri na visita domiciliar junto com a equipe, mas fico me perguntando se tem sido produtivo, porque eu vou na casa da pessoa, faço um exame, mas é mais pra me apresentar e dizer que tem um serviço disponível. (Alizarim)

As visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas: um relacionado à otimização dos recursos humanos disponíveis para assistência à saúde, não sendo recomendado que profissionais façam visitas domiciliares sem explícita indicação. Considera-se uma diretriz pouco eficiente a visitação de profissionais sem que eles nem mesmo saibam o que vão fazer em determinado domicílio (Franco e Merhy, 2003).

Outro aspecto diz respeito à intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sua privacidade e sua liberdade. A privacidade é um princípio derivado da autonomia e engloba a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (Fortes, 1998). Cabe aos profissionais de saúde estabelecer condições para que cada cidadão possa decidir, de forma autônoma, se quer receber, ou não, visita das equipes de saúde e quais informações deseja partilhar com elas.

Portanto, as visitas domiciliares só se justificam se forem realizadas com o consentimento das famílias e direcionadas para situações em que realmente são necessárias, como para executar uma consulta, um procedimento de baixa complexidade e demais ações que demandem a presença dos profissionais; caso contrário, sua presença na casa das pessoas só reforça a ideia de que a população depende do profissional de saúde (Franco e Merhy, 2003).

Todavia, o mais importante é que a inserção do cirurgião-dentista nessa atividade aconteça de forma organizada e dentro do planejamento da equipe multidisciplinar. Esse foi um dos assuntos que mais gerou opiniões variadas dos entrevistados: a inserção do trabalho do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional.

De acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde, o estabelecimento de equipes multiprofissionais é um dos elementos chave para desenvolver o trabalho na Saúde da Família, pressupondo integração entre os membros da equipe (Almeida e Mishima, 2001). Mas para os profissionais da rede essa inserção não acontece tão naturalmente, dependendo muito do interesse e do esforço do próprio odontólogo para superar o “isolamento histórico” da profissão:

A gente na verdade tem que se integrar, porque a Odontologia tem aquela história de seu cantinho, a salinha à parte, ninguém se mistura, eu já escutei isso: a odonto não se mistura. (Carmesin)



Não. (nós não somos) Uma equipe multiprofissional como é caracterizada no PSF não, a gente é um grupo multiprofissional que trabalha em conjunto e que troca figurinhas, atividade multiprofissional como se pretende para o PSF não realizamos. (Rubro)

Essa dificuldade dos profissionais no trabalho em equipe multiprofissional também foi detectada em trabalho realizado com municípios do sul de Santa Catarina (Lacerda e Traebert, 2006). O trabalho tinha como objetivo principal implementar uma proposta de atuação de uma equipe de saúde bucal na ESF, baseada na construção conjunta feita em oficinas de reflexão sobre a atuação das equipes nesses municípios que apontaram vários problemas ou limites para a efetivação da proposta da ESF.

Como a multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais para lidar com a complexidade que é a atenção primária (Peduzzi, 1998), alguns profissionais questionam se realmente seria possível atuar segundo essa lógica, já que na verdade ela não existiria nas unidades do município:

Esse é um desafio sem limites. Porque o que é uma equipe multiprofissional? A equipe de saúde bucal, que já é outra equipe, nem foi conseguida inicialmente, nasceu como anexo! Imagine nutricionistas, psicólogas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas. E assim vai indo a equipe multiprofissional só na nossa consciência. Você vai praticando outra coisa. Como você vai manter aquele saber, aquela consciência inicial se na prática isso não se realiza? Eu falo que é uma escola que vai ensinando torto na prática. (Lavanda)

### **O olhar sobre a gestão da política no espaço do município**

Os serviços que mudaram seus modelos através da reorganização de seu processo de trabalho, fizeram-no a partir de diretrizes das Secretarias de Saúde, que possibilitaram a cada profissional inaugurar novas práticas a partir dos seus microespaços de trabalho e poder (Franco e Bueno e Merhy, 1999; Franco e Merhy, 2003).

Esse apoio, tão importante para efetivação da proposta da ESF, é percebido de formas variadas pelos entrevistados. Alguns reconhecem na gestão municipal uma aliada ao seu trabalho; outros identificam falta de apoio e a apontam como limitante, sentindo-se até marginalizados, e outros ainda, cobram da Secretaria de Saúde uma posição sobre a efetivação da ESF, estabelecendo objetivos claros e parâmetros de avaliação para nortear o seu trabalho:

Eu acho que tem a vontade da nossa coordenação de odonto que é muito empenhada em melhorar. Eu acho que a gente tem abertura e apoio sim. (Jambo)

Que estímulo que eu tenho diante de todas as dificuldades que nós encontramos para continuar? Dificuldades são muitas, a marginalização que nós enfrentamos por parte da Secretaria de Saúde é algo terrível, a unidade é marginalizada, a unidade é esquecida e a Secretaria na minha opinião é quem tem a maior parcela de culpa nisso. (Índigo)

Eu acho que a Secretaria devia levar mais a sério o que é a Estratégia da Saúde da Família, você tem que fincar o pé e dizer o modelo de atenção à saúde é a ESF, e não dizer que cada unidade vai fazer como quiser ou vai ficar na mão do coordenador. Eu acho que isso não pode, por mais que se fale em descentralização, em realidade local, você tem que ter um ponto de apoio na Secretaria, e que a partir dali se estabeleçam objetivos mínimos e uma definição de caminhos. (Lavanda)

Houve avanço nos mecanismos e nos instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, quando comparados com as antigas práticas das instituições federais centradas no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticais. Os sistemas de informação também se diversificaram, disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados por meio desse instrumental (Conill, 2002).

Todos esses recursos, no entanto, não parecem adequadamente utilizados no município, levando alguns profissionais a se sentir “perdidos” sobre o caminho a tomar na sua prática:

Ultimamente uma coisa que eu tenho sentido como limite é não ter parâmetro para a Odontologia, eu sinto muita falta disso, porque sem isso a gente não avalia o nosso trabalho, então não planeja, e então quem gesta, gesta como quer porque tudo esta valendo, não tem parâmetros. Eu estou sentindo muita falta não de descobrir parâmetro, mas de discutir parâmetros que já existem, que já foram pesquisados, que já são usados, e eu sairia desse túnel de dúvidas. (Rútilo)

Segundo os pressupostos da política nacional de saúde bucal deve-se *utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento; deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações; e, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos* (Brasil, 2004).

Todos avaliam de alguma forma suas atividades cotidianas, e o adequado seria que esse esforço fosse sistematizado para que as medidas, as comparações e os julgamentos feitos possibilitassem o redirecionamento das ações e um melhor desempenho da equipe (Conill, 2002).

Uma forma de avaliação que não envolve epidemiologia, mas que pode favorecer o planejamento de ações e é apontada como potencial pelos entrevistados são as reuniões de classe, tanto as que reúnem todos os profissionais da rede com a coordenação municipal, quanto as que acontecem em algumas regionais, somente entre os profissionais:

Eu acho que uma conquista legal do pessoal da regional foi uma reunião que a gente consegue fazer entre os dentistas pra discutir os problemas que temos e levar para a reunião técnica. Nós discutimos também essa questão da inserção na equipe, de como lidar com isso, as nossas dificuldades, discutimos todo o mês, conquistamos esse espaço para estarmos nos fortalecendo. (Coral)

A troca de experiências e a discussão de problemas entre os profissionais são atividades com as quais os profissionais só têm a ganhar, principalmente se busca a inserção e melhor adaptação à ESF.

Uma situação que depende totalmente da gestão da política no município e que foi apontada pela totalidade dos entrevistados como grande limite de seu trabalho na ESF é a falta de um serviço de referência para atenção especializada que seja de fácil acesso e que dê conta da demanda:

O limite seria as referências, as especialidades, porque eu não consigo encaminhar um paciente pra endodontia, e me limita demais, acaba o paciente perdendo o dente. (Turquesa)

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase completamente aos serviços básicos. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (Brasil, 2004). É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal em quase todos os sistemas locais de saúde. *No setor odontológico, a expansão da rede assistencial na atenção secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta*

*de diversidade de procedimentos, são necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços* (Narvai e Frazão, 2008).

O Ministério da Saúde tem contribuído, desde 2004, com a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Os CEOs são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares. Nesses procedimentos incluem-se, dentre outros: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgico compatíveis com esse nível de atenção.

No momento da pesquisa o município apresentava 2 CEOs: um localizado na UFSC e outro na sua parte continental, que na percepção dos entrevistados, não estavam atendendo a demanda, além de apresentarem dificuldades para o acesso aos serviços que ofertam.

No estudo de caso da implantação de Equipes de Saúde da Família em Florianópolis entre os anos 1994-2000 (Conill, 2002) – quando ainda não estavam implantadas as Equipes de Saúde Bucal – já haviam sido detectados, além de problemas decorrentes da insuficiência de recursos humanos, a precariedade na referência para serviços especializados na área médica. Concluiu-se que essa barreira poderia comprometer a integralidade da atenção, dificultando a continuidade e prejudicando a qualidade como um todo.

Por último, no olhar sobre a gestão da política no espaço do município, discute-se o processo de educação permanente dos profissionais da rede. Grande parte dos entrevistados mencionou a boa oferta de capacitações em saúde geral: controle do tabagismo, aleitamento materno, saúde do trabalhador; e os cursos de especialização multiprofissionais em saúde pública e saúde da família, que são oferecidos a alguns profissionais da rede a cada turma que se inicia. Apesar disso, foram unânimes em apontar como limite a falta de oferta de cursos clínicos específicos para Odontologia, mencionando a falta de iniciativa e apoio da gestão municipal para organizar essa reciclagem:

A pessoa fica oito horas numa unidade de saúde, todos os dias, quarenta horas por semana, que horas que ela vai sair pra fazer um curso de atualização, de especialização? Vai fazer no final de semana? E se a pessoa tem filho, tem família? Então eu acho que a prefeitura tinha que trazer esses cursos pra atualizar os profissionais

e melhorar a qualidade de seus recursos humanos. A Odontologia há vinte anos era completamente diferente de hoje, tem gente que está há vinte anos na prefeitura e está fazendo a Odontologia de vinte anos atrás. (Coral)

A valorização dos profissionais da saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação é um dos fundamentos da atenção básica, sendo de responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Os conteúdos mínimos do processo de educação permanente devem priorizar as áreas estratégicas da atenção básica, acrescidos das prioridades estaduais e municipais (Brasil, 2006b).

O que também chamou a atenção foi que o processo de capacitação das Equipes de Saúde Bucal deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do curso introdutório para toda a equipe (Brasil, 2006b). Entretanto, a maioria dos entrevistados disse que não teve acesso a esse curso quando assumiu o trabalho na ESF:

Não foi oferecido, aqui não teve. Eu fiz em outra prefeitura onde trabalhei, mas aqui não, em nenhum momento me chamaram pra fazer. (Jambo)

Não, nem sei o que é isso, curso introdutório. (Carmesin)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A concretização da Estratégia de Saúde da Família e a consolidação do cirurgião-dentista nessa nova realidade da atenção à saúde bucal no município de Florianópolis/SC é um processo em construção, iniciado há menos de 5 anos.

Nessa realidade, é importante analisar os pequenos atos do cotidiano, pois são eles que dão perfil novo à assistência, articulando trabalhadores, gestão e usuários, todos sujeitos de um mesmo processo que é a produção de saúde.

Os principais potenciais identificados pela pesquisa foram: o perfil e a formação profissional adequados à saúde pública; equipamentos e materiais de consumo adequados e suficientes a uma boa atividade clínica e as reuniões de classe organizadas com a coordenação municipal e nas regionais de saúde. Os principais limites, que apareceram em número consideravelmente maior que os potenciais, foram: a falta de profissionais; a estrutura física ruim das unidades, comprometendo principalmente a biossegurança e a confidencialidade dos tratamentos; a falta de apoio da coordenação local das unidades de saúde; a falta de

planejamento local e de parâmetros para definir as estratégias de atuação; a dificuldade de inserção nas equipes multiprofissionais; a demanda clínica reprimida; a falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde; a falta de um serviço de referência de fácil acesso e que supra a demanda; a falta de cursos clínicos de capacitação específicos para Odontologia; e a grande desconfiança por parte da comunidade e dos outros integrantes da equipe de saúde quanto ao exercício de atividades nada convencionais ao cirurgião-dentista, como: visitas domiciliares, reuniões de equipe e participação em atividades de grupo, entre outros.

Identificar esses potenciais e limites percebidos pelos cirurgiões-dentistas no seu trabalho cotidiano é muito importante, pois permite vislumbrar possíveis caminhos para alcançar a concretização do novo modelo e, também, a discussão e a superação de dificuldades encontradas ao longo dessa caminhada.

A mudança tão sonhada do modelo de assistência pode ser viabilizada com a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais das equipes de saúde e com o empenho das instituições responsáveis pela gerência do serviço. Na Odontologia, essa reorganização mexe com antigos hábitos e até com o próprio ensino formal, que tem dificuldade para formar recursos humanos comprometidos com o processo de trabalho no SUS.

Mas a luta depende muito dos próprios cirurgiões-dentistas, que devem mudar sua postura profissional: de isolados e enclausurados, para participativos e envolvidos com o papel social da Odontologia. Dessa forma podem contribuir com a concretização de uma proposta que busca melhorar a atenção à saúde através da inclusão social, da emancipação e da autonomização de nossa população, fortalecendo a construção da consciência sanitária. *A luta pela conquista cotidiana da saúde é ao mesmo tempo, a luta pela afirmação do cidadão e dos seus direitos* (Narvai, 1991).

ER Gonçalves realizou a pesquisa e redigiu o artigo e FRS Ramos foi a orientadora da tese e revisou o artigo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p. 150-3, 2001.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, p. 1005-18, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: 2004.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação – algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a estratégia de saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006. p.115-136.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.75-89.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 191-202, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo: EPU, 1998.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.135-157.

GARRAFA, V.; PYRRHO, M. Bases Epistemológicas e Políticas da Bioética da Intervenção. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.298-308.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a estratégia de saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, v. 1, n. 1, p.3-8, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648**, 28 de março de 2006. Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080**. Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1-20.

NARVAI, P. C. Saúde Bucal e Cidadania. In: I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1991, São Paulo, 1991. (mimeo)

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdades de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T.; KIRCHHOF, A. L.; CAPELLA, B. et al. (Orgs.). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p.23-48.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS [página na Internet]. Florianópolis (SC): PMF; 2009 [acesso em 2009 Mar 19]. Disponível em: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude)

PUCCA-JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p.243-246, 2006.

SCHERER, M. D. A. O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2003.

SILVEIRA-FILHO, A. D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, p. 36-43, 2002.

TAVARES, C. M. A. A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico. Tese (Doutorado)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, T. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, 1998



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior motivação para realizar esta tese de doutorado foi o desejo pessoal, e sempre presente, de lutar por uma Odontologia equânime que provesse à população brasileira acesso e atenção dignos à saúde bucal.

A Bioética surgiu como referencial que inspirou, embasou e permeou todas as ideias, reflexões e discussões que acompanham essa luta. A Bioética de Intervenção, por sua vez, traz consigo uma proposta de intervenção na realidade que assume o caráter político da discussão ética em saúde, e esse é, em minha opinião, um caminho sem volta.

Há 4 anos, fiz a mim mesma vários questionamentos: como discutir a atenção em saúde bucal dentro da iníqua realidade brasileira? Como trazer para essa discussão conceitos de justiça sanitária, inclusão social e, principalmente, de efetivação da cidadania da nossa população? E mais: será que posso contribuir para que a Odontologia, profissão que escolhi pra mim e pela qual nutro grande respeito e na qual deposito grandes esperanças, assumo seu papel social e deixe de lado o complexo da clausura e do isolamento? A resposta fez com que o referencial da Bioética Social fosse o escolhido como suporte principal da tese, o que a moldou e fez dela a expressão daquele meu desejo pessoal.

O primeiro passo foi escolher a Estratégia de Saúde da Família, eixo organizador da atenção básica pública no país, e, principalmente, a inserção e o trabalho do cirurgião-dentista neste modelo de assistência, como objeto de estudo e discussões. Essa inclusão representou uma vitória, tanto para a profissão – em meio a pressões de outras que ainda não foram incluídas – como para os cidadãos, que tiveram resgatado seu direito à saúde bucal.

Entretanto, a inclusão da Odontologia trouxe questionamentos e desafios para a profissão. As primeiras experiências nacionais indicaram que, na maioria dos casos, houve somente uma troca da carga horária de trabalho e alterações salariais, mas com a mesma lógica de atenção, quase exclusivamente curativa.

Estariam os “enclausurados” preparados para trabalhar numa nova lógica de assistência que, apesar de apresentar problemas estruturais e ainda estar em construção, preconiza a atuação dos profissionais com foco na família; predominantemente de forma multidisciplinar; baseado em princípios de humanização, acolhimento e tendo o estímulo à participação popular e ao controle social como fundamentos?

Esse questionamento foi decisivo para determinar que a escolha dos informantes priorizasse os cirurgiões-dentistas da rede assistencial, e não os usuários ou coordenadores das

unidades de saúde, por exemplo. Os resultados ainda eram desconhecidos, mas uma coisa estava clara: para efetivar a atuação da Odontologia na ESF, os cirurgiões-dentistas precisavam estar conscientes do desafio trazido pela proposta e assumir os novos papéis exigidos, caso contrário, só haveria a perpetuação do antigo modelo.

A frase *Em busca do profissional socialmente sensível* nada mais é do que uma expressão artística, um quê de utopia, que expressa a parte idealista desta pesquisa. Nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, documento de 2004 do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família é caracterizada como *socialmente sensível*. Esse termo serviu de inspiração para traçar os objetivos e determinar o título da tese, uma vez que, se o sistema de saúde pública do país se organiza em níveis de atenção, e a atenção básica tem como eixo organizador uma estratégia que é *socialmente sensível*, nada mais coerente do que sejam também *socialmente sensíveis* os profissionais que a fazem funcionar.

No primeiro momento da coleta de dados procurei responder ao primeiro objetivo específico da tese, quando busquei saber quem eram as pessoas à frente das Equipes de Saúde Bucal com as perguntas do questionário aplicado na amostra representativa dos profissionais da rede. As respostas evidenciaram as características dos cirurgiões-dentistas responsáveis pelas Equipes de Saúde Bucal de Florianópolis/SC.

A força de trabalho revelada mostrou que, na sua maioria, está formada no curso de graduação há mais de 10 anos; realizou cursos de pós-graduação, inclusive na área de saúde pública e/ou coletiva, e é composta por funcionários efetivos há mais de 10 anos na rede assistencial do município. Vale destacar a presença marcante de profissionais que estão na rede há mais de 20 anos, indicando que em futuro próximo haverá grande renovação de profissionais devido à aposentadoria destes.

Selecionados os informantes para entrevista, no segundo momento fui em busca do objetivo geral da tese: analisar o que pensavam esses profissionais sobre seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família e saber como estavam encarando o desafio de enfrentar a nova realidade, ou se, para eles, não havia realidade nova alguma.

Além de originar a primeira categoria de análise *A ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o desafio de entender e de assumir novos papéis* essa temática inspirou um capítulo da revisão bibliográfica e compôs o primeiro artigo apresentado nos resultados da tese.

A análise voltou seu olhar justamente para esse desafio que a inserção da Odontologia na Estratégia da Família trouxe para os cirurgiões-dentistas. Procurei descobrir como os odontólogos percebiam a Estratégia, quais mudanças tinham ocorrido – ou não –

após a inclusão da Odontologia e as características do cotidiano do seu trabalho nas Equipes de Saúde Bucal.

Encontrei realidades distintas: parte dos profissionais não tem informações suficientes sobre a proposta da ESF, nem se mostra interessada em se aproximar do novo modelo, além de relatar não ter havido mudanças significativas no seu dia a dia; outros mostram conhecimento e interesse pela efetivação da proposta da ESF e, apesar dos problemas enfrentados, se posicionam de maneira firme nas Equipes de Saúde, assumindo o papel de profissional necessário e indispensável para a Estratégia; e outros também revelam conhecimento e interesse pelo novo modelo, mas demonstram desânimo frente ao desafio trazido por ele.

As dificuldades e os problemas de adaptação relatados, tanto pela literatura, quanto pelos entrevistados, fizeram com que esta pesquisa estabelecesse uma interface com a discussão da formação dos profissionais. E, se a estratégia encontra problemas para se efetivar devido às dificuldades dos profissionais em se adaptar às suas exigências, parece claro que o processo de formação desses profissionais precisa ser reformulado.

Além de originar a segunda categoria de análise *O PROFÍSSIONAL SOCIALMENTE SENSÍVEL: Formação Acadêmica ou Perfil Individual?*, essa temática inspirou um capítulo da revisão bibliográfica e compôs o segundo artigo apresentado nos resultados da tese.

O artigo sobre a formação do cirurgião-dentista expressou a preocupação com o atual modelo de formação em Odontologia, que está em transformação, é verdade, mas que ainda se caracteriza pela falta de sintonização e de sincronização com o Sistema Único de Saúde e com as necessidades da população brasileira.

Nesse artigo, a questão do “perfil” profissional também é discutida, questão esta que apesar de polêmica é muito clara em minha opinião, embora reconheça que a determinação de um perfil mais ou menos adequado à determinada atividade é subjetiva. Os profissionais *socialmente sensíveis*, necessários para efetivar a proposta da Estratégia de Saúde da Família, apresentam um perfil de comprometimento com a saúde pública e coletiva e com os princípios do SUS e da ESF, e isso os faz sentir-se mais bem adaptados e à vontade com as demandas do novo modelo.

Foi interessante perceber que os profissionais que relataram não ter havido mudança alguma, comparando antes e depois da implantação da ESF, estavam predominantemente desestimulados com seu trabalho na rede assistencial. Para eles, os problemas e as dificuldades cotidianas tornavam a ESF utópica e impraticável.

Já os profissionais comprometidos com sua atuação na ESF também relataram problemas e dificuldades no seu cotidiano de trabalho, mas sempre mostravam alternativas e esperança de que a proposta se concretizasse. E mais que isso: assumiram seu papel de profissional integrante das equipes multiprofissionais.

É claro que as diferenças individuais sempre existirão e seria impossível, embora desejável, determinar que apenas profissionais com perfil para trabalhar com saúde pública fizessem parte das Equipes de Saúde Bucal. Como fazer, então, para aproximar as diferenças individuais, formando recursos humanos para saúde em consonância com os pressupostos do SUS e da ESF e mais próximos da realidade brasileira? O artigo trouxe propostas de estratégias de ensino com o potencial de desenvolver o espírito crítico e a capacidade de reflexão do estudante. Este é, talvez, o maior comprometimento ético que as universidades e os centros de formação podem expressar.

Esse comprometimento ético deve ser estabelecido pensando num pressuposto maior: de que saúde é sinônimo de cidadania, ou seja, todos os cidadãos têm direito à atenção em saúde, e, dentro dela, à atenção em saúde bucal. Assim, busquei conhecer o trabalho dos profissionais da rede assistencial de Florianópolis/SC, analisando se o cotidiano das atividades expressa comprometimento com alguns dos conceitos utilizados pela Bioética Social, Política Nacional de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família.

Além de originar a terceira categoria de análise *A BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO E O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: a busca pela Integralidade, Justiça Sanitária e Inclusão Social*, essa temática inspirou um capítulo da revisão bibliográfica e compôs o terceiro artigo apresentando nos resultados da tese.

Determinei algumas rotinas e/ou situações específicas da assistência à saúde bucal para serem analisadas devido ao seu potencial para demonstrar, ou não, os conceitos de justiça sanitária, inclusão social, equidade, integralidade, vínculo, emancipação e empoderamento, entre outros.

As rotinas e/ou situações escolhidas foram: **o acesso a assistência odontológica**, que pode evidenciar a universalidade, o direito à assistência e a equidade; **o serviço de referência para atendimento especializado**, que pode evidenciar a integralidade e também o direito à assistência; **o estabelecimento de vínculo**, que pode evidenciar a responsabilização da equipe de saúde bucal com a população atendida; e **a participação popular e o controle social**, que podem evidenciar uma efetiva expressão de cidadania e inclusão social da população.

A pesquisa mostrou que as rotinas de acesso estão adequadas às linhas de cuidado, mas ainda ineficientes no cumprimento da universalidade. O serviço de referência para atenção especializada apresenta falhas, comprometendo o estabelecimento do vínculo com a comunidade, precisando ser mais bem organizado. E por fim, a participação popular e o controle social ainda não acontecem de forma concreta, carecendo de incentivo à população para o estabelecimento e participação nos conselhos locais de saúde, que são espaços de luta política e de construção da cidadania e da consciência sanitária.

Essas atividades e/ou situações analisadas e tantas outras do trabalho cotidiano dos cirurgiões-dentistas nas Equipes de Saúde Bucal foram apontadas por eles como limitadoras e/ou potencializadoras da proposta da Estratégia de Saúde da Família.

Além de originar a quarta e última categoria de análise: *POTENCIAIS E LIMITES DO TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: lutando por um novo Modelo de Assistência*, essa temática compôs o quarto artigo apresentado nos resultados e também alcançou o terceiro objetivo específico da tese.

Vários foram os potenciais e limites apontados pelos entrevistados, tendo sido necessário agrupá-los em 3 categorias: o olhar sobre o profissional e seu papel social; o olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde e o olhar sobre a gestão da política no espaço do município.

Os **principais potenciais** foram: perfil e formação profissional adequados à saúde pública; equipamentos e materiais de consumo adequados e suficientes a uma boa atividade clínica e as reuniões de classe organizadas com a coordenação municipal e nas regionais de saúde. Os **principais limites** – que apareceram em número consideravelmente maior que os potenciais – foram: falta de profissionais; estrutura física ruim das unidades – comprometendo principalmente a biossegurança e a confidencialidade dos tratamentos; falta de apoio da coordenação local das unidades de saúde; falta de planejamento local e de definição de parâmetros para definir as estratégias de atuação; dificuldade de inserção nas equipes multiprofissionais; demanda clínica reprimida; falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde; falta de um serviço de referência efetivo; falta de cursos clínicos de capacitação específicos para Odontologia; e desconfiança da comunidade e dos outros integrantes da equipe de saúde quanto ao exercício de atividades nada convencionais ao cirurgião-dentista, como: visitas domiciliares, reuniões de equipe, participação em atividades de grupo, entre outras.

Identificar os potenciais e limites do trabalho dos profissionais tornou possível, em

primeiro lugar, saber o que pensam esses profissionais, que, de acordo com eles mesmos, quase nunca são ouvidos. Além disso, possibilitou conhecer os caminhos e também os entraves para a concretização do novo modelo, havendo a possibilidade de discuti-los, aperfeiçoá-los ou superá-los na busca pela construção da consciência sanitária de trabalhadores, gestores e usuários.

Ao final do processo de análise dos dados, voltei à tese que propus no início da pesquisa e acredito que a confirmei.

A inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC é fato recente: aconteceu há menos de 5 anos. As transformações demandadas pela mudança de um modelo de assistência não acontecem repentinamente, apenas porque um decreto foi assinado. Assim, não é surpresa que, ao voltar a cada uma das categorias identificadas e refletir sobre seus achados e conclusões, eu possa afirmar que o trabalho do cirurgião-dentista na ESF em Florianópolis/SC expressa fragilidades e limites relativos, tanto aos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde, e por consequência, a Atenção Básica e a própria Estratégia de Saúde da Família, quanto às diferentes dimensões do processo de trabalho.

Essas fragilidades e limites trazem implicações tecnológicas e éticossociais para o cotidiano da atenção à saúde bucal, e os referenciais escolhidos para análise dos dados se mostraram apropriados para discuti-los.

Resgatando a matriz analítica da tese, cada referencial teórico evidenciou alguns conceitos-chave. Devido a sua complexidade, foi determinada uma aplicação específica de tais conceitos na tese, compreendendo apenas alguns de seus elementos, que foram mais úteis ou mais imediatamente aplicáveis no processo de análise.

Da **Política Nacional de Atenção Básica** e dos pressupostos da **Estratégia de Saúde da Família**, os conceitos de **Integralidade, Vínculo e Educação Permanente** auxiliaram na discussão da assistência integral que estabelece vínculo com a população ao responsabilizar-se por ela. Além disso, pôde-se debater como os cirurgiões-dentistas da rede assistencial de Florianópolis/SC estão sendo valorizados – ou não – através do estímulo e do acompanhamento de sua formação e capacitação em serviço.

Do referencial da **Bioética de Intervenção**, os conceitos de **Justiça Sanitária, Inclusão Social e Equidade** auxiliaram na discussão do acesso universal à assistência odontológica, com prioridade para cidadãos em situação de dor; da inserção da atenção à saúde bucal nos diferentes grupos de atendimento prioritário e da participação popular e controle social feito pela comunidade no serviço prestado. Esse referencial contribuiu ainda

com outros conceitos – Emancipação, Empoderamento, Liberdade – também utilizados na discussão.

E do referencial do **Processo de Trabalho**, o conceito de **Trabalho em Equipe** e as **Atribuições Específicas do CD na ESF** e as **Condições de Trabalho** auxiliaram na discussão da inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar e na análise das atividades desenvolvidas pelos profissionais e das condições nas quais acontecem.

Apesar de indicar um caminho a ser percorrido, a matriz analítica não funcionou de forma estática ou inflexível durante o processo de análise, permitindo que os referenciais, e, por consequência, seus conceitos, permeassem toda a análise.

Não poderia terminar estas considerações sem falar das perspectivas da gestão para a Odontologia no município. A primeira seria ampliar o número de profissionais que trabalham na rede pública assistencial, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde bucal. A realização de concursos públicos em março e novembro de 2008 veio suprir essa necessidade, faltando apenas a Prefeitura iniciar a contratação dos profissionais aprovados e a consequente substituição dos contratos temporários por efetivos, eliminando uma das principais causas da precarização do trabalho e dos entraves no estabelecimento de vínculo dos odontólogos com a comunidade.

Outra luta é o reconhecimento da profissão como indispensável à equipe de saúde, buscando sempre viabilizar a atenção integral em saúde bucal para os cidadãos. Essa luta almeja um serviço de referência acessível e ágil, exigindo o posicionamento ativo e firme dos próprios profissionais que devem assumir os novos papéis e aceitar que a Odontologia deve comprometer-se com a saúde pública e com as necessidades da população.

A Rede Docente-Assistencial – RDA também representa uma nova proposta para a Odontologia da rede municipal. As atividades da rede iniciaram em 2007 e estão buscando diversificar os cenários de aprendizagem ao aproximar os estudantes de graduação da UFSC da rotina de trabalho nas unidades de saúde e das comunidades do município de Florianópolis/SC. Na época da coleta dos dados, julho de 2008, a rede passava por um momento de reavaliação, quando os profissionais que trabalhavam como tutores em serviço demandavam capacitação pedagógica para sua melhor integração ao processo ensino-aprendizagem proposto pela RDA.

A equiparação salarial dos cirurgiões-dentistas com os médicos não-especialistas também era uma perspectiva em julho de 2008 e foi concretizada alguns meses antes da conclusão desta tese, em abril de 2009. Essa conquista vem ao encontro dos anseios da profissão de ver reconhecida sua importância e melhorar os salários de seus profissionais.

Ao concluir esta tese, sou tomada pela profunda alegria e satisfação de haver contribuído para que o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC fosse conhecido de um ponto de vista diferente, ao considerar a ética como instrumento de intervenção política para garantir o direito à saúde e à cidadania.

Esse enfoque permite aprimorar estratégias que estão dando certo e também conhecer e superar as dificuldades, buscando novas alternativas para a concretização deste modelo de assistência e da consciência sanitária de todos os atores sociais envolvidos.

As reflexões e discussões sobre uma assistência odontológica pública, acessível, equânime, integral e humanizada fazem parte de uma ação social envolvida ética e politicamente com a qual me comprometi enquanto pesquisadora.

O desejo de transformar esta profissão historicamente enclausurada e tão isolada dos cidadãos e de suas necessidades em expressão de justiça, inclusão social, e, principalmente, em parte atuante na construção da cidadania da população brasileira é o que motiva minha mente pragmática e minha alma idealista, não me permitindo desistir de sonhar.



## REFERÊNCIAS

ABENO. Relatório com base nos resultados dos Grupos de Discussão reunidos na XXXIX Reunião Anual da ABENO. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.86-94. 2005.

ALBUQUERQUE, R.R.S.D. **Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF**. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

ALMEIDA, M.C.P. MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Revista Interface**, p.150-153. 2001.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.29, n.2, p.136-146. 2005.

ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.120-127. 2006.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2003.

AQUILANTE, A.G.; TOMITA, N.E. O estudante de Odontologia e a educação. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.6-11. 2005.

ARAÚJO, M.E. Palavras e Silêncios na educação superior em odontologia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.179-182. 2006.

ARAÚJO, M.E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSES, S.T.; KRIGER, L.; MOYSES, S.J. **Saúde bucal das famílias – Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-290.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.219-227. 2006.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, p.1005-1018. 2003.

BALDANI, M.H.; FADEL, C.B.; POSSOMAI, T.; QUEIRÓZ, M.G.S. A Inclusão da odontologia no programa de saúde da família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.21, n.4, p.1026-1035. 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, S.H.S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.1, p.39-46. 2006.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1979.

BERLINGUER, G. Equidade, Qualidade e Bem-Estar Futuro. In: GARRAFA, V.; COSTA, S.I.F. (Orgs.). **A Bioética no Século XXI**. Brasília:Universidade de Brasília, 2000. p.41-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. DOU, 20/09/1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria no 1.444, 2000. **Portaria n.º 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/> Acesso em: 09 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projetos e Programas: Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06/05/2001. **Diário Oficial União**, seção 1, p. 67, 07 março 2001.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 3 de junho de 2003a. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. **Diário Oficial da União**, n.106, seção 1, p. 44, 04/06/2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1570, 29 de julho 2004a**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/1570re.htm> Acesso em 08 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 74GM, de 20 de janeiro de 2004b**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Disponível

em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria074\\_20\\_01\\_04.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria074_20_01_04.pdf) Acesso em 05 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria\\_648.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-basica/Portaria_648.pdf) Acesso em 03 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Atenção Básica em Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 02 março 2009.

\_\_\_\_\_. A epidemiologia na humanização da vida: convergências e desencontros das correntes. In: BARATA, R.B. (Org.). **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, ABRASCO, 1997. p.134-156.

BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.1, p.32-38. 2006.

CAICEDO, C.B. Necesidad de la Bioética en la Educación Superior. **Acta Bioética**, v.12, n.1, p.35-40. 2006.

CALVO, M.C.M.; HENRIQUE, F. Avaliação – Algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J.L. **A Odontologia e a Estratégia de Saúde da Família**. Tubarão: Unisul, 2006. p.115-129.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo:Hucitec, 1997. p.229-266.

CARDOSO, S.M.V. A formação do dentista no contexto do século XXI: a pesquisa como princípio pedagógico. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.54-57. 2007.

CFO. **Conselho Federal de Odontologia**. Disponível em: [www.cfo.gov.br](http://www.cfo.gov.br). Acessado em: 20 março 2009.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18, sup., p.191-202. 2002.

COSTA, I.D.C.C. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das

ações de saúde: algumas reflexões e confluências. **Revista da ABENO**, v.2, n.2, p.122-129. 2007.

COSTA, J.F.R. ; CHAGAS, L.D.D. ; SILVESTRE, R.M. **A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2006. 67p.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saber pensar**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. Saber pensar. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.75-79. 2005.

\_\_\_\_\_. Conhecimento e Aprendizagem - a atualidade de Paulo Freire. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.20-37. 2007.

DITTERICH, R.G.; PORTERO, P.P.; SCHMIDT, L.M. A preocupação social nos currículos de odontologia. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.58-62. 2007.

DURÁN, M.L.U. Cidadania, Complexidade e Participação. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Orgs.). **Bioética: Poder e Injustiça**. São Paulo: Loyola, 2003. p.95-102.

EMMI, D.T.; BARROSO, R.F.F. Avaliação das ações de saúde bucal no programa saúde da família no distrito de Mosqueiro (Pará). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, fev. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100008&lng=pt&nrm=iso)

ESTRELA, C. A arte do Ensino e da Pesquisa Odontológica. **Revista Odontológica do Brasil Central - ROBRAC**, v.11, n.31, p.54-56. 2002.

FACÓ, E.F.; VIANNA, L.M.O.; BASTOS, V.A.; NUTO, S.A.S. O cirurgião-dentista e o programa de saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.18, n.2, p.70-77. 2005.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.24-27. 2003.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27. 2008.

FORTES, P. Dilemas éticos na alocação de recursos em saúde. In: PALACIOS, M.; PEGORARO, O. (Orgs.). **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p.35-48.

FORTES, P.; ZOBOLI, E. Os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. **O Mundo da Saúde**, v.29, n.1, p.20-25. 2005.

FORTUNA, R.F.P. **Promoção de saúde bucal no SUS**: possibilidades e limites do programa de saúde da família. Dissertação (Mestrado em Medicina) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, E.; JÚNIOR, H.M.M.; RIMOLI, J. (Orgs). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.135-157.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia** - saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GARBIN, C.A.S.; SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; SANTOS, K.T. O papel das universidades na formação do profissional da saúde. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.6-10. 2006.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Saúde em Debate**, v.41, p.50-57. 1993.

GARRAFA, V.; MOYSES, S. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulgação Saúde Debate**, v.13, p.6-17.1996.

GARRAFA, V. Reflexões sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Ed.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p.49-62.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética, Poder e Injustiça: Por uma Ética da Intervenção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Orgs). **Bioética**: poder e injustiça. São Paulo: Loyola, 2003. p.35-44.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da Bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v.1, n.2, p.122-132. 2005.

GARRAFA, V. O novo conceito de Bioética. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Orgs). **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006. p. 9-16.

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia. 2006, p.284.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética de Intervención – verbete. In: TEALDI, J.C. (org.) **Dicionario latino-americano de bioética**. Bogotá: Unibiblos/UNESCO, 2007. In press.

GARRAFA, V.; PYRRHO, M. Bases Epistemológicas e Políticas da Bioética da Intervenção. In: MOYSES, S.T.; KRIGER, L.; MOYSES, S.J. **Saúde bucal das famílias** – trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.298-308.

GOMES, A.M.A.; MOURA, E.R.F.; AMORIM, R.F. O Lugar da Ética e Bioética nos Currículos de Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.2, p.56-65. 2006.

GONÇALVES, E.R. **O atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino: a percepção docente sob o olhar da Bioética**. 2005. 98 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GONÇALVES, E.R.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. et al. Reflexões sobre igualdade, justiça e alocação de recursos na saúde: O olhar da bioética para os dilemas de uma sociedade iníqua. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 6, n.2. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2006.490/226>

GONÇALVES, E.R.; PERES, M.A.A.; MARCENES, W. Cárie Dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18, n.3, p.699-706. 2002.

GONÇALVES, E.R.; VERDI, M. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.3, p.755-764. 2007.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica**. São Paulo: Annablume. 2003.

HADDAD, A.E.; LAGANÁ, D.C.; ASSIS, E.Q. et al. **Contribuição das avaliações do MEC na identificação da coerência dos projetos pedagógicos do curso de graduação em odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: INEP.MEC, 2006. p. 119-152.

KOIFMAN, L.; REGO, S. Formação Profissional e a Reforma Sanitária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.28, n.3, p.187-188. 2004.

KOTTOW, M. Antropologia Médica como Propedeutica de la Bioetica: una propuesta curricular. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.29, n.1, p.41-47. 2005.

LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J.L. **A Odontologia e a Estratégia de Saúde da Família**. Tubarão: Unisul, 2006.

LEMOES, C.L.S. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: alguns reflexões. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.80-85. 2005.

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto e Contexto**, v.10, n.1, p.32-49. 2001.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, v.1, n.1, p.3-8. 1996.

MARINS, J.J.N. A formação médica e o processo de trabalho - convite à construção de novas propostas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.27, n.1, p.3-4. 2003.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.6, p.1538-1544. 2004.

MATTOS, R. Integralidade como Eixo da Formação dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.28, n.2, p.91-92. 2004.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 288p.

MIGUEL, L.C.M.; REIBNITZ-JÚNIOR, C. PRADO, M.L. Pesquisa qualitativa: um outro caminho para a produção do conhecimento em odontologia. **Revista da ABENO**, v.2, n.2, p.130-134. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.269p.

MOIMAZ, S.A.S.; CASOTTI, C.A.; SALIBA, N.A.; GARBIN, C.A.S. Representação social de acadêmicos de odontologia sobre a área de Odontologia Social. **Revista da ABENO**, v.2, n.2, p.145-149. 2006.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, v.4, n.1, p.17-21. 2004.

MORITA, M.C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. (orgs). **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006. p. 129-139.

MORITA, M.C.; KRIGER, L.; PERRI DE CARVALHO, A.C.; HADDAD, A.E. **Implantação das diretrizes curriculares em odontologia**. Maringá: Dental Press: ABENO:OPAS:MS, 2007. 160p.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: MOYSES, S.T.; KRIGER, L.; MOYSES, S.J. **Saúde bucal das famílias – trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-290.

MOYSES, S.; MOYSES, S.; KRIGER, L.; SCHMITT, E. Humanizando a educação em Odontologia. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p.58-64. 2003.

MOYSES, S. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v.4, n.1, p.30-37. 2004.

MOYSES, S.T.; KRIGER, L.; MOYSES, S.J. **Saúde bucal das famílias – trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. 308p.

NARVAI, P.C. Saúde Bucal e Cidadania. **I Conferência Estadual de Saúde de São Paulo**.

São Paulo, 1991. (*mimeo*)

\_\_\_\_\_. **Odontologia e saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994

\_\_\_\_\_. Recursos Humanos em Saúde. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização**. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSES, S.T.; KRIGER, L.; MOYSES, S.J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.1-20.

NORO, L.R.A. Construir conhecimento, integrar vidas. **Revista da ABENO**, v.2, n.2, p.135-140. 2007.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec - ABEM, 2004. p.143-164.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBA, N.R.A. Atenção odontológica no programa de saúde da família de Campos dos Goytacazes. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.10 (suplemento), p.297-302. 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T.; KIRCHHOF, A.L.; CAPELLA, B. *et al.* (Orgs.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.p.23-48.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2005. 118p.

PORTO, D.; GARrafa, V. Bioética de Intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Bioética**, Brasília, v. 13, n.1, 2005. p.111-123.

POTTER, V.R. **Bioethics, bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1971.

\_\_\_\_\_. **Global bioethics: building on the Leopold Legacy**. East Lansing: Michigan State University Press, 1988.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. [página na internet]: Disponível em: [www.pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude)

PUCCA-JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.243-246. 2006.

RABELLO, S.B.; CORVINO, M.P.F. A inserção do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.58, n.6, p.366-367. 2001.



RAMOS, D. Perspectivas bioéticas na atenção da saúde bucal. In: FORTES, P.; ZOBOLI, E. (Orgs.). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. p.161-167.

RANGEL, J.N.M. A leitura e a formação humanística do estudante de odontologia: processos em construção. **Revista da ABENO**, v.1, n.1, p.20-27. 2006.

RODRIGUES, M.S.P.; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROJAS-SORIANO, R. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034. 2005.

SANCHEZ, Heriberto Fiúza; DRUMOND, Marisa Maia; VILAÇA, Ênio Lacerda Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 523-531, abr. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000200028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200028&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 05 abril 2009.

SANTANA, J.P.D.; CAMPOS, F.E.D.; SENA, R.R.D. **Formação profissional em saúde: desafios para a universidade**. Disponível em: [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br) Acesso em 12 março 2009.

SCHERER, M.D.A. **O trabalho da equipe no programa de saúde da família**: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. 2006, 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud publica: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.4, p.949-956. 2001.

SEN, A.K. Igualdade de quê? In: SEN, A.K. (Org.). **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

\_\_\_\_\_. ¿Por qué la equidad en salud? **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.11, n.5, p.24-34. 2002.

SILVA-JÚNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVEIRA-FILHO, A.D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, p.36-43. 2002.

SOTOLONGO, P. Es una Bioética separada da la política menos ideologizada que una Bioética politizada? **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.1, p.133-144. 2005.

TAVARES, C.M.A. **A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico**. 2006. 266p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, T.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, VII, v.2. 1998.

TRISTÃO, S.K. **Perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica interessados pelo programa saúde da família da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro.** Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Florianópolis, 2003.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1997.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.** Paris, 19 de outubro de 2005. (Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília disponível em [www.sbbioetica.org.br](http://www.sbbioetica.org.br) )

VOLSCHAN, B.C.G.; SOARES, E.L.; CORVINO, M. Perfil do profissional de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.59, n.5, p.314-316. 2002.

WARMLING, C.M.; CAPONI, S.; BOTAZZO, C. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.115-122. 2006.

WHO. World Health Organization. **The world health report 2000: health systems, improving performance.** GENEVA, 2000.

YIN, R. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.

**APÊNDICES**

### APÊNDICE A – Questionário

Nome:	
UBS:	Sexo:
	Cidade onde reside:
Ano de formatura em Odontologia:	
Há quantos anos trabalha no serviço público:	
Forma de vínculo com a PMF:	
Possui algum curso de Atualização/Capacitação (ou em andamento):	Qual(is): Ano da realização: Instituição:
Possui algum curso de Especialização: (ou em andamento):	Qual(is): Ano da realização: Instituição:
Possui algum curso de Mestrado (ou em andamento):	Qual: Ano da realização: Instituição:
Possui algum curso de Doutorado (ou em andamento):	Qual: Ano da realização: Instituição:
Realizou algum outro curso específico de ESF:	Qual: Ano da realização: Instituição:

## APÊNDICE B - Roteiro da entrevista

1. Em sua opinião, o que é a Estratégia de Saúde da Família e quais as razões que fizeram você ter interesse em assumir uma Equipe de Saúde Bucal na ESF?
2. Em sua opinião, a formação profissional do CD pode influenciar no processo de trabalho da ESBs na Estratégia de Saúde da Família?  
**Sim:** Como?  
**Não:** Por quê?
3. Que elementos da sua formação contribuíram ou dificultaram para você adequar seu trabalho às exigências da Estratégia Saúde da Família?
4. O que de concreto mudou na sua atuação profissional depois de assumir a Equipe de Saúde Bucal na ESF (comparando com sua atuação anterior, de profissional de uma UBS comum)?  
**Caso não tenha verificado nenhuma mudança:** Em sua opinião, que tipo de atividades uma Equipe de Saúde Bucal de ESF deveria realizar?
5. Você poderia descrever o cotidiano de suas atividades na ESB, incluindo o do restante da equipe de saúde bucal (como está dividido o tempo: ações programáticas/demanda espontânea)?
6. Em sua opinião quais situações do cotidiano do seu processo de trabalho podem estar limitando ou potencializando sua atuação da ESB (organizacional, institucional, pessoal, material de consumo/equipamentos)?
7. Você considera o seu trabalho inserido numa equipe multiprofissional?  
**Sim:** Como acontece?  
**Não:** Por quê?
8. Como se dá o acesso da comunidade à assistência odontológica nesta UBS (como funciona a marcação de consultas, atendimento de emergência, etc.)? Existe prioridade de atendimento para alguma situação?
9. A assistência odontológica está inserida nos diferentes programas integrais de saúde (grupos de crianças de 0 a 5 anos, de gestantes, de idosos, de trabalhadores, de diabéticos, etc.)?  
**Sim:** Como funciona?  
**Não:** Por quê?
10. Como funcionam os serviços de referência em saúde bucal para esta UBS?
11. Em sua opinião, o que significa estabelecer “vínculo” com a população? Isso acontece com a população sob sua responsabilidade?
12. Em sua opinião, existe, por parte da ESB, a promoção e o estímulo da participação da comunidade e o controle social nas ações de planejamento, execução e avaliação das atividades de saúde bucal?  
**Sim:** Como acontece?  
**Não:** Por quê?
13. Como se dá o processo de capacitação e educação permanente dos recursos humanos da ESB (curso introdutório ESF, cursos de especialização, de atualização, etc.)?
14. Você deseja acrescentar mais alguma coisa?

### **APÊNDICE C - Roteiro da entrevista com o Representante da Gestão Municipal em Saúde Bucal**

- 1.** Quando e como aconteceu a inserção das atividades de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis?
- 2.** Quais são os critérios de seleção dos cirurgiões-dentistas (CD) que assumem as ESBs? O que você acha desses critérios?
- 3.** Em sua opinião, o perfil profissional do CD tem influência no processo de trabalho das ESBs? Por quê?
- 4.** A partir das informações/situações que lhe são relatadas pelos membros da ESB e/ou usuários e/ou outros funcionários das UBSs, quais são os potenciais e os limites encontrados pelos CDs no cotidiano das atividades nas ESB?
- 5.** A partir da sua experiência como gestor, existem situações (de ordem institucional, gerencial, organizacional, etc.) encontradas no cotidiano das atividades das ESB que podem estar limitando ou potencializando alguma dimensão do seu processo de trabalho?
- 6.** Em sua opinião, quais são as perspectivas para a saúde bucal do município, pensando na atuação das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família?

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Evelise Ribeiro Gonçalves, sou cirurgiã-dentista e doutoranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. A pesquisa que estou desenvolvendo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem, tem como título: **Em busca de um profissional socialmente sensível: Um estudo sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família sob o olhar da Bioética Social.** Para a realização desta pesquisa é necessário que eu aplique um questionário em todos os cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Florianópolis/SC, e que, além disso, realize uma entrevista com alguns deles, que serão selecionados a partir da resposta dos questionários. As entrevistas serão gravadas em fitas-cassete, após consentimento do entrevistado.

O objetivo geral do estudo é analisar o trabalho do cirurgião-dentista na ESF em Florianópolis/SC com base na percepção do próprio trabalhador e sob o olhar do referencial teórico da Bioética Social; e os específicos: analisar o perfil dos cirurgiões-dentistas que integram as Equipes de Saúde Bucal da Família do município; conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o seu trabalho nas equipes; e identificar potenciais e limites da assistência à saúde bucal na ESF do município.

Os benefícios previstos relacionam-se à possibilidade de conhecer e discutir o processo de trabalho e de formação do cirurgião-dentista na ESF. Assim, espera-se contribuir para a melhoria no sistema de saúde e orientar políticas públicas de atenção básica para o município. Não há riscos para os sujeitos desta pesquisa.

Garantimos que a sua identidade será mantida em sigilo e as informações aqui obtidas serão tratadas de maneira confidencial e apenas utilizadas neste trabalho. Também gostaríamos de informá-lo (a) que você pode desligar-se da pesquisa a qualquer momento bastando entrar em contato com a doutoranda/entrevistadora.

-----  
 Evelise Ribeiro Gonçalves  
 - Doutoranda/Entrevistadora -  
 Fone de contato: (48) 3233-0786/9121-1812  
 E-mail: [eveliserg72@hotmail.com](mailto:eveliserg72@hotmail.com)

-----  
 Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia Regina Souza Ramos  
 - Pesquisadora Responsável -

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido  
 (a) sobre a pesquisa acima citada e aceito participar da realização da mesma.

-----  
 Assinatura do entrevistado  
 Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

**ANEXOS**



## ANEXO 1 – Instruções para Publicação dos Manuscritos – Revista da ABENO

Disponível em: <http://www.abeno.org.br/>  
Acesso em: 03 maio 2009



Volume nº 5 2005

[Missão](#)  
[Objetivos](#)  
[Perfil da Revista](#)  
[Expediente](#)  
[Indexação](#)

[Relatores ad hoc](#)  
[Normas para apres.](#)  
[Regimento da Revista](#)  
[Formulários](#)  
[Fale com o editor](#)

[Envio de  
Trabalhos](#)

### Normas para apresentação dos originais

**I. Missão** - A Revista da ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico é uma publicação quadrimestral que tem como missão primordial contribuir para a obtenção de indicadores de qualidade do ensino Odontológico, respeitando os desejos de formação discente e capacitação docente, com vistas a assegurar o contínuo progresso da formação profissional e produzir benefícios diretamente obtidos para a coletividade. Visa também produzir junto aos especialistas a reflexão e análise crítica dos assuntos da área em nível local, regional, nacional e internacional.

**II. Originais** - Os originais deverão ser redigidos em português ou inglês e digitados na fonte Arial tamanho 12, em página tamanho A4, com espaço 1,5 e margem de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo o total de no máximo 17 páginas, incluindo quadros, tabelas e ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) ou no máximo 25.000 caracteres contando os espaços.

**III. Ilustrações** - As ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) deverão ser limitadas ao mínimo indispensável, apresentadas em páginas separadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. As respectivas legendas deverão ser concisas e localizadas abaixo e precedidas da numeração correspondente. Nas tabelas e nos quadros a legenda deverá ser colocada na parte superior. As fotografias deverão ser fornecidas em mídia digital, em formato tif ou jpg, tamanho 10 x 15 cm, em no mínimo 300 dpi. Não serão aceitas fotografias em Word ou Power Point. Deverão ser indicados os locais no texto para inserção das ilustrações e de suas citações.

**IV. Encaminhamento de originais** - Solicita-se o encaminhamento dos originais de acordo com as especificações descritas no item II para o endereço eletrônico [www.abeno.org.br](http://www.abeno.org.br). A submissão “on-line” é simples e segura pelo padrão informatizado disponível no site, no ícone “Revista Online”. Somente opte pelo encaminhamento pelo correio diante da necessidade de publicação de ilustrações em formato tif/jpg e alta resolução (veja especificações no item III). Endereço: REVISTA DA ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO Nacional - SCS Q. 08 Bloco B-50 Sala 37 - Ed. Venâncio 2000 - CEP: 70333-900 - Brasília - DF.

#### **V. A estrutura do original**

1. Cabeçalho: Quando os artigos forem em português, colocar título e subtítulo em português e inglês; quando os artigos forem em inglês, colocar título e subtítulo em inglês e português. O título deve ser breve e indicativo da exata finalidade do trabalho e o subtítulo deve contemplar um aspecto importante do trabalho.
2. Autores: Indicação de apenas um título universitário e/ou uma vinculação à instituição de ensino ou pesquisa que indique a sua autoridade em relação ao assunto.
3. Resumo: Representa a condensação do conteúdo, expondo metodologia, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras e em um único parágrafo.
4. Descritores: Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).
5. Texto: Deverá seguir, dentro do possível, a seguinte estrutura:
  - a) Introdução: Introdução: deve apresentar com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com os outros trabalhos na mesma linha ou área. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e quando possível substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, onde certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados. Lembre-se que trabalhos e resumos de teses devem sofrer modificações de forma a se apresentarem adequadamente para a publicação na Revista, seguindo e rigorosamente as normas aqui publicadas.
  - b) Material e métodos: a descrição dos métodos usados deve ser suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição do trabalho, não sendo extensa. Técnicas já publicadas, a menos que tenham sido modificadas, devem ser apenas citadas (obrigatoriamente).
  - c) Resultados: deverão ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.
  - d) Discussão: deve ser restrita ao significado dos dados obtidos, resultados alcançados, relação do conhecimento já existente, sendo evitadas hipóteses não fundamentadas nos resultados.
  - e) Conclusões: devem estar baseadas no próprio texto.
  - f) Referências bibliográficas;
  - g) Agradecimentos (quando houver).
6. Abstract: Resumo do texto em inglês. Sua redação deve ser paralela à do resumo em português.
7. Descriptors: Versão dos descritores para o inglês. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).
8. Referências bibliográficas: Devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações publicadas no site da “National Library of Medicine” ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). Para as citações no corpo do

texto deve-se utilizar o sistema numérico, no qual são indicados no texto somente os números-índices na forma sobrescrita. A citação de nomes de autores só é permitida quando estritamente necessária e deve ser acompanhada de número-índice e ano de publicação entre parênteses. Todas as citações devem ser acompanhadas de sua referência bibliográfica completa e todas as referências devem estar citadas no corpo do texto. As abreviaturas dos títulos dos periódicos deverão estar de acordo com o “List of Journals Indexed in Index Medicus” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>). A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

**VI. Endereço:** E-mail, telefone e fax de todos os autores. Obs.: Qualquer alteração de endereço, telefone ou e-mail deve ser imediatamente comunicada à Revista.

## ANEXO 2 - Carta de Submissão – Revista da ABENO

**Título do Artigo:** A INCLUSÃO DA ODONTOLOGIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O desafio de entender e de assumir novos papéis

### Prezado autor

A assinatura deste formulário implica na aceitação dos seguintes itens:

**1) Transferência de Direitos:** Transfiro, para a Revista da ABENO, o interesse nos direitos autorais do artigo aceito para publicação. Este documento se aplica a todas as traduções, assim como a apresentação preliminar, sob quaisquer meios de divulgação, do trabalho ainda não publicado.

### 2) Termo de declaração

Eu, EVELISE RIBEIRO GONÇALVES, declaro que o trabalho submetido para apreciação pelo corpo editorial é original e não contém dados falsificados ou plagiados; que não será submetido para apreciação, até que uma decisão final desse Corpo Editorial seja emitida; que não existe interesse comercial ou associativo representando conflito de interesse relacionado com o trabalho submetido e, portanto, detenho a responsabilidade pelo conteúdo e entendo que se for considerado deficiente ou fraudulento, assumirei a responsabilidade juntamente com os demais autores envolvidos.

Eu, FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS, declaro que o trabalho submetido para apreciação pelo corpo editorial é original e não contém dados falsificados ou plagiados; que não será submetido para apreciação, até que uma decisão final desse Corpo Editorial seja emitida; que não existe interesse comercial ou associativo representando conflito de interesse relacionado com o trabalho submetido e, portanto, detenho a responsabilidade pelo conteúdo e entendo que se for considerado deficiente ou fraudulento, assumirei a responsabilidade juntamente com os demais autores envolvidos.

### 3) Reconhecimento da ética em procedimentos experimentais realizados animais e humanos.

Todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem ser conduzidas em conformidade e evidências claras de seqüência de princípios éticos e com outros similares dispostos nos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa. Somente trabalhos de pesquisa acompanhados do parecer favorável do Comitê de Ética serão analisados pelo corpo editorial.

### 4) Termo de assinatura dos autores.

Assinatura (1)

Nome: EVELISE RIBEIRO GONÇALVES

Data

Assinatura (2)

Nome: FLAVIA REGINA SOUZA RAMOS

Data

Dados do autor para contato

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Rua Percy João de Borba, 142 – Trindade  
Florianópolis/SC – 88036-200  
Fone (48) 9121-1812  
Email [eveliserg72@hotmail.com](mailto:eveliserg72@hotmail.com)

## ANEXO 3 – Instrução aos Autores – Ciência&Saúde Coletiva

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Acesso em: 07 maio 2009

### Ciência & Saúde Coletiva INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 1413-8123 *versão impressa*

ISSN 1678-4561 *versão online*

- [Objetivo e política editorial](#)
- [Seções da publicação](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

#### Objetivo e política editorial

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

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

#### Seções da publicação

**Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

**Debate:** encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

**Artigos Temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para

pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

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

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

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciaesaudecoletiva.com.br](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

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

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

### **Autoria**

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

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

### **Nomenclaturas**

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

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

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

### **Ilustrações**

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

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

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas



as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

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

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

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

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

### **Referências**

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

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de "maturidade do PSF"<sup>11</sup> ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

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

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index

Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

### **Exemplos de como citar referências**

#### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

#### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

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

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*.

Petrópolis: Vozes; 2004.

#### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

#### 9. Capítulo de livro

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

#### 10. Resumo em Anais de congressos

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

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

#### 12. Dissertação e tese

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

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

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

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

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

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

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

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

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

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

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

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

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos  
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil  
Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151



[revscol@fiocruz.br](mailto:revscol@fiocruz.br)

## ANEXO 4 – Instrução aos Autores – Acta Bioethica

Disponível em: <http://www.scielo.cl/revistas/abioeth/pinstruc.htm>  
Acesso em: 06 maio 2009



INSTRUÇÕES  
AOS  
AUTORES

ISSN 1726-569X *versão eletrônica*

ISSN 0717-5906 *versão impressa*

- [Abragência e política editorial](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Referência eletrônica](#)

### Abragência e política editorial

**Acta Bioethica** publica estudos e artigos de revisão sobre temas bioéticos, sobretudo os problemas e dilemas éticos provenientes do avanço tecnocientífico da sociedade contemporânea, de campos de investigação científica, como: biomedicina, direito, saúde pública, entre outros. Dirige-se a especialistas profissionais, pesquisadores e docentes, além de considerar outros interessados por esta área.

Cada edição aborda um tema monográfico de bioética, ao mesmo tempo que contempla artigos de temas variados, desde que apresentem uma interface com esta temática.

Os autores poderão enviar seus manuscritos por vontade própria ou por solicitação da editora, os quais serão submetidos à revisão por um comitê avaliador. O prazo de publicação dos artigos aceitos vincula-se à disponibilidade de cada uma das seções e da oportunidade em relação às respectivas monografias.

### Forma e preparação de manuscritos

#### ***1. Apresentação dos manuscritos***

Os trabalhos encaminhados à Acta Bioethica deverão ser formatados em conformidade à quinta edição (1997) dos "Requisitos uniformes para manuscritos enviados a Revistas Biomédicas" (Vancouver), estabelecidos pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Ver, por exemplo: International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47.

## **2. Requisitos técnicos**

Os manuscritos deverão ser encaminhados a:

a) endereço eletrônico: [bioetica@chi.ops-oms.org](mailto:bioetica@chi.ops-oms.org) (atachados); ou

b) correio: texto impresso em papel bond branco, formato A4, com margens de pelo menos 2,5 cm, impressão somente na frente do papel, espaçamento duplo. Os originais deverão vir acompanhados de cópia em versão eletrônica (disquete 3-1/2") em formato MS Word.

As páginas deverão ser numeradas de modo consecutivo, a partir da página de rosto.

A extensão do texto não deve exceder 6000 palavras, incluindo quadros e gráficos.

Conserve cópias de todo o material enviado.

## **3. Esquema estrutural do trabalho**

**3.1 Página de rosto:** a primeira página do manuscrito deverá conter:

- 1) título do trabalho – conciso, considerando o conteúdo central da publicação;
- 2) nome e sobrenome de cada autor, acompanhado de titulações acadêmicas mais importantes e sua afiliação institucional;
- 3) nome das seções, departamentos, serviços e instituições a que se deve atribuir crédito pela execução do trabalho;
- 4) declaração com Termo de responsabilidade de autoria;
- 5) nome completo, endereço, número de fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência do manuscrito e solicitação de separatas.

**3.2 Resumo e palavras-chave:** a segunda página deverá conter um resumo não excedente a 200 palavras que descreva os propósitos do estudo e da pesquisa, metodologia adotada e as conclusões mais significativas.

Ao final do resumo, os autores deverão mencionar de três a dez "palavras-chave" que permitam aos indexadores classificar o artigo, os quais serão publicados junto ao resumo. Recomenda-se utilizar a lista de descritores do Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. No caso de termos que não se configuram no MeSH, permite-se usá-los como expressões atuais.

**Consultar a seguinte URL:**

- <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Recomenda-se aos autores enviar a tradução do resumo em inglês (abstract), o qual também deve incluir a menção de palavras-chave (keywords). No entanto, Acta Bioética realizará a tradução dos resumos aos autores que assim desejarem.

**3.3 Introdução:** expressa o propósito do artigo e resume o fundamento lógico do estudo ou

observação. Destaca as referências estritamente pertinentes, sem, no entanto, proceder a uma extensa revisão do tema. Não inclui dados e nem conclusões do trabalho investigado.

**3.4 Metodologia:** propõe o detalhamento dos métodos, técnicas e procedimentos utilizados na organização dos dados e informações.

**3.5 Resultados:** apresentá-los em uma sequência lógica no texto, acrescidos de quadros e gráficos, sem repetições. Enfatizar resumidamente os dados mais significativos.

**3.6 Discussão:** enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas desta investigação. Recomenda-se não repetir detalhadamente dados e outras informações já apresentadas nas seções Introdução e Resultados. Na seção Discussão, justificar o significado dos resultados e suas limitações, mencionando também as implicações nas investigações futuras. Estabelecer o nexo das conclusões com os objetivos do estudo, evitando afirmações gerais e conclusões não plenamente respaldadas pelos dados apresentados. Podem ser mencionadas Recomendações caso se julgue apropriado.

**3.7 Agradecimentos:** como Apêndice do texto, pode-se mencionar a) colaboradores que mereçam ser reconhecidos, desde que com a anuência do chefe do departamento; b) colaboração técnica recebida; c) apoio financeiro e material; d) as relações financeiras que possam desencadear conflitos de interesse. Expressar agradecimentos somente a pessoas e instituições que de fato contribuíram substancialmente ao trabalho.

**3.8 Referências:** - as referências devem ser numeradas consecutivamente obedecendo a ordem de menção do texto (Sistema de ordem de menção). Caso uma referência seja citada mais de uma vez, será utilizado o número original citado anteriormente.

- se for necessário citar o número das páginas, esta deverá ser incluída em parêntesis com o número de referência. Recomenda-se esta prática ao referenciar transcrições textuais.

Por exemplo:

A resolução instou aos Governos Membros a «realizarem esforços especiais por meio de contribuições voluntárias para o desenvolvimento da investigação catalítica» (17, p.240).

- identificar as referências no texto, tabelas e legendas por meio de numeração arábica, colocada entre parêntesis ao final da frase ou do parágrafo correspondente.

- as referências citadas somente em quadros ou ilustrações serão numeradas obedecendo a uma sequência de apresentação destes no corpo do texto.

- as referências deverão ser mencionadas em ordem numérica ao final do texto.

- recomenda-se não citar referências nos resumos.

- os artigos aprovados, porém não publicados, deverão ser referenciados como «no prelo» ou «proximamente publicados»; os autores receberão por escrito documento comprobatório de autorização de aceite dos artigos.

- os autores poderão conferir as referências cotejando-as com os originais.

- considere, também, como exemplo de referência o formato da U. S. National Library of Medicine (NLM), utilizado no Index Medicus.

- ao referenciar revistas científicas, cite-as entrando pelo nome completo (não abreviado).

(Consultar: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190. o URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

### *Exemplos*

#### **3.8.1 Artigos de revistas científicas**

##### **Autor Individual, artigo que forma parte de uma série**

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1985;44(4):225-260.

##### **Mais de seis autores**

Mencione os seis primeiros autores seguidos por «et al»

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. British Journal of Cancer 1996;73:1006-12.

##### **Autor corporativo**

Organização Panamericana da Saúde, Programa Ampliado de Imunização. Estratégias para a certificação da erradicação da transmissão do poliovírus selvagem autóctono nas Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1993;115(4):281-290.

#### **3.8.2 Livros e outras monografias**

##### **Indivíduos como autores**

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

##### **Editores ou organizadores como autores**

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). Mental health for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

##### **Capítulo de livro**

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

#### Referência eletrônica

##### **Artigo de revista em formato eletrônico**

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens].

Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

**Para mais informações e outros exemplos, consultar:**



International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997;126:36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (inglês)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm> (espanhol)

### 3.9 Quadros e ilustrações

A quantidade de inserção de quadros e ilustrações vincula-se estritamente ao que é essencial para a compreensão do texto.

**4. Separatas:** deverão ser solicitadas por escrito à *Acta Bioethica*, depois do recebimento da comunicação oficial de aceite do manuscrito enviado. Ficam asseguradas a cada autor cinco separatas livres de custo.

**NOTA:** Para a elaboração do presente documento, o Departamento de Publicações e Difusão do Programa Regional de Bioética - OPS/OMS consultou as seguintes fontes bibliográficas:

Organização Panamericana da Saúde. Manual de estilo OPS. Washington, DC:OPS;1995 (Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación Científica 526).

Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.

National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

#### **E a seguinte URL:**

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>

#### **Termo de responsabilidade de autoria**

**Nota:** O manuscrito deverá ser enviado pelo autor responsável após organização do mesmo em conformidade com as norma editoriais da revista e conter anexo termo de responsabilidade de autoria.

#### **Termo de responsabilidade de autoria**

Este trabalho (ou parte deste) é inédito e não será enviado a outras revistas até que se receba a decisão dos editores de *Acta Bioethica*.

O artigo não excede 6000 palavras, incluindo quadros e ilustrações.

Inclui resumo com até 250 palavras, em espanhol e em inglês.

As citações bibliográficas se apresentam em conformidade com as normas internacionais exigidas pela revista. (Vancouver).

O manuscrito foi organizado de acordo com as «Instruções aos Autores».

São mencionados endereços para correspondência, números telefônicos e de fax, bem como endereço eletrônico do autor responsável pela comunicação direta com a editoria de *Acta Bioethica*.

---

Nome completo do autor

---

Endereço para correspondência

Telefone \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

-----

[\[Corpo editorial\]](#) [\[Instruções aos autores\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009

Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS

Avenida Providencia #1017, Piso 7  
Casilla 61-T  
Santiago - Chile  
Tel.: (56-2) 2360330  
Fax: (56-2) 3467219

[bioetica@chi.ops-oms.org](mailto:bioetica@chi.ops-oms.org)

## ANEXO 5 – Instrução aos Autores – Interface – Comunicação, Saúde, Educação

Disponível em: <http://www.interface.org.br/>  
Acesso em: 08 maio 2009

### Projeto e política editorial

**INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação** publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

### Forma e preparação de manuscritos

#### SEÇÕES

**Dossiê** — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

**Artigos** — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

**Debates** — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (até sete mil palavras).

**Espaço aberto** — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

**Entrevistas** — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

**Livros** — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

**Teses** — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência (título e resumo em português e inglês - até quinhentas palavras - e palavras-chave em português e inglês). Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

**Criação** — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

**Informes** — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

**Cartas** — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

**Observação:** na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

### **Envio dos manuscritos**

#### **SUBMISSÃO DE ORIGINAIS**

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Informes e Cartas).

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

**Autor principal:** vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail.

**Co-autores:** vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso). Email.

**Observação:** não havendo vínculo institucional, informar a atividade profissional. A titulação dos autores não deve ser informada.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

**Também em nota de rodapé** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo.**

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

**Modelo 1:** "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

**Modelo 2:** "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z

responsabilizou-se por..., etc."

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

**Observação:** na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

**Notas de rodapé** - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

**Citações** - referências no texto devem subordinar-se à forma -**Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo:

“...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

As referências citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas **adaptadas** da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

**LIVROS:** FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

**ARTIGOS em REVISTAS:** TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface — Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

**TESES:** IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

**EVENTOS:** PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

**CAPÍTULOS DE LIVROS:** QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

**DOCUMENTOS ELETRÔNICOS:** WAGNER, C.D.; PERSSON, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

**Ilustrações** - imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em word. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:

<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

## ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 Fundação Uni

Distrito de Rubião Junior, s/nº  
Caixa Postal 592  
18618-000 Botucatu SP Brasil  
Tel./Fax: +55 14 3815-3133



[intface@fmb.unesp.br](mailto:intface@fmb.unesp.br)