

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Giovanna de Vasconcelos Herbster

PRÁTICAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO CEARÁ

Giovanna de Vasconcelos Herbster

PRÁTICAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e gestão do

cuidado em saúde

Catalogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde Biblioteca de Saúde Pública

H538p Herbster, Giovanna de Vasconcelos.

Práticas dos cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família em municípios do Ceará / Giovanna de Vasconcelos Herbster. -- 2019.

88 f.

Orientadora: Sharmênia de Araújo Soares Nuto. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família -RENASF) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Proposta de participação de instituições de ensino superior em associação com a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

Estratégia Saúde da Família.
 Atenção Primária à Saúde.
 Odontologia.
 Prática Profissional.
 Sistema Único de Saúde.
 Título.

CDD - 23.ed. - 362.12098131





GIOVANNA DE VASCONCELOS HERBSTER

PRÁTICAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO CEARÁ.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Fundação Oswaldo Cruz/ Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

COMISSÃO JULGADORA

Prof.ª. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Professora Orientadora - Presidente da Banca Examinadora

Prof.^a. Dra. Vanira Matos Pessoa Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Prof^a. Dra. Liza Barreto Vieira Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Miga Barreto Sluina

Data de aprovação: <u>641 (2 1 2019</u>

Eusébio - CE

À minha família por me incentivar e apoiar em todos os momentos, em especial aos meus pais José Maria e Lúcia Helena, ao meu esposo Lauro e às minhas filhas Lis e Luísa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me conceder tantas conquistas na vida.

Aos meus pais, por serem exemplos de dedicação e pelo amor vivenciado.

A meu esposo Lauro, por seu incentivo e apoio durante todos esses anos.

Às minhas filhas Lis e Luisa, por compreenderem minhas ausências.

Aos meus irmãos e amigos, pela torcida.

À minha orientadora Sharmênia, por percorrer esse caminho comigo com estímulo e compreensão. Obrigada por seus ensinamentos e amizade!

A todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fiocruz – Ceará, por compartilharem seus saberes! A vocês, minha eterna gratidão!

Às professoras Vanira Pessoa e Liza Vieira pelas pertinentes contribuições trazidas à minha banca.

Aos meus colegas de trabalho, principalmente à equipe de saúde bucal composta pelo colega Cláudio Ferreira, pelas auxiliares Catarina e Márcia; e, em especial, à amiga Adriana Diniz, que me apoiou em todos os momentos, sempre com uma palavra amiga a dizer.

À coordenação da unidade de saúde em que atuo, na pessoa de Cristina Colares, por compreender meu afastamento quinzenal das atividades de trabalho para a realização deste mestrado.

Às colegas do mestrado que estiveram sempre próximas nos momentos de reflexão dessa formação e pela amizade construída.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada para a reorganização da Atenção Primária, sendo considerada uma alternativa de ação para o alcance dos princípios de universalização, equidade e integralidade preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De caráter multidisciplinar, as equipes são compostas no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser incluídos os profissionais de saúde bucal (cirurgiãodentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) e o agente de combate às endemias (ACE). Com a inserção da equipe de saúde bucal, são necessárias mudanças na atuação do cirurgião-dentista, rompendo o paradigma do trabalho curativo e restaurador, desenvolvendo habilidades para o trabalho multiprofissional e promotor de saúde. Assim, o objetivo deste trabalho foi o de analisar o escopo de práticas profissionais dos dentistas que atuam na ESF, em quatro municípios no estado do Ceará. Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Foram entrevistados oito dentistas pertencentes à ESF, no período de outubro a dezembro de 2017 e janeiro de 2018. As falas dos entrevistados foram gravadas, transcritas e analisadas por meio do método da Análise de Discurso. Os temas empíricos foram agrupados em quatro categorias: competências do CD na ESF; trabalho interprofissional; relação com a comunidade e educação permanente. Para analisarmos a atuação do dentista na equipe SF, comparou-se com a Política Nacional de Atenção Básica (2017) e com a Política Nacional de Saúde Bucal (2014). Os resultados apontam que a atuação do cirurgião-dentista ainda é muito inserida no consultório odontológico, mas apresenta avanços na organização do atendimento clínico. A promoção de saúde exercida pelos dentistas ainda se estabelece prioritariamente dentro da escola com escovação e aplicação tópica de flúor. A inclinação pessoal do profissional de saúde bucal é decisiva para a realização do trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças; e o trabalho em equipe, apesar de cooperativo, na realidade, limita-se em referenciar ou tirar dúvidas, sendo compreendido de forma fragmentada e hierarquizada. Refletiu-se sobre dificuldades advindas com a PEC 95/2016 no que concerne à continuidade dos serviços.

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Odontologia; Prática profissional.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) was created for the reorganization of Primary Care, being considered an alternative action to achieve the objectives of universalization, equity and comprehensiveness advocated by the Unified Health System (SUS). Of multididisciplinary character, the teams are composed of at least one doctor, nurse, assistant and/or nursing technician and community health agent (ACS), and may include oral health professionals (dental surgeon and assistant or oral health technician) and the endemic control agent (ACE). With the insertion of the oral health team, changes in the performance of the dental surgeon are necessary, breaking the paradigm of curative and restorative work, developing skills for the multiprofessional work and health promoter. Thus, the objective of this study was to analyze the scope of professional practices of the dentists who work in the FHS, in four municipalities in the state of Ceará. It was a descriptive cross-sectional study of qualitative approach. Eight dentists from the FHS were interviewed. The interviewees' statements were recorded, transcribed and analyzed through the discourse analysis method. The empirical themes were grouped in four categories: CD competencies in the FHS; interprofessional work; relationship with the community and continuing education. To analyze the dentist's performance in the FHS, it was compared with the National Primary Care Policy (2017) and the National Oral Health Policy (2014). The results indicate that the dental surgeon's performance is still very inserted in the dental office, but advances are being made in the organization of clinical care. The health promotion by dentists is still established primarily within the school with brushing and topical application of fluoride. The personal inclination of the oral health professional is decisive for the work of health promotion and disease prevention and teamwork, although cooperative, in reality is limited to referencing or answering questions, being understood in a fragmented and hierarchical manner. It reflected on difficulties arising from PEC 95/2016 regarding the continuity of services.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Dentistry; Professional Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABOPREV Associação Brasileira de Odontologia Preventiva

ACE Agente de Combate às Endemias

ACS Agentes Comunitários de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

ATF Aplicação Tópica de Flúor

CD Cirurgião-dentista

CEO Centro de Especialidades Odontológica

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CF Constituição Federal

CFO Conselho Federal de Odontologia

CNS Conferência Nacional de Saúde

CNSB Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPOD Dentes cariados, perdidos e obturados

DeCS/bys Descritores em Ciências da Saúde / biblioteca virtual em saúde

eAB Equipes de Atenção Básica

ECEO Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia

ENATESPO Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço

Público Odontológico

eSB Equipe de Saúde Bucal

eSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia Saúde da Família

FIO Federação Interestadual dos Odontologistas

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MBRO Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica

MPAS Ministério da Previdência Social

MPSF Mestrado Profissional em Saúde da Família

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET – Saúde Projeto de Educação pelo Trabalho para Saúde

PIA Programa de Inversão da Atenção

PIASS Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde

PIC Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNEPS Política Nacional de Educação Permanente

PNSB Política Nacional de Saúde Bucal

PRECAD Programa Nacional de Prevenção à Cárie Dental

PSF Programa Saúde da Família

SES Serviços Especiais de Saúde

SESP Serviço Especial de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPS Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

UNIFOR Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivos geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 Profissionalização da Odontologia	21
3.2 Odontologia: do Modelo Tecnicista (Tradicional) ao SUS	24
3.3 Odontologia no SUS	28
3.4 Os movimentos sociais e a promulgação da PNSB	34
4 PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 Tipo de estudo	36
4.2 Local de estudo	37
4.3 População do estudo	39
4.4 Coleta de dados	40
4.5 Análise de dados	41
4.6 Aspectos éticos	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
Resumo	42
Abstract	43
Introdução	43
Metodologia	45
Resultados e discussão	46
Considerações finais	66
Referências	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7 REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS	
MÉDICOS, DENTISTAS E ENFERMEIROS	77

APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	80
ANEXO 1 – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO	85

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 trouxe, em seu artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). Com essa CF foi apresentada uma nova forma de ofertar saúde para a população, em que todo brasileiro, a partir de então, tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e trouxe outras responsabilidades para os entes federativos. O SUS tem por base os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Com o seu advento, houve um avanço no setor de saúde, principalmente no que concerne aos seus princípios organizativos, que se traduz em garantia de acesso de toda população aos serviços de saúde e participação dos cidadãos na formulação de políticas de saúde e controle da sua execução, em busca de um novo padrão de cidadania (RODRIGUES, 2016; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado como principal aposta do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, sendo considerado uma alternativa de ação para o alcance dos princípios de universalização, equidade e integralidade preconizados pelo SUS. O PSF tornou-se estratégico para a reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária, deixando a concepção focalizada e programática para tornar-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano de 2005 (BRASIL, 2017).

Os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da ESF, organizam-se priorizando ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. A ESF é definida por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SILVA, 2014).

Rosa e Labate (2005) afirmam que a ESF se apresenta como um novo modo de trabalhar a saúde, introduzindo uma forma diferente no processo de intervenção em saúde na medida em que não se espera que a população chegue para

ser atendida; age de forma preventiva sobre ela, partindo de um novo modelo de atenção.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do SUS se deparam com desafios diversos em seu funcionamento, e um deles é o de oferecer, aos usuários do sistema, cuidados em saúde que tenham qualidade. Portanto, faz-se necessário refletir sobre o perfil pretendido aos profissionais de saúde, não com enfoque apenas em conhecimentos técnicos, mas também nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em favor da saúde da população e com a consciência da sua responsabilidade social (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Andrade (1998) considera como um dos entraves para a consolidação do SUS o descompasso existente entre a formação dos profissionais de saúde e as práticas de Atenção Primária. A mesma autora apresentou, em um estudo sobre a ESF, que, dentre as limitações e dificuldades mais significativas expressas pelos secretários municipais de saúde e os profissionais que trabalhavam na Estratégia, a que mais se destacou foi a falta de qualificação dos profissionais para atuar na comunidade. Concluiu que esse obstáculo poderia ser resultante de processos de formação predominantemente baseados na atenção hospitalar, com privilégio da atenção ao indivíduo em detrimento do coletivo.

O modelo que a ESF preconiza é de uma equipe de caráter multidisciplinar composta, no mínimo, por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe, os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família; um auxiliar ou técnico em saúde bucal; e um agente de combate às endemias (ACE) (BRASIL, 2017).

A inserção das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF se deu inicialmente por meio da iniciativa de alguns municípios como Curitiba (PR) e Brasília (DF), em 1995, e Camaragibe (PE), em 1998 (MARTELLI *et al.*, 2010). Nesse contexto, as eSB, amparadas pela Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal, foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde (MS) e incorporadas às equipes da ESF(eSF) somente no final do ano 2000, tendo ocorrido o repasse dos primeiros incentivos em 2001 (REIS *et al.*, 2013).

No primeiro momento, o dentista foi inserido em duas equipes (BRASIL, 2006) para somente em 2011, com a atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o cirurgião-dentista (CD) passar a atuar apenas em uma única eSF juntamente ao médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2012).

Com a inserção do CD nesse novo modelo assistencial, criou-se a necessidade de mudança de atuação desses profissionais, pois tiveram que romper com o paradigma do trabalho curativo e restaurador a que estavam acostumados e adentrar em um campo de atuação mais amplo, mais relacionado com o coletivo, em que os profissionais da Odontologia necessitariam conhecer e praticar os conceitos e princípios da ESF e desenvolver habilidades para o trabalho multiprofissional (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Conclui minha graduação em Odontologia na Universidade Federal do Ceará em 2001. Durante o período acadêmico, o Projeto Pedagógico era voltado para a formação biologicista, priorizando a clínica, com práticas direcionadas às habilidades técnicas, buscando resolução para a doença e suas sequelas. Somente alguns poucos créditos destinavam-se à Saúde Coletiva. Ao me graduar, cedo percebi como o mercado de trabalho me direcionava para a saúde pública. Assim, há dezessete anos trabalho na ESF, sendo treze deles no município de Fortaleza; mais especificamente em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Regional VI (SR VI).

Em 2013, atuei como preceptora do Projeto de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET – Saúde) na área da Atenção Psicossocial da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) por quase três anos. Tive a oportunidade de receber alunos de graduações de diversas áreas da saúde, sendo gratificante retornar à academia e produzir trabalhos de cunho científico. Senti-me desafiada e instigada por um anseio de maior aprofundamento e reflexão das minhas práticas. Assim, em 2017, iniciei o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (MPSF – RENASF), em que busco ampliar minhas habilidades para melhorar minha atuação na unidade de saúde que trabalho.

Ceccim (2005) considera que os desconfortos surgidos no cotidiano do trabalho e a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente são condições indispensáveis para mudança na prática. Assim, perante essa

inquietação de vislumbrar uma mudança na forma de agir e pensar na saúde coletiva, me senti compelida a analisar as práticas necessárias para os cirurgiões-dentistas atuarem nesse modelo de Atenção Primária que é a ESF. O CD inseriu-se realmente na eSF? Como têm sido desenvolvidas as suas práticas? Houve mudanças em suas práticas?

Transcorreram-se mais de duas décadas da implantação da ESF, porém ainda são escassos estudos de avaliação da inserção da Odontologia na eSF (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

A ampliação do atendimento odontológico, com a melhoria do acesso da população, depois da inserção da odontologia na eSF — em contrapartida com a odontologia tradicional com programas voltados predominantemente para escolares — representa clara relevância social, visto que o modelo preconizado pela ESF recupera a visão da pessoa humana como sujeito do processo terapêutico, definindo saúde como mais do que mera ausência de doença; além disso, busca atender o paciente de forma integral.

Acredito que conhecer as práticas dos dentistas em atuação na ESF apresenta grande relevância para compreender o serviço prestado pela Odontologia no SUS, como também apresentar inovações que são criadas na prática da ESF e ainda não são difundidas. Considero que estudos como este possam auxiliar no enfrentamento de realidades adversas presentes no território.

Para identificar o acúmulo bibliográfico no tema de estudo, realizou-se o relacionamento dos seguintes descritores controlados, presentes no DeCS/Mesh (Descritores em Ciências da Saúde/*Medical Subject Headings*): Estratégia de Saúde da Família [*Family Health Strategy*]; Atenção Primária à Saúde [*Primary Health Care*]; Odontólogos [*Dentists*]; Prática Profissional [*Professional Practice*]. A localização dos estudos ocorreu por meio de acesso a acervos disponíveis *on-line* de setembro a novembro de 2018.

Na LILACS, ao relacionar três descritores: "estratégia de saúde da família", "odontólogos" e "prática profissional", nos limites dos anos de 2014-2018, foi encontrado somente um artigo e, após ler seu resumo, não foi considerado para essa pesquisa, visto que não se relacionava diretamente à prática profissional dos Cirurgiões-Dentistas na Estratégia de Saúde da Família. No relacionamento de "Odontólogos" e "estratégia de saúde da família", no mesmo período, foram obtidos 5

artigos. Por sua vez, relacionando "Odontólogos" e "atenção primária à saúde", obtivemos 07 artigos, sendo 05 repetidos da relação anterior de descritores.

No SCIELO, nos anos de 2014 - 2018, foram relacionados os descritores: "Estratégia de Saúde da Família", "Odontólogos" e "prática profissional", resultando em 1 artigo publicado. Nessa base e neste mesmo período, ainda se relacionou "Odontólogos" e "Estratégia de Saúde da Família", tendo resultado em 7 artigos que se relacionavam diretamente com o campo de prática profissional do Cirurgião-Dentista na Estratégia Saúde da Família. Após leitura de seus resumos, foram eleitos 04 para a referida pesquisa.

Apoiado nesse contexto de carência de estudos sobre a prática profissional do CD na ESF, justifica-se a realização de novos estudos sobre a ESF, em municípios de diferentes portes do estado do Ceará.

Este projeto é integrante do projeto guarda-chuva "Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará", submetido e aprovado no edital interno da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde, Rio de Janeiro, abril de 2015.

Entende-se o conceito de campo de práticas como a definição do que a profissão faz e como ela faz. Levando em consideração que toda profissão tem atos que, por lei, lhes são reservados e atos que podem ser compartilhados, o escopo de prática estabelece os parâmetros da profissão. No novo paradigma da regulamentação profissional, o conceito de escopo de prática se dá a partir da interação entre autores e instituições, que vão desde o que é previsto por lei até o que o profissional realiza na prática, considerando aqui as habilidades adquiridas e qualidades e atitudes individuais (GIRARDI, 2016).

Essas questões são fundamentais na determinação do campo de práticas profissionais na APS e podem repercutir na restrição do acesso a ações de saúde pela população.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

 Compreender a relação entre campo e escopo de práticas profissionais dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF do Ceará.

2.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar o campo de práticas profissionais dos dentistas na ESF, incluindo o trabalho em equipe e a relação com a comunidade.
- Identificar as práticas necessárias dos CD da ESF para a abordagem dos principais problemas de saúde do território.
- Relacionar o campo de práticas realizadas às práticas necessárias e à legislação da profissão e do SUS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Profissionalização da Odontologia

Para melhor compreender a história da Odontologia, é importante saber que os cuidados com os dentes já existiam bem antes da criação da profissão. Observa-se, desde os primórdios, que a prática não se dá apenas a partir de instrumentos e/ou equipamentos. Estes foram sendo fabricados pelo homem a partir das necessidades sentidas, "construindo um novo conhecimento e mantendo íntima relação com o desenvolvimento social e, dentro dele, com a cultura e religião dos povos" (PINTO, 2000, p. 281).

Os modelos de saúde bucal são caracterizados baseando-se nas práticas odontológicas da época em questão. Sendo assim, tem-se que levar em conta todo o contexto social, os recursos humanos disponíveis e as tecnologias no período que foram criados. Tais modelos nos ajudam a refletir sobre as realidades anteriores e a atual (BLEICHER, 2004).

No início, era praticamente impossível dissociar a Odontologia da Medicina. Percebe-se isso ao realizarmos um resgate histórico da profissão. Ambas iniciaram no período pré-histórico quando o homem primitivo sentiu as primeiras dores (SILVA; SALES-PERES, 2007).

Rosenthal (2001) afirma que os primeiros registros da Odontologia, inicialmente conhecida como Arte Dentária, datam de 3.500 a.C, na Mesopotâmia, onde foi possível observar inscrições que mencionavam algo como um "verme" que causava a destruição dental, o gusano dentário. A concepção de saúde-doença na época era do modelo mágico-religioso, dessa forma, para a cura de problemas dentais, utilizavam-se da magia e religião para destruir tal verme.

Almeida, Vendúsculo e Mestriner-Junior (2002 apud SILVA; SALES-PERES, 2007, p. 8) afirmam que a Odontologia foi construída ao longo do tempo, "primeiramente exercida por sacerdotes e médicos para, a seguir, ser relegada às mãos de charlatões, até encontrar um segmento profissional que se dedicasse a ela".

No Brasil, o quadro de profissionais da saúde, em toda colônia até o século XIX, era constituído por leigos. Não era exclusividade da Odontologia possuir pessoas

das mais diversas formações atuando. Pereira (2012) afirma que isso se dava pela própria ausência de pessoal qualificado para exercer tais funções.

Anteriormente à chegada dos colonizadores, não havia especialistas para realizar o tratamento dos dentes como ocorria na metrópole portuguesa e em outros países da Europa. Com a colonização, surgiu a necessidade de pessoas capacitadas nas mais diversas ocupações para suprir a necessidade dos portugueses. Esses profissionais deveriam vir de Portugal para atender a tal demanda (CUNHA, 1952 apud SILVA; SALES- PERES, 2007, p. 8).

Poucos vieram e, evidentemente, os melhores profissionais não se deslocavam até a colônia. A maior parte dos profissionais que chegavam ao Brasil eram cirurgiões-barbeiros. Pelo fato da escassez desses profissionais e da atividade ser vista como de pouca importância, os escravos alforriados assumiram essa tarefa (FERRARI, 2011).

Esse primeiro modelo de saúde bucal ficou conhecido como Odontologia Artesanal. Era realizada de forma rudimentar praticada por cirurgiões-barbeiros, que, além da barba e cabelo, faziam extrações dentárias na feira, no meio da multidão. Nessa época, os ensinamentos eram passados de mestre para aprendiz, não existia cientificidade. A prática se dava de forma itinerante e era unicamente curativa, se resumia em acabar com a dor (BLEICHER, 2004).

O avanço na profissionalização da Odontologia iniciou em 1841, com o surgimento da primeira faculdade de odontologia, em Baltimore, Estados Unidos, passando do modelo artesanal para a Odontologia Científica/tradicional (SILVA; SALES-PERES, 2007; BLEICHER, 2004).

No Brasil, com a vinda da corte de Portugal em 22 de janeiro de 1808, ocorre um surto de progresso nas mais diversas áreas, dentre elas a Odontologia. Com o desenvolvimento tecnológico e cultural, surgiram os primeiros passos para sua profissionalização. Desse modo, no século XX ocorre um rápido avanço da ciência odontológica no Brasil, sendo criadas as primeiras faculdades de Odontologia (ROSENTHAL, 2001; NARVAI, 2003).

Existem dois marcos da profissionalização da Odontologia no Brasil: (i) decreto 7.247, 19 de abril de 1879, que determinava a criação de faculdades de cirurgia dentária em cada faculdade de Medicina; (ii) decreto 9.311, de 25 de outubro de 1884, que considerava crime o exercício da Odontologia por todos aqueles que

não obedecessem às normas. Destaca-se que o decreto 9.311 reconhecia todo curso de Odontologia como ensino superior (SILVA; SALES-PERES, 2009).

Somente por meio do decreto nº 23.540, de 04 de dezembro de 1933, estabeleceu-se o limite do exercício dos dentistas práticos até 30 de junho de 1934 (SILVA; SALES-PERES, 2009; PEREIRA, 2012).

Em 17 de janeiro de 1951, foi criada a Lei nº 1.314, que regulamenta o exercício profissional do cirurgião-dentista. Essa lei, em seu artigo 1º, afirma que:

Art. 1o. – O exercício da profissão de odontologista no território nacional só será permitida aos que se acharem habilitados por título obtido em Escola de Odontologia, oficialmente ou legalmente reconhecida, devidamente registrado na Diretoria do Ensino Superior e anotado, sucessivamente, no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e na repartição sanitária estadual competente (BRASIL, 1951).

Tal lei representou um avanço, pois exigia duas condições fundamentais, o diploma, que deveria ser expedido por estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido, e o seu registro nos órgãos competentes (SILVA; SALES-PERES, 2009).

Em 1964, é regulamentada a Lei nº 4.324, instituindo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), órgão normativo da profissão no país, do qual emanam as resoluções que devem orientar a atuação dos Conselhos Regionais, aos quais se subordinam todos os profissionais (BRASIL, 1964).

E, finalmente, surge a legislação em vigor atualmente, a Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966, conferindo à Odontologia ampla autonomia no que concerne ao seu exercício legal (PEREIRA, 2012). Essa legislação traz, em seu artigo sexto, as atribuições que o cirurgião-dentista pode realizar. Observa-se aqui a ausência de qualquer orientação no âmbito das práticas coletivas ou de ações de promoção e prevenção à saúde bucal. A regulamentação da Odontologia até esse momento prestigiava somente a atividade clínica curativista, reparadora e esta se dava a nível individual.

Art. 6º Compete ao cirurgião-dentista:

<u>I</u> - praticar todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pósgraduação;

<u>II</u> - prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;

III - atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros:

<u>IV</u> - proceder à perícia odontolegal em fôro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;

V - aplicar anestesia local e troncular;

<u>VI</u> - empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;

<u>VII</u> - manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;

<u>VIII</u> - prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;

IX - utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça. (BRASIL, 1966, p. 1).

Importante destacar que a regulamentação da Odontologia e do seu exercício profissional é mais ampla, não se esgotando nos limites estritos da Lei nº5.081/66. Ela contém disposições legais nos atos normativos do CFO, bem como em atos executivos dos Conselhos Regionais (SILVA; SALES-PERES, 2007).

3.2 Odontologia: do Modelo Tecnicista (Tradicional) ao SUS

Conforme descrito nos parágrafos anteriores, a odontologia passou por uma longa evolução até chegar a sua fase científica e propiciar à população um atendimento responsável e de qualidade (SILVA; SALES-PERES, 2007). No Brasil não poderia ser diferente, assim alguns aspectos relacionados à evolução dos modelos de atenção merecem destaque.

Após o surgimento das primeiras faculdades, a Odontologia adquire cientificidade, passando a atuar no modelo técnico-assistencial, privatista, em dissociação da prevenção. Em 1910, com o Relatório Flexner¹, a saúde consolida esse modelo, tendo a Odontologia adotado o modelo flexneriano na década de 1960 (FERRARI, 2011).

Segundo Mendes (1986), esse modelo tem como características o mecanicismo, o biologicismo, a especialização precoce, a assistência individualista, o tecnicismo e a ênfase em abordagens curativas, em que se prestigiava a prática

_

¹ A Fundação Carnegie publica, em 1910, o Relatório Flexner contendo uma crítica à situação da medicina naquela época e propondo soluções para a questão. Tal relatório fez uma avaliação do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, e concluiu que, das 155 faculdades de medicina existentes, 120 apresentavam condições péssimas de funcionamento. O relatório de Flexner teve um efeito devastador, e nos anos seguintes a quase totalidade das instituições por ele criticadas fechou suas portas (PINTO, 2000).

privada. Assim, para ampliação do acesso de serviços odontológicos para a sociedade civil, seria necessário haver mudanças nesse modelo.

A assistência odontológica prestada nos grandes centros urbanos até a década de 1950 era realizada principalmente por dentistas em prática privada, pagos diretamente pelo paciente ou pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). Segundo Ferreira, Abreu e Oliveira (2011, p. 38) "nesse período, os modelos gerenciais que orientavam as ações de saúde bucal estavam estabelecidos de forma disseminada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica".

Bleicher (2004) enfatiza que enquanto a Odontologia Científica/Tradicional se desenvolveu no setor privado, o setor público começava, de forma incipiente, a tentativa de superá-la.

Da necessidade de ampliar o acesso da população à saúde bucal, surge a Odontologia Social ou Sanitária com o diferencial de inserir a Odontologia na Saúde Pública. No entanto, ainda predominava o conceito flexneriano, constatando-se que a assistência individual não era suficiente para atuar neste setor da saúde. A primeira tentativa de rompimento com a prática hegemônica se deu nos anos da década de 1950, trabalhando dentro das escolas, adotando o modelo incremental (PINTO, 2000).

O modelo incremental foi introduzido pelo Serviço Especial de Saúde (Fundação SESP) e priorizou os escolares de 6-14 anos. Trouxe um enfoque curativoreparador para esses escolares, realizando um levantamento epidemiológico para, em
seguida, efetuar os procedimentos restauradores. A mais, marcou o início da
programação para assistência odontológica e da lógica organizativa (BRASIL, 2008).
Nickel, Lima e Silva (2008) afirmam que o sistema incremental apresentou resultados
satisfatórios no que diz respeito aos tratamentos concluídos em escolares, porém não
houve redução do valor final do índice CPOD². Os elementos cariados foram
substituídos pelos restaurados. Bleicher (2004) afirma que a Odontologia sanitária, ao
eleger como público-alvo os escolares, acabou por distanciar a profissão dos demais
profissionais. Nesse modelo, já se falava em prevenção e cura, no entanto, as práticas
aconteciam de forma desarticulada.

.

² CPO-d - Índice Odontológico que tem por objetivo a contabilização de dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados). Estima a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente. A idade de 12 anos é adotada internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador (PINTO, 2000).

Apesar das críticas devido ao modelo, Bleicher (2004) salienta que se deve considerar as limitações avaliando conjuntamente as condições históricas e do conhecimento científico da época. Acrescenta que o sistema incremental representou um avanço frente à Odontologia Tradicional/Científica visto ter trazido conceitos da Epidemiologia e do Planejamento em Saúde.

Por iniciar as práticas preventivas, mesmo que incipientes, por meio da fluoretação das águas de abastecimento (ESMERIZ, 2009) e da aplicação tópica de flúor nos escolares atendidos no programa, o Sistema Incremental foi um marco para a saúde bucal pública no Brasil (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, no período compreendido entre as décadas de 1950 e 1980, a prestação de assistência odontológica pelo setor público no Brasil privilegiava a assistência a escolares, e, para o restante da população, a assistência se dava de forma disseminada entre as variadas instituições, apresentando, muitas vezes, duplicidade no objeto de atenção, dentre as quais as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Na década de 1970, a maioria dos países em desenvolvimento vivenciava uma evidente crise financeira e administrativa que atingia os serviços de saúde. Nesse período, foi concebido o modelo da Odontologia Simplificada que teve como característica a prevenção com ênfase coletiva e educacional, diminuição dos passos clínicos e simplificação dos equipamentos de forma a facilitar sua padronização e utilização de forma eficiente (PINTO, 2000; BRASIL, 2008).

Buscava-se, com esse modelo, a eliminação do supérfluo, de forma a reduzir custos da assistência e aumentar a cobertura. Foi introduzido o conceito de equipe de saúde bucal, permitindo o melhor aproveitamento dos equipamentos. No entanto, continuou com os escolares como público-alvo, dando ênfase à assistência curativa. A mais, criou-se uma concepção deturpada de "Odontologia de 2ª classe para cidadãos de 2ª classe", confrontando-se qualidade versus quantidade (BLEICHER, 2004 p. 101).

A Odontologia Simplificada não foi capaz de superar o problema do públicoalvo e, embora salientasse a importância da prevenção, sua prática continuou a priorizar o curativo (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011). Trouxe como aspecto positivo a desmonopolização do saber, visto que agora o dentista atuava na clínica com pessoal auxiliar (BLEICHER, 2004).

Nos anos 80, do século XX, falava-se em Odontologia Integral ou Incremental Modificado. Esta procurou superar dialeticamente a odontologia simplificada. Possuía três pilares de atuação: atitude preventiva, que levava em consideração a integralidade da atenção, a simplificação sem exageros e a desmonopolização do saber, agora com o foco na educação e participação da comunidade (MENDES, 1986). Esse modelo, ao dar importância à integralidade da atenção, conseguiu finalmente romper a dicotomia entre prevenção e cura.

Diante disso, foi considerada como uma nova forma de se fazer e pensar a Odontologia. Foram mudados os espaços de trabalho, os consultórios nesse momento foram transferidos para os postos de saúde, o que facilitava uma maior interação da Odontologia com outras áreas da saúde e proporcionava uma assistência mais universal. No entanto, teve como base o Sistema Incremental apresentando apenas algumas alterações (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Em função das críticas ao Sistema Incremental, surgiu, no fim da década de 1980, o Programa de Inversão da Atenção (PIA), o qual teve como princípio fundamental a mudança de enfoque de "cura" baseada em tratamentos concluídos para o "controle" com ênfase em ações de caráter preventivo promocional, e declínio da doença cárie. Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Buscou adaptar-se às doutrinas do SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária (NICKEL; LIMA; OLIVEIRA, 2008; FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Em síntese, o PIA, apesar de ter apresentando avanços por conseguir romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando medidas preventivas para o controle da cárie, priorizava ainda os escolares no desenvolvimento das ações programáticas em saúde. Também não levou em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, permanecendo com índice CPOD alto, principalmente na faixa etária não atendida por esse modelo. A mais, não conseguiu aplicar os princípios já preconizados pelo SUS como a universalidade, integralidade e equidade, visto que apenas um grupo populacional era atingido (NICKEL; LIMA; OLIVEIRA, 2008; FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Outro modelo difundido na Odontologia foi a Atenção Precoce, que buscou resgatar a população com idade inferior a seis anos, relegada desde a década de 1950, com o início do Sistema Incremental. Tal modelo introduz a importância da prevenção da cárie na dentição decídua para a população e para os profissionais de saúde, representando assim uma conquista da Odontologia, por apresentar uma abordagem centrada numa perspectiva unicamente preventiva-promocional (NICKEL; LIMA; OLIVEIRA, 2008).

Ferreira, Abreu e Oliveira (2011) afirmam que disseminar apenas uma técnica preventiva, direcionada para uma população restrita, não prestando assistência a outras parcelas da população, gera modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes. Esse modelo traz deficiências como nos anteriores por não contemplarem os princípios do SUS como a universalidade, equidade e integralidade.

3.3 Odontologia no SUS

Até a década de 1970, no Brasil, o Sistema Nacional de Saúde estabelecia as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização detinha forte característica centralizada no nível federal e apresentava nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social) (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Desde a Declaração de Alma-Ata em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) se estabeleceu como modelo reorganizador dos sistemas de saúde, tendo em vista a baixa resolutividade apresentada pelo modelo hospitalocêntrico hegemônico naquele momento (PEREIRA, 2013).

O Sistema Nacional de Saúde recebeu intensas críticas de setores acadêmicos e da sociedade civil. Dentro do processo de redemocratização do país, na década de 1980, principalmente a partir de 1985, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos chamado Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

No Brasil, a reforma do sistema de saúde se deu com características próprias. Com o início da Previdência Social, já se observava uma tendência de

inclusão, em que cada dia mais cidadãos passaram a ter, pelo menos no campo formal, garantias de direitos (RODRIGUES, 2016).

A busca por novos modelos de assistência decorreu de um momento histórico-social, visto que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atendia mais às necessidades de saúde das pessoas (ROSA; LABATE, 2005).

Os precursores da reforma sanitária brasileira vislumbraram a possibilidade da criação de um cenário onde ideias que avançassem o sistema pudessem prevalecer. Além de ideias academicamente bem trabalhadas, foi criada uma aliança que incluiu o usuário, ator imprescindível, que até então estava ausente, conferindo autossustentabilidade a este movimento. Com essa junção, podem-se realizar avanços na estruturação de um novo arcabouço institucional (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

O grande marco histórico nesse processo foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. Nesse evento, discutiram-se temas como Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, propondo com esses uma reforma administrativa e a unificação das instituições e serviço de cuidados no Ministério da Saúde, que seria, a partir de então, o órgão responsável pela condução e gestão de toda a política de saúde. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes, que elaboraram a Constituição de 1988 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000; ROSA; LABATE, 2005).

Na Constituição Federal de 1988 se dá a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo o direito universal à saúde e priorizando a Atenção Primária visando à implementação de um modelo integral capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1988).

Ao se afirmar a saúde como direito de todos, a CF se direciona no sentido de resgatar a ampla cidadania e de estabelecer um caminho para a criação de políticas sociais mais justas (PINTO, 2000).

A precariedade de condições sociais ainda existentes no Nordeste brasileiro fez ter início uma importante experimentação social que foi a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS não se tratava de algo novo, visto que, em Minas Gerais, na década de 1970, já houvera a

experiência da capacitação dos auxiliares de saúde, e, posteriormente, no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Contudo, observou-se uma diferença no apoio dado a essa iniciativa, devido ter incidido sobre populações há muito postergadas (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

Inicialmente, o PACS foi implantado em regiões vitimadas pela seca visando, como ação principal, à prevenção da mortalidade infantil e materna, obtendo resultados positivos na sua diminuição. A partir da experiência acumulada com o PACS no Ceará, o MS percebe a importância dos Agentes Comunitários de Saúde nos serviços básicos no município e começa a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (ROSA; LABATE, 2005).

O sucesso dessa iniciativa serviu de exemplo para o Ministério da Saúde implantar, em 1991, em outras regiões do país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, seguido, em 1994, pelo PSF (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

Na Política Nacional de Atenção Básica, o PSF torna-se estratégico para a reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária, deixando a concepção focalizada e programática para tornar-se a ESF no ano de 2005 (BRASIL, 2012).

A ESF deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e tem como eixos fundamentais o território e a população adscrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços (BRASIL, 2009).

Para Andrade (1998) a ESF se apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, buscando agir preventivamente a partir de um novo modelo de atenção.

De Souza e Jacobina (2009) afirmam que, conforme o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não se deve restringir à assistência curativa, e sim buscar dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, à execução de ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde.

Por muito tempo, a Odontologia se situou à margem das políticas públicas de saúde. O acesso ao dentista era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas só procurassem atendimento em casos de dor, realizando, muitas vezes, a extração do elemento dentário. Isso só perpetuou a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (BRASIL, 2004). Com o advento do SUS, reivindicou-se a saúde como um direito de todo cidadão e que deveria ser garantido pelo Estado. Precisava-se de um modelo de saúde bucal que respeitasse os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (BLEICHER, 2004).

Apesar de o PSF ter sido criado em 1994, a inserção oficial da Odontologia no programa só ocorreu no ano 2000, por meio da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Essa inserção teve como principal objetivo a reorganização do modelo de atenção, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde bucal, garantindo atenção integral, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000). Essa portaria apresenta linhas gerais sobre a forma de o dentista atuar nesse novo modelo:

Art. 2 º Definir que o trabalho das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, estará voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000).

Nesse primeiro momento, a Odontologia se inseriu atuando em duas equipes da ESF. Somente em 17 de março de 2004, o Governo Federal lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também chamada de Brasil Sorridente, que ampliou o número de equipes de saúde bucal, sendo um dentista para cada eSF. Por meio dessa política, buscou-se 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 (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

O Brasil Sorridente trouxe um direcionamento para o modelo de atenção à saúde bucal, na Atenção Básica. Pires e Botazzo (2015) afirmam que, com essa política, buscou-se:

uma transformação na forma de abordagem dos problemas, de modo a enfrentar um modelo hegemônico (odontológico), que ao longo dos anos produziu obstáculos na direção do cuidado integral do paciente/usuário por

fundamentar-se em uma organização do trabalho que distanciou a equipe de saúde bucal de práticas coletivas, as quais poderiam, em sua função essencial – o coletivo – responder à integralidade (PIRES; BOTAZZO, 2015 p. 275).

A partir da inserção da odontologia no PSF, novas atribuições foram acrescentadas ao processo de trabalho do dentista, trazendo como prioridade a promoção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral. O atendimento odontológico passou a ser executado em domicílios e espaços comunitários, com o dentista não atuando mais exclusivamente no espaço da unidade de saúde (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

A PNAB (BRASIL, 2017) trouxe como atribuições específicas para o cirurgião-dentista algumas práticas que vão além do curativo e do individual, merecendo destaque algumas delas:

I- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

IV- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar; e

VIII- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe.

Além de direcionar a prática do dentista, a PNSB nos mostra que outro aspecto que merece destaque na ESF diz respeito ao processo de trabalho. Reconhece como desafio a inserção da saúde bucal em uma equipe multiprofissional devido a afrontar valores, lugares e poderes consolidados dos modelos que antecederam (BRASIL, 2004).

As Diretrizes Curriculares Gerais da formação em saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, determinam que os currículos devam enfatizar os princípios e diretrizes do SUS. No entanto, a educação superior em saúde no Brasil ainda se baseia na prática hospitalocêntrica, especializada e direcionada ao setor

privado, não responsiva às necessidades sociais (ALMEIDA FILHO, 2013). Isso representa um grande desafio para o dentista da estratégia, que necessita trabalhar integrado em uma equipe multidisciplinar (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

A ESF tem potencialidades para mudança do modelo assistencial (GONÇALVES; RAMOS, 2010), mas se observa a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada (ROSA; LABATE, 2005).

Segundo Reis, Scherer e Carcereri (2015) encontram-se na literatura alguns estudos que analisam a saúde bucal na ESF. A grande maioria desses estudos ressaltam o aspecto inovador e descrevem as dificuldades e/ou avanços alcançados. Esses autores buscaram, em seus trabalhos, compreender mais especificamente como o CD desenvolve seu trabalho na ESF. Além disso, declaram desconhecer algum outro estudo que tenha se preocupado com essa questão.

A mais, observaram que os dentistas inseridos na ESF detêm um maior foco na saúde e não na doença e apresentam satisfação pessoal em trabalhar com comunidades e em equipe. No entanto, ainda se verifica o predomínio de atividades curativas e preventivas individuais sobre as ações de promoção de saúde coletivas (REIS; SCHERER; CARCERERI, 2015).

Moraes, Kligerman e Cohen (2015) realizaram um estudo sobre o processo de trabalho do CD inserido na ESF em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. Nessa pesquisa, consideraram que, apesar da inserção da odontologia na ESF, garantir à população um atendimento odontológico preventivo ainda é um desafio. Acreditam que a demanda reprimida seja uma das maiores causas que impeça que o atendimento pelo modelo tradicional seja substituído totalmente por aquele direcionado pelos princípios do SUS. Além disso, afirmam que os procedimentos curativos continuam sendo predominantes.

Esses mesmos autores observaram que a totalidade dos dentistas participantes desse estudo declarou que a maior parte de sua carga horária de trabalho se dá dentro do consultório, desempenhando atividade clínica (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Barbosa, Brito e Costa (2010) realizaram, no município de São Gonçalo do Amarante, no Rio Grande do Norte, uma pesquisa sobre percepção dos profissionais

de saúde bucal com relação às atividades desenvolvidas, ao processo de trabalho e à expectativa de melhoria das condições de saúde bucal das famílias adscritas. Constataram que o tratamento curativo-restaurador ainda é a prática dominante entre as atividades desenvolvidas pela eSB. No entanto, já observam uma maior preocupação com a prevenção, por exemplo, do câncer bucal e a valorização das ações preventivas e de educação em saúde nos depoimentos de alguns profissionais pesquisados.

Moura et al. (2013, p. 478), na pesquisa denominada "Saúde bucal na ESF em um colegiado gestor regional do estado do Piauí", fazem uma reflexão sobre alguns aspectos do desenvolvimento das ações odontológicas na Atenção Primária em Saúde. Nessa pesquisa, observaram dados preocupantes em relação à interdisciplinaridade, pois firmaram que "a multiprofissionalidade presente na ESF não garante interdisciplinaridade ou integração dos projetos de intervenção". Reforçam, ainda, como nos outros estudos demonstrados, que nas atividades desenvolvidas pelo CD há ainda uma demanda grande por ações de assistência odontológica clínica individual.

Nesse contexto, verifica-se a necessidade de mudança na concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da lógica curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro de um território socioeconômico e cultural.

3.4 Os movimentos sociais e a promulgação da PNSB

A 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi o primeiro momento que um grupo de trabalho observou como se dava o modelo de atenção da prática odontológica no país (NARVAI, 2011). Segundo o mesmo autor, o modelo se apresentava como ineficaz, ineficiente, de baixa cobertura, com enfoque curativo, mádistribuição dentre outros problemas.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) foi realizada em 1986 e teve como deliberação inserir a saúde bucal no sistema único de saúde, respeitando as competências para cada esfera governamental (BRASIL, 1986). Aconteceu concomitantemente à 8ª CNS, deixando um legado político e técnico para o setor da saúde.

Apesar do assunto ter perpassado por diversos debates, as proposições apresentadas pela 1ª CNSB não foram colocadas em prática. O governo federal, à época, trouxe como resposta uma duplicidade de atuação: pelo Ministério da Previdência Social (MPAS) criou um Departamento de Odontologia no INAMPS, implementando, em 1988, o Programa Nacional de Controle à Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF); e, pelo MS, lançou em 1989 uma PNSB, instituindo o Programa Nacional de Prevenção à Cárie Dental (PRECAD) (NARVAI; FRAZÃO, 2009). A mais, reiterou a falta de unificação nas ações de saúde que os movimentos sociais pediam no Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) e a legislação já exigia à época.

Na época do governo Collor, esses dois programas (PNCCSF e PRECAD) foram extintos e foi definido um Plano Quinquenal de Saúde, mas sem muitas determinações no âmbito da saúde bucal. No final do governo do presidente Itamar Franco, o PSF é implantado, mas somente no governo de Fernando Henrique Cardoso que a odontologia é inserida concretamente no PSF, por meio da Portaria n. 1.444/2000 (NARVAI; FRAZÃO, 2009; BRASIL, 2004).

Essa portaria foi assinada após a divulgação dos Dados da PNAD – 1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) a qual demonstrou a precariedade de acesso e condição bucal da população (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

Narvai (2011) afirma que se faz necessário o reconhecimento sobre a PNSB atual (Brasil Sorridente) ter sido definida a partir de um contexto histórico que se iniciou desde a redemocratização do país. Nesse contexto, participaram os diversos setores progressistas, tais como ENATESPO, Universidades, Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia (ECEO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV), Movimento da Reforma Sanitária, Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) e o empenho dos trabalhadores dos serviços públicos odontológicos.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo faz parte de um recorte do projeto de pesquisa "Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará", submetido e aprovado no edital interno da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde, Rio de Janeiro, de abril de 2015.

Tal trabalho teve como objetivo geral analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais na ESF do Ceará, contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS. A dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Apoio ao Saúde da Família (MPSF-Renasf) trouxe o recorte do campo e escopo de práticas do CD inserido na ESF, correspondendo à fase com abordagem qualitativa da pesquisa, em que foram entrevistados esses profissionais de saúde.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo foi de caráter descritivo, exploratório e transversal, de abordagem qualitativa. Nele buscou-se analisar o escopo de práticas profissionais, dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios do Ceará.

Segundo Gil (2011, p. 42), "as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis". O mesmo autor comenta que as pesquisas descritivas e a pesquisa exploratória são habitualmente realizadas pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Consideramos o estudo como descritivo por detalharmos as atividades das equipes de saúde bucal dentro da ESF (GIL, 2011).

Segundo Minayo (2013, p. 204), a pesquisa qualitativa trabalha geralmente com pessoas e com suas criações, de forma que estes sujeitos da pesquisa devem ser compreendidos como atores sociais, respeitados em suas opiniões, crenças e valores. Durante a coleta de informações, deve-se observar que "a fala dos sujeitos de pesquisa é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos", assim sendo, possibilita revelar processos sociais ainda desconhecidos inerentes a grupos particulares.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em quatro municípios do estado do Ceará: Eusébio, Tauá, Cruz e Fortaleza. Esses municípios foram escolhidos por representarem dois municípios de médio porte, um de pequeno porte e a capital do estado, respectivamente. A Regional II da capital – bem delimitada geograficamente, possuindo onze unidades de saúde da família – foi selecionada para a realização dessa pesquisa devido apresentar boa representatividade de profissionais do município e em virtude de sua extensão territorial. Todos os municípios incluídos deviam possuir serviços de Atenção Primária à Saúde avaliados pelo PMAQ-AB, por estes representarem o serviço com maior qualidade.

Apresentaremos, de forma sucinta, características gerais de cada um desses municípios:

Eusébio

O município de Eusébio tem população estimada em 52.880 pessoas. Apresenta taxa de escolarização, para pessoas de 6 a 14 anos, de 98,3%, dados de 2010. A proporção de pessoas que possuem alguma ocupação em relação à população total é de 82,6%, o que o colocou em 1ª posição em 2010 em relação aos outros municípios do Estado do Ceará. Possui 32,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2018). Parte de sua população (8,24%) vive em extrema pobreza e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH Municipal) é de 0,701, tendo o PIB per capita de R\$ 31.301,44 (BRASIL, 2018).

Na saúde, a taxa de mortalidade infantil média da cidade é de 3,69/ 1.000 nascidos vivos. Mais de um terço de sua população (37,21%) tem plano de saúde. Apresenta 18 equipes da ESF, totalizando 100% de cobertura e 16 eSB na modalidade I, representando 93,76% da população coberta pela saúde bucal. Possui um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) Municipal e um laboratório regional de prótese dentária. Apresenta ainda três equipes do NASF (Núcleos Ampliados de Saúde da Família) e um estabelecimento que oferta acupuntura como Prática Integrativa e

Complementar (PIC). Teve como adesão ao 3º ciclo do PMAQ 15 eSF, 15 ESB, 2 NASF e o CEO (BRASIL, 2018).

Tauá

O município de Tauá tem população estimada de 58.517 pessoas. Apresenta taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) de 97,7% em 2010. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de apenas 8,1%. Apresenta 32,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2018). Possui 26,06% da sua população vivendo em extrema pobreza e o IDH Municipal é de 0,633. Tem como valor de PIB per capita R\$ 8.620,88, dados de 2011 (BRASIL, 2018).

Como dados da saúde, apresenta taxa de mortalidade infantil média de 12,15/1.000 nascidos vivos. Apenas 2,37% de sua população tem acesso aos planos de saúde. Possui 25 eSF realizando 100% de cobertura e 12 eSB implantadas, realizando cobertura de 100% de sua população. Possui um CEO municipal e conta com 4 equipes do NASF em sua estrutura. Apresenta adesão ao 3º ciclo do PMAQ com 24 eSF, 21 ESB, 4 NASF e o CEO (BRASIL, 2018).

• Cruz

O município de Cruz tem população estimada de 24.131 pessoas. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98,5 em 2010. Tem 7,2% de proporção de pessoas ocupadas em relação à população total. Possui apenas 6,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2018). Apresenta IDH de 0,632 e 30,16% da população vive em extrema pobreza. O valor do PIB per capita é de R\$ 4.560,80 (BRASIL, 2018).

Na saúde, expressa taxa de mortalidade infantil de 11,8/1.000 nascidos vivos. A população que tem acesso a plano de saúde representa 0,74%. Apresenta 10 eSF, realizando cobertura de 86,85%, e 6 eSB cobrindo 65,54% da população. Tem um CEO municipal em sua estrutura e conta com 2 equipes do NASF. Possui dois estabelecimentos que realizam PICS, sendo um de fitoterapia e outro de

homeopatia. Teve como adesão ao 3º ciclo do PMAQ 10 eSF, 5 ESB e 1 NASF (BRASIL, 2018).

Fortaleza

Fortaleza, a capital do estado, tem população estimada em 2.643.247 pessoas. A taxa de escolarização foi de 96,1 em 2010. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 32,5%. Apresenta 74% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2018). Possui 0,754 de IDH Municipal e 5,46% da população vivendo em extrema pobreza. Tem R\$ 16.962.89 como valor de PIB per capita (BRASIL, 2018).

Na saúde, Fortaleza possui 352 equipes da ESF, atingindo 47% da população da capital coberta. É considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura da estratégia, entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes (BRASIL, 2018). Possui taxa de mortalidade infantil de 11,5/ 1.000 nascidos vivos e 36,80% da população possui plano de saúde.

Apresenta 258 eSB dando cobertura de 39,84% da população e 6 CEOS (sendo três deles municipais e os outros três, estaduais). Conta ainda com 26 equipes de NASF. Possui 150 estabelecimentos que ofertam serviços de PICS. Apresentou adesão ao 3º ciclo do PMAQ com 380 ESF, 223 ESB, 10 NASF e 6 CEOS (BRASIL, 2018).

4.3 População do estudo

A população do estudo envolve dentistas que atuam na ESF. A amostra da pesquisa "Campos de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará" foi selecionada de forma intencional a partir de duas equipes completas de ESF por município, que atuavam no território por, no mínimo, seis meses, e dispunham de número adequado de famílias adscritas, infraestrutura e insumos satisfatórios ao funcionamento. Os médicos, enfermeiros, dentistas e ACS das equipes selecionadas participaram do estudo; no entanto, para este projeto de pesquisa serão utilizados como participantes do estudo apenas os dentistas.

Assim, como critérios de inclusão temos os CD pertencentes às equipes completas que possuíam no mínimo seis meses de funcionamento, infraestrutura e insumos adequados. Foram excluídos do estudo os dentistas que se encontravam de férias e/ou em desvio de função no momento da coleta de dados.

Nesse estudo, teve-se um total de 08 sujeitos distribuídos conforme segue abaixo:

- Fortaleza (2) dentistas (2);
- Tauá (2) dentista da zona urbana (1), dentista da zona rural (1);
- Eusébio (2) dentistas (2);
- Cruz (2) dentista da zona urbana (1), dentista da zona rural (1).

No caso dos municípios de Eusébio e Fortaleza, por não existir áreas rurais, as entrevistas foram realizadas somente com dentistas da zona urbana.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas. Segundo Lakatos e Marconi (2007), a entrevista semiestruturada possibilita explorar mais amplamente uma determinada questão. Minayo (2013) afirma ainda ser a entrevista o procedimento mais usual no trabalho de campo. A autora declara que a entrevista não significa uma conversa despretensiosa e neutra; por meio dela, o pesquisador procura informações contidas na fala dos atores sociais pesquisados.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada, aplicado aos dentistas (APÊNDICE A), inicialmente requerendo informações como caracterização dos informantes; na sequência, foram usados dois blocos de perguntas relacionadas às práticas específicas do profissional e suas práticas gerais dentro da equipe.

Neste estudo, iremos analisar o discurso dos dentistas das equipes de referência. As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2017 e janeiro de 2018, foram registradas em áudios e posteriormente transcritas.

4.5 Análise dos dados

Os dados desta pesquisa foram coletados por meio de entrevistas, as quais foram transcritos e analisados a partir da Análise de Discurso.

Segundo Minayo (2013), a Análise de Discurso traz a reflexão sobre as condições em que o texto foi produzido e a apreensão de seus significados. Afirma que o sentido de uma palavra ou expressão não existe em si mesmo, pois expressa posições ideológicas no processo sócio-histórico em que as relações são produzidas.

Caregnato e Mutti (2006) confirmam que a Análise de Discurso busca compreender o sentido que o sujeito emprega às palavras, e não somente o seu conteúdo explícito.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa "Campos de Práticas Profissionais e Acesso ao Cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará", que constitui os dados para este recorte, foi submetida à Plataforma Brasil, obtendo autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ – IOC), por meio do Parecer de número 1.159.936 de 14/07/2015. O Projeto foi submetido à Plataforma Brasil em 28 de maio de 2015 em nome da coordenadora, Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

Esse estudo encontra-se em acordo com a Resolução nº. 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012a).

A cada participante da pesquisa foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assegurada à liberdade de participação, de recusa e o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe causasse prejuízos ou constrangimentos.

Foram resguardados os preceitos éticos de anonimato, participação voluntária, ciência dos objetivos da pesquisa, além de cuidados com a integridade dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados estão apresentados no modelo de artigo científico. A normatização do Mestrado Profissional em Saúde da Família permite que o mestrando defenda a dissertação neste formato. Foi elaborado um manuscrito que será submetido ao periódico Saúde em Debate (Rio de Janeiro). As normas de publicação do periódico encontram-se no Anexo 1. Eis o documento a ser apresentado ao periódico:

O Agir do dentista na equipe da Estratégia Saúde da Família em municípios do Ceará: para onde estamos caminhando

Giovanna de Vasconcelos Herbster

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

RESUMO:

Este estudo foi um recorte do projeto "Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Ceará". Objetivou analisar o escopo de práticas profissionais dos cirurgiões-dentistas que atuam na ESF. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa. Foram entrevistados oito dentistas pertencentes à ESF, no período de outubro a dezembro de 2017 e janeiro de 2018. As falas dos entrevistados foram gravadas, transcritas e analisadas por meio do método da Análise de Discurso. Agrupamos os temas empíricos em quatro categorias: competências do CD na ESF; trabalho interprofissional; relação com a comunidade; e educação permanente. Para analisarmos a atuação do dentista na eSF, comparou-se com a Política Nacional de Atenção Básica (2017) e a Política Nacional de Saúde Bucal (2014). Os resultados apontam o dentista ainda muito inserido no consultório odontológico, mas com avanços na organização do atendimento clínico. A promoção de saúde exercida pelos dentistas ainda se estabelece prioritariamente dentro da escola com escovação e aplicação tópica de flúor. Assim, a inclinação pessoal do profissional é decisiva para a realização do trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças; e o trabalho em equipe, apesar de cooperativo, na realidade limita-se em referenciar ou tirar dúvidas, sendo compreendido de forma fragmentada e hierarquizada. Refletiu-se sobre dificuldades advindas com a PEC 95/2016 no que concerne à continuidade dos serviços.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Odontologia; Prática profissional.

ABSTRACT:

This study is a part of a research project "Field of professional practices and access to care in the Family Health Strategy (FHS) no Ceará." The objective of this study was to analyze the scope of professional practices of the dentists who work in the FHS. It was a descriptive crosssectional study of qualitative approach. Eight dentists from the FHS were interviewed. The interviewees' statements were recorded, transcribed and analyzed through the discourse analysis method. The empirical themes were grouped in four categories: CD competencies in the FHS; interprofessional work; relationship with the community and continuing education. To analyze the dentist's performance in the FHS, it was compared with the National Primary Care Policy (2017) and the National Oral Health Policy (2014). The results indicate that the dental surgeon's performance is stil very inserted in the dental office, but advances are being made in the organization of clinical care. The health promotion by dentists is still established primarily within the school with brushing and topical application of fluoride. The personal inclination of the oral health professional is decisive for the work of health promotion and disease prevention and teamwork, although cooperative, in reality is limited to referencing or answering questions, being understood in a fragmented and hierarchical manner. It reflected on difficulties arising from PEC 95/2016 regarding the continuity of services.

Keywords: Family Health Strategy; Primary Health Care; Dentistry; Professional Practice.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, como principal aposta do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, sendo considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade preconizados pelo SUS. O PSF tornou-se estratégico para a reorientação do modelo assistencial na atenção primária, deixando a concepção focalizada e programática para tornar-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano de 2005¹.

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do SUS se deparam com desafios diversos em seu funcionamento, e um deles é o de oferecer, aos usuários do sistema, cuidados em saúde que tenham qualidade. Portanto, faz-se necessário refletir sobre o perfil pretendido aos profissionais de saúde, não com enfoque apenas em conhecimentos técnicos, mas também nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em favor da saúde da população e com a consciência da sua responsabilidade social².

A inserção das equipes de saúde bucal (eSB) na ESF se deu inicialmente por meio da iniciativa de alguns municípios como Curitiba (PR) e Brasília (DF), em 1995, e Camaragibe (PE), em 1998³. Nesse contexto, as eSB, amparadas pela Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal, foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde (MS) e incorporadas às equipes da ESF (eSF) somente no final do ano 2000, tendo ocorrido o repasse dos primeiros incentivos em 2001⁴.

No primeiro momento, a Odontologia se inseriu atuando em duas equipes da ESF. Somente em 17 de Março de 2004, o Governo Federal lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também chamada de Brasil Sorridente, que ampliou o número de equipes de saúde bucal, sendo um dentista para cada eSF. Por meio dessa política, buscou-se 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 população⁵.

Com a inserção do CD nesse novo modelo assistencial, criou-se a necessidade de mudança de atuação desses profissionais. Tiveram que romper com o paradigma do trabalho curativo e restaurador a que estavam acostumados e adentrar em um campo de atuação mais amplo, mais relacionado com o coletivo, onde os profissionais da Odontologia necessitariam conhecer e praticar os conceitos e princípios da ESF e desenvolver habilidades para o trabalho multiprofissional⁶.

Entende-se o conceito de campo de práticas como a definição do que a profissão faz e como ela faz. Levando em consideração que toda profissão tem atos que, por lei, lhe são reservados e atos que podem ser compartilhados. Já o conceito de escopo de prática se dá a partir da interação entre autores e instituições, que vão desde o que é previsto por lei até o que o profissional realiza na prática, considerando aqui as habilidades adquiridas e qualidades e atitudes individuais⁷. Estas questões são fundamentais na determinação do campo de práticas profissionais na APS e podem repercutir na restrição do acesso a ações de saúde para a população.

Transcorreram-se mais de duas décadas da implantação da ESF, porém ainda são escassos estudos de avaliação da inserção da Odontologia na ESF². Diante dessas inquietações, procuramos saber: o CD inseriu-se realmente na eSF? Como têm sido desenvolvidas as suas práticas? Houve mudanças em suas práticas?

Este estudo objetivou analisar a relação entre campo e escopo de práticas profissionais dos dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, pretende-

se analisar o campo de práticas realizadas, fazendo um paralelo com a legislação da profissão e do SUS.

Metodologia

Este estudo faz parte de um recorte do projeto de pesquisa "Campo de práticas profissionais e acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família no Ceará", submetido e aprovado no edital interno da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), obtendo autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ – IOC), por meio do documento 1.159.936 de 14/07/2015.

Esse artigo traz o recorte do campo e escopo de práticas do CD na ESF, correspondendo à fase com abordagem qualitativa da pesquisa, em que foram entrevistados esses profissionais de saúde.

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal, apresentando abordagem qualitativa. A investigação foi realizada em quatro municípios do estado do Ceará, Eusébio, Tauá, Cruz e Fortaleza, representando dois municípios de médio porte, um de pequeno porte e a capital do estado. Todos os municípios incluídos possuíam serviços de atenção primária à saúde avaliados pelo PMAQ-AB. Como critérios de inclusão, participaram os CD pertencentes as equipes completas que possuíam no mínimo seis meses de funcionamento, infraestrutura e insumos adequados; e de exclusão, os dentistas que se encontravam de férias e/ou em desvio de função no momento da coleta de dados.

A amostra dos participantes foi intencional e realizada com dois dentistas de cada município. Nos municípios de médio e pequeno porte, as entrevistas foram realizadas com um dentista da zona urbana e outro da zona rural.

A coleta de dados se deu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, inicialmente requerendo informações como caracterização dos informantes; na sequência foram usados dois blocos de perguntas relacionadas às práticas específicas do profissional e suas práticas gerais dentro da equipe. As entrevistas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2017 e janeiro de 2018, foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Os dados obtidos foram analisados a partir do método da análise de discurso. De acordo com as observações registradas durante a escuta das entrevistas e leitura das transcrições, emergiram 4 categorias de análise: competências do CD na ESF; trabalho interprofissional; relação com a comunidade; e educação permanente.

Resultados e discussão

A caracterização dos entrevistados encontra-se no quadro 1. Dos oito dentistas participantes da pesquisa, cinco apresentaram mais de dez anos de formados, dois são graduados há menos de cinco anos, e somente um entre cinco e dez anos. Destes, somente os dois recém-formados atuam há menos de um ano na APS, os demais trabalham há mais de seis anos. Dessa forma, observa-se um perfil de profissionais com mais de dez anos de formado e com a atuação na APS com mais de seis anos.

Esses dados desmitificam a ideia de que o trabalho na ESF é uma possibilidade apenas para os primeiros anos de carreira. A Odontologia, desde a década de 1980, sofreu uma mudança profunda no que concerne a seu campo de trabalho. É evidente a saturação no mercado liberal, de modo que trabalhar na ESF aparece como uma saída para essa realidade⁸.

Interessante se perceber que nesse estudo houve uma maior participação de cirurgiõesdentistas do sexo masculino, quando os achados na literatura afirmam a ocorrência da feminização da categoria odontológica³, e, consequentemente, dos dentistas inseridos nas ESF⁹.

Quadro 1: Perfil dos entrevistados. Ceará, 2017.

Profissional	Idade	Gênero	Tempo de	Tempo	Tempo	Organização	At.
			Graduação	de	de	da	coletivas
				Atuação	Atuação	demanda*	em saúde
				na AB	na ESF		bucal**
1	65	Masculino	Mais de 10	6 anos ou	3 a 6 anos	Mista (com	ESC
			anos	mais		grupos	GP
						prioritários)	
2	32	Masculino	5 a menos	6 anos ou	3 a 6 anos	Mista (com	ESC
			de 10 anos	mais		grupos	VD
						prioritários)	
3	33	Masculino	Mais de 10	6 anos ou	Menos de	Sem	ESC
			anos	mais	1 ano	atendimento	
4	56	Masculino	Mais de 10	6 anos ou	1 a 3 anos	Mista (com	ESC
			anos	mais		grupos	GP
						prioritários)	PUE
5	23	Feminino	Menos de 5	Menos de	Menos de	Tradicional	ESC
			anos	1 ano	1 ano		
6	25	Masculino	Menos de 5	Menos de	Menos de	Mista	ESC
			anos	1 ano	1 ano		VD

7	36	Feminino	Mais de 10	6 anos ou	9 a 12	Mista	PUE
			anos	mais	anos		GP
8	36	Masculino	Mais de 10	6 anos ou	3 a 6 anos	Mista	ESC
			anos	mais			VD

^{*}Demanda Mista (com grupos prioritários) – atendimento da demanda programada (utilizando critérios de classificação de risco) e demanda espontânea; Demanda Mista – atendimento da demanda programada e espontânea; Tradicional – atendimento sem programação, somente demanda espontânea.

Competências do CD na ESF

Em 2004, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), amplamente conhecida como Brasil Sorridente, na busca de efetivar a atuação da equipe de saúde bucal (eSB) no modelo da ESF. Essa política tem como propósito a reorganização da prática odontológica e a qualificação dos serviços oferecidos¹⁰. Para complementar as atribuições do dentista voltadas para o trabalho na APS, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017, também trouxe contribuições, tais como: participação de ações coletivas voltadas à promoção de saúde, realização de diagnóstico para obter o perfil epidemiológico e desenvolvimento de atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe¹.

O que se observa na prática, de acordo com as falas dos entrevistados, é o CD ainda com sua atuação bastante inserida no consultório odontológico. Apesar do trabalho na ESF garantir a promoção de saúde e prevenção de doenças, estas ainda se dão de forma incipiente. Os dentistas concebem sua prática ainda centrada na clínica, com o atendimento individual curativo.

... como dentista é muito focado no consultório e aqui tava um tempo sem dentista, então, tá tendo muito atendimento de urgência, a gente desenvolve extrações e restaurações... (D3)

Aqui o enfoque mais da saúde no momento é no tratamento curativo que é como eu te falei, a demanda tá reprimida, a gente tá tentando controlar essa questão pra trabalhar a parte preventiva (...). A gente tá muito no enfoque curativo, no preventivo a gente tá buscando desenvolver... (D6)

^{**}ESC – escovação com aplicação tópica de flúor em escolares; GP – grupo prioritário; VD – visita domiciliar; PUE – puericultura.

A justificativa utilizada pelos dentistas sobre a dificuldade em desenvolver atividades com enfoque maior de promoção de saúde concentra-se na demanda reprimida de tratamento clínico, apesar do CD estar na ESF há quase vinte anos, o discurso ainda remete à dívida histórica da Odontologia. No estudo em três municípios da região serrana do estado do Rio de Janeiro sobre o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, os autores reforçam que antes da implantação da ESF, a população dispunha de pouca ou nenhuma assistência odontológica, sendo assim a necessidade da população por assistência curativa, ainda é uma demanda frequente⁶.

Em um estudo de revisão de literatura sobre as mudanças no agir do cirurgião-dentista após o surgimento do Programa Brasil Sorridente, mostrou-se que a prática odontológica se caracteriza ainda por ações eminentemente clínicas e ações preventivas direcionadas a escolares, sendo insuficientes para responder às necessidades da população¹¹, corroborando com o encontrado em nosso estudo.

Apesar do discurso tradicional de enfoque da prática individual e curativa, este não se organiza mais como no passado, somente por demanda espontânea. Identificou-se uma preocupação no acesso diferenciado à clínica odontológica, por meio da utilização de ferramentas como o acolhimento, estratificação de risco e identificação de grupos prioritários.

A gente desenvolve ações na parte curativa com agendamento, atendimento de urgência e educação em saúde, e fazemos também o acompanhamento de criança de zero a dois anos, as gestantes. É claro se vai fazer da criança, faz da gestante. E estamos também trabalhando com a estratificação de diabéticos. (D4)

Em relação às características organizacionais do trabalho, a totalidade dos dentistas trabalha com acolhimento e, em algumas unidades, faz-se estratificação de risco. Na PNSB, o acolhimento pressupõe que o serviço seja organizado a partir das necessidades do usuário, sendo a base da humanização das relações¹⁰. Implica agir no sentido de garantir uma escuta qualificada das demandas, de forma a contribuir para o aumento da resolutividade no serviço de saúde.

... todo dia no início da manhã, chego a fazer o acolhimento das pessoas, já marcar um dia pra atender esse usuário, e posteriormente atendo os pacientes que já estavam previamente marcados... (D2)

Então, para a organização do agendamento, hoje, existem dois dias específicos da semana que esses pacientes procuram e passam pra um acolhimento no próprio consultório odontológico. (D8)

Na literatura, encontramos que existiram avanços incipientes no trabalho em saúde bucal, sendo o acolhimento, vínculo e responsabilização considerados como alguns desses avanços¹¹, o que é consoante com o encontrado em nosso estudo.

Em algumas unidades de saúde, nas quais o CD ainda atende livre demanda, há uma preocupação pontual para organização de uma agenda programada, por meio dos casos de mais necessidade provenientes desse atendimento.

Como eu havia dito como estava sem dentista aqui eu optei por deixar a demanda livre (...). Alguns pacientes que eu vejo que há necessidade de tá remarcando, de tá com uma consulta programada, isso e aquilo, eu opto por agendar na minha agenda. (D5)

Nesses casos, identifica-se um conflito entre o conhecimento do que o CD deveria fazer na ESF e o que ele realmente faz. E para mediar essa situação, o profissional incorpora algumas ferramentas para a coordenação do cuidado, embora de forma pontual. Essa forma de atuação não segue o preconizado pelas políticas para a atuação do dentista na ESF^{1,10}.

Em estudo realizado em um município no sul do Brasil, com dentistas da ESF, estes afirmaram realizar trabalho clínico e preventivo e, no geral, demonstraram conhecer suas atribuições enquanto dentistas da ESF¹².

Situação semelhante é encontrada neste presente estudo, no que concerne ao conhecimento sobre a forma de trabalhar na ESF; no entanto, o saber não significa necessariamente a garantia de realização da prática (saber-fazer)¹³.

As densidades tecnológicas utilizadas no trabalho em saúde são classificadas em leve (tecnologias relacionais, formação de vínculo, acolhimento, autonomia na organização do processo de trabalho), leve-duras (saberes estruturados que operam no trabalho em saúde, as práticas clínicas) e duras (os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e as normas e

estruturas organizacionais)¹⁴. Cada uma dessas tecnologias tem sua importância a depender do problema de saúde do usuário.

Os dentistas na APS são os trabalhadores que mais necessitam da tecnologia dura para exercerem sua prática, de forma que os maiores problemas detectados para a execução plena do trabalho do CD, nas falas de todos os entrevistados, foram a falta de material (insumos) e a irregularidade na manutenção dos equipamentos para o exercício pleno da clínica odontológica. Quanto à falta de material, esse problema aparece em todas as unidades, sendo mais constante em algumas, aparentando um descaso por parte da gestão em garantir o funcionamento e a permanência do atendimento odontológico.

E quando passa um dia, dois dias, uma semana com o equipamento quebrado a gente cai num certo descredito (...). E deixa a gente que é profissional também numa situação de muita insatisfação e de impotência. (D1)

O problema maior seria essa necessidade de insumos. (D3)

Por volta de trinta por cento do ano foi parado (..) por falta de material, quebra de equipamento, né. Então assim, uma dificuldade é essa. (D8) A gente tem assim uma fragilidade muito grande na questão da manutenção de equipamentos, então quando quebram equipamentos, porque o dentista diferentemente de outros profissionais, que de repente com estetoscópio, uma caneta, um papel, uma mesa resolve muita coisa, o dentista depende de uma máquina né, uma máquina muito complexa e que precisa de uma manutenção sistemática porque senão compromete demais o nosso atendimento. (D1)

Em pesquisa realizada em Lages – SC, foi observado no relato dos entrevistados que alguns trabalhadores se sentem incomodados quando comparam a teoria de atuar na ESF com a realidade. Os profissionais que atuam na ESF enfrentam muitos desafios no que diz respeito a exercerem na prática o que é preconizado pela teoria, devido aos entraves que surgem no cotidiano das unidades de saúde¹⁵. Essa realidade também foi encontrada nesta pesquisa.

Dois dentistas citaram realizar atividades que consideram não previstas para sua atuação na ESF, tal como realização de pequenas cirurgias. A mais, demonstraram apresentar maior capacidade técnica para executar tais procedimentos e desejo de realizá-los.

Como eu tenho capacidade de fazer e eu acho que eu sei que dá pra realizar o procedimento em si, aí eu faço [remoção de 3º molar]. (D2) (...) tudo que é próprio da atenção básica e até o que não é, porque até cirurgias menores que eu tenho segurança pra fazer com o equipamento que a gente tem aqui, a gente também faz, de vez em quando. Semana passada mesmo a gente fez a remoção de um sialolito. (D8)

Apesar da fala do dentista reforçar que não é competência do CD na APS a realização de pequenas cirurgias, na PNSB¹⁰ e no manual do MS de 2018 intitulado "A saúde bucal no Sistema Único de Saúde"¹⁶, esses procedimentos se encontram prescritos na organização do processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de modo que se apresentam como competência para área de atuação no SF.

Um dentista considerou ter inovado na promoção de saúde, capacitando crianças para atuarem como multiplicadores, criando o Programa "Geração Cárie Zero":

Geração Cárie Zero né, que é um marketing educativo em promoção de saúde bucal. No projeto eu criava estímulos estratégico pra que as crianças tivessem vontade de ter um sorriso bonito e entre esses estímulos um foi o de formar um pilotão chamado geração cárie zero que desfilava no sete de setembro. (D1)

Apesar de ter sido uma solução criativa para se trabalhar com o grupo de escolares, essa ação se enquadra como atividade de promoção de saúde, pertencendo dessa forma ao rol de competências previstas na PNAB¹ e no Brasil Sorridente¹⁰ para atuação do CD na ESF.

Em um dos relatos, observa-se a preocupação do CD com o encaminhamento que seria dado, caso o procedimento não fosse realizado na Atenção Primária.

Esse paciente seria encaminhado pro sistema e passaria não sei quanto tempo numa fila de espera pra conseguir fazer o atendimento. Então, de vez em quando, a gente faz esse tipo de coisa, pra poder tentar

facilitar. E já que eu sei fazer, e gosto de fazer, eu acabo fazendo [cirurgias menores]. (D8)

Um profissional com escopo de prática limitado na área da saúde pode aumentar as taxas de referência para redes secundárias, acabando, assim, por dificultar o acesso dos usuários aos serviços. De outro modo, um escopo de prática ampliado contribui para melhorar o acesso aos serviços de saúde, impactando na diminuição dos custos e na qualidade dos serviços de saúde⁷. A fala do entrevistado denota ampliação da prática e empatia com o paciente.

O cirurgião-dentista que atua na ESF deve estar apto a realizar atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais, tais como: educação em saúde, visita domiciliar, aplicação tópica de flúor (ATF), capacitação de ACS e apoio ao pessoal auxiliar, bem como participação em grupos¹⁶.

Dos oito entrevistados, sete exercem atividades, no âmbito coletivo, voltadas para escolares, principalmente atividades de escovação com ATF. Somente um dentista comentou não estar realizando tal prática, devido à falta de material necessário (escova dental). Quatro dentistas participam de grupos prioritários (grupo de hipertensos, diabéticos, gestantes, tabagistas, dentre outros), e três realizam visita domiciliar. Apenas três falaram sobre puericultura, e esta se dá no consultório dentário, não como interconsulta, em que o dentista com o médico ou enfermeiro avaliam a necessidade do paciente, juntando seus saberes ao da equipe.

No entanto, ainda que seja almejada a execução de atividades de prevenção na eSF, alguns estudos demonstram a cobrança por parte dos gestores por produção de atividades clínicas, trazendo, algumas vezes, dificuldades de liberação do profissional para a realização das mesmas⁸.

Apesar de todos os entrevistados reproduzirem o que a gestão preconiza, realizando atividades clínicas e pontualmente as atividades preventivas, alguns dentistas se sobressaem realizando o trabalho de forma diferenciada, repercutindo positivamente na comunidade.

Dentro da atenção primária, dentro do que é estabelecido pela atenção eu entendo que a gente tá fazendo o que deve ser feito, né (...). Mas se a gente não focar muito a questão da prevenção e da promoção é como enxugar gelo, né? (D1)

Hoje, você tem consciência que se você interage mais, você tem capacidade de repassar e não adianta a questão do consultório, a cura por consultas, isso aí não existe (...) ou você vai pra educação mesmo (...). (D4)

Paradoxalmente, o próprio Ministério da Saúde apresenta algumas exigências na produção de serviços, o que vem a contribuir com a expectativa dos gestores. A PNSB estabelece que 75% a 85% das horas contratadas do CD devam ser dedicadas à prática clínica, restando 15% a 25% para atividades de âmbito coletivo¹⁰. Alguns dentistas trouxeram essa dificuldade em suas falas:

Antigamente existia a orientação de cinquenta por cento do período ser clínico e cinquenta na questão da prevenção, mas aí depois oitenta e cinco por cento clínico e quinze por cento na prevenção (...) a gente não tá podendo exercer por conta disso, por causa dessas limitações, e o restante desses atendimentos clínicos. Então, a orientação é ter o tratamento concluído... (D7)

...só que de um tempo pra cá mudaram pra tirar um desses turnos, que são quatro horas, e tiraram da atividade educativa pra ir pra clínica, por mais que não tenha condição de atender. (D8)

Concordando com as falas dos dentistas entrevistados neste estudo, a pesquisa em Anápolis-GO, sobre o perfil dos profissionais de nível superior na ESF, ponderou que tal determinação ministerial nos faz refletir sobre a dificuldade em alcançar o modelo de atenção integral à saúde com uma carga horária reduzida, como está posto, para atividades promocionais à saúde⁸.

A visita domiciliar apresenta-se como atividade rotineira da eSF, seja realizada por agentes comunitários de saúde ou pelos outros profissionais da equipe. É um instrumento valioso para se conhecer um pouco a realidade das famílias, aproximando e promovendo o vínculo entre profissional e paciente¹⁰.

Alguns estudos abordam a importância da realização da visita domiciliar feita pelo profissional da saúde bucal, não somente para o atendimento em domicílio do paciente

acamado, mas principalmente para trazer a compreensão, por parte do profissional, sobre o contexto que o paciente está inserido^{6,17}.

Atendimento domiciliar e a gente faz em conjunto praticamente a equipe inteira. (D2)

É que muitas pessoas não podem vir ao posto e se eu perceber que tem alguma necessidade básica assim de fazer algum procedimento no momento eu faço... (D1)

Dois entrevistados declinam em participar de visitas domiciliares e atividades educativas, argumentam o excesso de demanda para atendimento clínico. No entanto, algumas falas não são condizentes visto que, mesmo com o consultório odontológico com problemas, não havendo atendimento clínico, esses profissionais não realizam as práticas de saúde coletiva, revelando ser uma questão de motivação pessoal.

É orientação. É juntar um grupo tanto o grupo especial, exemplo, é um grupo de gestante pra dar orientação em relação àquela higienização, que é feita no período gestacional pra gestante quanto para os idosos, entendeu? Eu não pratico essa prática, né, que você perguntou. (D5) As práticas que não são realizadas é como lhe falei, né, as palestras que eu estou em falta com a população, prática de escovação assistida, né, e aplicação de flúor também, estamos em falta. (D5)

Pra ser sincero aqui na UBS eu não desenvolvi nenhuma outra prática assim com a população, aqui na UBS eu trato, mas dizer que ah eu fiz alguma ação de promoção de saúde aqui na unidade básica não... (D6) Não, não participo [sobre participar de atividade educativa na comunidade]. (D6)

Este estudo revelou que algumas das atribuições relacionadas à promoção de saúde destinadas aos cirurgiões-dentistas, que atuam na estratégia, não estão sendo desenvolvidas integralmente pelos profissionais entrevistados.

A atuação em equipe e em atividades de promoção da saúde são previstas na ESF e devem fazer parte do campo de atuação do CD. Realizar reflexões sobre o trabalho em equipe

e as competências de cada profissional se faz necessário de forma que o trabalhador da saúde possa melhor contribuir de acordo com seu núcleo de competência¹⁸.

Para melhor compreensão sobre competências, destacaremos alguns conceitos. São ações e operações mentais de origem cognitiva, socioafetiva ou psicomotora, que, quando associadas a saberes teóricos ou experimentais, geram habilidades relativas ao saber-fazer¹³. Encontra-se na literatura o conceito de competência como atitude para desenvolver atividades profissionais, tendo como base a inovação e capacidade para resolver atividades não rotineiras, incluindo a capacidade para relacionamento pessoal¹⁹. Por fim, o conceito de competência de Perrenoud²⁰, que traz a competência como a capacidade de atuar eficazmente, considerando-se os saberes e conhecimentos, no entanto, sem limitar-se a eles. Nesse conceito, o sujeito competente é o que pondera e encontra uma solução adequada para cada situação.

Podemos apreender desses conceitos que competência é um processo, o sujeito (trabalhador da saúde) vai se construindo, tornando competente concomitantemente com o enfrentamento dos problemas, trazendo soluções criativas¹³.

As competências do CD na ESF não estão sendo plenamente realizadas, principalmente no que tange às ações coletivas, ações de capacitação de ACS e pessoal auxiliar, e ações de educação em saúde, de forma que a mudança em sua forma de atuar tem se dado a passos curtos, trazendo pouco impacto na saúde bucal da população.

Trabalho interprofissional

Para se agir na complexidade dos fenômenos saúde-doença e de seus determinantes sociais, de forma a garantir a integralidade no cuidado, faz-se necessária a atuação de uma equipe multiprofissional atuando interdisciplinarmente ¹⁶. Pavoni e Medeiros ²¹ destaca, diante da diversidade de conceitos sobre o trabalho em equipe, a equipe como agrupamento e a equipe como integração. A primeira se caracteriza pela fragmentação das ações, e a segunda, pela articulação coincidente com a proposta da integralidade das ações em saúde e a necessidade atual de ampliação do escopo de prática profissional e difusão dos saberes.

A Política Nacional de Saúde Bucal traz a importância de haver a troca de saberes entre os diferentes profissionais de saúde, de forma a possibilitar que a saúde bucal se torne objeto de apropriação pelos outros profissionais da equipe, promovendo, dessa forma, que a equipe de saúde bucal (eSB) se sinta e faça parte da equipe multiprofissional¹⁰.

Nessa pesquisa, observou-se que, de forma geral, existe boa relação interpessoal entre os profissionais da eSF. No entanto, no que concerne à relação de trabalho interprofissional,

apesar de cooperativa, observa-se mais uma relação de tira-dúvidas em relação ao diagnóstico e alterações sistêmicas dos pacientes e/ou referência entre os profissionais, assemelhando-se ao conceito de equipe como agrupamento trazido acima.

A gente atende aqui praticamente de porta aberta (...) Ele atende o paciente e se ver alguma coisa na boca, ele já manda pra mim. E eu já atendo sem nem marcar, sem nada e na hora (D3).

Então assim, não existe uma atividade que nós três [médica, dentista, enfermeira] a gente faz juntas, mas existe esse bom relacionamento entre a gente pra [encaminhar] algum paciente delas pra mim e vice e versa, meu pra elas que precise... (D7)

E, mesmo a relação de equipe acontecendo dessa forma, alguns dentistas consideraram como satisfatório o trabalho na equipe.

E a gente trabalha articulado com a enfermeira, que sempre que a gestante vai no consultório de enfermagem, vir fazer também o pré-natal odontológico. A gente também tem uma articulação estreita com a médica, que de vez em quando tá encaminhando as pessoas pra cá ... (D1)

Houve um avanço muito grande principalmente na minha área que é odontologia, que de certa forma, tinha essa dificuldade de como se adaptar a equipe, né? Mas hoje, não tá o que é desejado, mas já há uma integração maior. (D4)

Em apenas duas equipes, os dentistas consideraram que o trabalho ocorre de forma integrada, valorizando o uso do mesmo prontuário pelos profissionais.

A gente divide o prontuário, né? O prontuário é único na unidade básica de saúde tanto pra mim, como pra enfermeira, e como pro médico. E (...) quando a gente tem alguma complicação de um paciente, a gente vai e discute o caso juntos, porque às vezes aparece pacientes assim.(D6)

Que às vezes ela diz não, agora não, porque ele tá totalmente descompensado e eu preciso ajeitar essa medicação dele pra depois você iniciar o seu tratamento. (...) Então, a gente tem esse contato e o prontuário é muito bom pra isso. [relação com a médica da equipe] (D7)

Pontualmente, um dentista apontou a existência de interação entre a equipe no momento da visita domiciliar.

Atendimento domiciliar, a gente faz em conjunto, praticamente a equipe inteira. (D2)

Dois entrevistados ressaltaram ações desenvolvidas que fortaleçam e contribuam para o trabalho interprofissional. Todos os demais compreendem esse trabalho de forma fragmentada e hierarquizada. São notórios os progressos decorrentes da inserção da equipe de saúde bucal na eSF, no entanto, ainda se observam dificuldades de integração desses profissionais, principalmente no que concerne às atividades em equipe previstas para esse nível de assistência²².

Estudos destacam o fator tempo e as reuniões como estratégias importantes de integração da equipe e planejamento em saúde, como também para a concretização de momentos de troca entre os profissionais. Comenta que essas reuniões devem ter como objetivo proporcionar espaço de troca entre os profissionais e não somente repasse de informações, propiciando o agir multiprofissional 15,22.

...a questão da reunião semanal, que eu me lembro que no início a gente achava que era absurdo, e que era coisa que não tinha o que falar. E a experiência nossa é ao contrário, (...)todas terças-feiras aqui têm assunto, (...) com isso aí os problemas da comunidade vêm à tona... [melhora relação com a comunidade] (D4)

Um estudo realizado em um município de médio porte do sul do Brasil destaca a necessidade de maior interação da eSB com os demais membros da eSF, de forma a propiciar avanços no cuidado integral. Além disso, o estudo trouxe a importância das reuniões para favorecer essa aproximação¹⁷.

Em todas as equipes dos dentistas entrevistados, do interior e da região metropolitana, quem assume a função de gestão é o profissional da enfermagem. Ele propõe as atividades, principalmente de promoção de saúde, produção dos ACS e convocação da equipe para realização do planejamento das ações.

Aqui no meu caso é a enfermeira (...), que tem esse comando, né? (D4) Na verdade, ela já chega com tudo pronto, não sei se ele previamente já anotou algum dado, mas ela chega já colocando: olha, a gente tem que realizar essas palestras... Existe um planejamento e esse planejamento é feito com a enfermeira, ela faz todo o planejamento. (D2)

Corroborando com a pesquisa realizada em um município de médio porte no Sul do Brasil, que objetivou apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe na ESF²², evidenciou-se que os entrevistados reconhecem o enfermeiro como líder da equipe, devido a este ser o profissional que planeja as atividades e coordena as ações, além de ser o detentor das informações. Cumpre destacar que o líder é elemento fundamental na interação entre os profissionais e entre estes com a comunidade; por sua vez, o enfermeiro é o profissional responsável por organizar as atividades dos agentes de saúde e da equipe em geral.

Na capital do Estado, as unidades de saúde apresentam várias equipes atuando, havendo um profissional para exercer exclusivamente o cargo de gestão como preconizado pela portaria 930/2019²³, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde. Mesmo havendo o gestor da unidade, a gestão de cada equipe continua a cargo do profissional da enfermagem.

Na relação com o ACS, o profissional de saúde bucal trabalha em parceria, principalmente no que concerne aos agendamentos e remanejamentos de pacientes, entrega da marcação para atenção secundária e atividades de promoção de saúde. Nessa esteira, considerase o ACS como um forte elo entre a equipe e comunidade.

Situação semelhante encontrada em outro estudo²², o qual destaca que a atividade predominantemente do ACS se dá por meio da transferência de informação serviço-comunidade. Embora a demanda da comunidade seja, por muitas vezes, também absorvida, por ser o profissional que mais tem acesso ao ambiente familiar, consegue identificar mais facilmente os problemas a serem enfrentados na comunidade.

Todo dia eu abro uma agenda pra determinada agente de saúde, então eu sempre estou trazendo as áreas de cada uma. Por exemplo, eu fui fazer estratificação de crianças de zero a dois anos e de diabéticos, então nesse relacionamento aí você só consegue êxito de se tiver a participação delas. (D4)

Os agentes de saúde, a gente tem essa reunião todo mês, então elas também ficam dando esse feedback do que o paciente tá precisando e do que ele não tá. E a gente já tenta marcar na agenda quem tá precisando mais. (D3)

Se tiver algum paciente precisando de atendimento de urgência ou que precise ser agendado ou atendimento domiciliar eles [ACS] me passam e a gente faz com que dê certo o atendimento final... (D2)

Os ACS tão sempre me pedindo pra encaixar alguém aqui ou ali, alguém da área que tá mais vulnerável e que precisa de atendimento, alguém que tá com dor eles sempre tão aí na minha porta pra eu fazer esses agendamentos. (D6)

Eles são um auxílio, um suporte pra que a unidade básica de saúde funcione... (D6)

Somente um dentista comentou não ser necessário o trabalho juntamente aos ACS nos procedimentos coletivos. No entanto, ele também colocou ter facilidade em executar determinada tarefa sozinho, não reportando como dificuldade conseguir que os ACS atuassem em parceria.

Poderia muito bem [o ACS] fazer a parte de educação em saúde que é o trabalho que a gente faz no colégio hoje, mas geralmente eu faço sozinho e não tenho dificuldade fazer. (D8)

Esse mesmo entrevistado afirmou ter realizado atividade na escola simultaneamente aos ACS, mas cada um atuando em seu núcleo profissional, não havendo ação interprofissional.

Eles já foram no colégio que eu estou agora responsável pelo PSE, no mesmo dia a gente já teve lá, mas cada um fazendo atividade separada,

eles estavam falando mais de dengue no dia e eu fazendo a minha parte de educação em saúde bucal. (D8)

Uma importante estratégia para ampliar o escopo de práticas, contribuindo para o aumento da resolutividade na APS, é o trabalho colaborativo. A criação do NASF- AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) se deu para o enfrentamento de dois desafios do SUS: integralidade e resolubilidade¹. Tal trabalho traz em seu cerne a importante reflexão da interprofissionalidade, demandando maior integração dentro e entre as equipes, implicando em novos arranjos organizacionais²⁴.

Sem contar que aqui a gente trabalha com outros colaboradores como o NASF completo, com a Fisioterapia, a Fono né, e exatamente com esse programa da Odontologia de acompanhar criança de zero a dois anos e acompanhar até cinco anos. (D4)

Não sobra muito tempo pra gente tá dentro da comunidade [falando sobre grupos]. Nós fazemos aqui na unidade com o apoio do NASF, nós temos um NASF aqui dentro da unidade e sempre há reuniões com grupos de idosos, com grupos de adolescentes, com grupos de diabéticos, hipertensos e etc.(D1)

Neste estudo, não foi identificada em todas as falas a presença do NASF-AB, e, somente quatro entrevistados falaram sobre a importância dessa equipe, principalmente relativas ao apoio às atividades de promoção de saúde.

Relação com a comunidade

O Brasil Sorridente conceitua vínculo como "a expressão síntese da humanização da relação com o usuário" É uma característica almejada para o trabalhador da ESF, sendo citado por um entrevistado, trazendo a importância do olhar mais ampliado para o paciente, possibilitando conhecer alguns fatores determinantes e condicionantes de sua saúde.

Vínculo que eu crio com os pacientes é através dessa demanda programada (...). Tem paciente que tem aí, sete, oito retornos, então eu

consigo conhecer esse paciente e acaba que eu conheço alguma coisa dele, do filho, da família e do que ele passa em casa. (D7)

Observa-se que esta fala traduz a importância da relação entre usuário e profissional, trazendo o que é de mais essencial para o processo de cuidado do paciente, a humanização das práticas, resultando em satisfação da resposta recebida por este em sua demanda¹⁵.

Alguns profissionais valorizam o trabalho na ESF por ficarem mais próximos às comunidades, existindo maior integração, podendo, dessa forma, contribuir positivamente para desmistificar o atendimento odontológico¹⁵.

Que às vezes nem eles tem esse alcance que a odontologia culturalmente as pessoas né algumas principalmente nas áreas que a gente vive que são áreas de pessoas carentes, além d'eu não ter o hábito de ir e os pais nunca foram, tem aquela questão da dor, do medo né, então a gente precisa trabalhar com eles mais essa parte. (D4)

Existe uma integração maior com a comunidade. [Devido à realização de atividades em áreas adstritas da UBS]. (D4)

A literatura traz que o trabalho realizado pelos cirurgiões-dentistas na ESF pressupõe uma forma diferente de encarar o usuário e a comunidade, buscando proporcionar uma atenção humanizada e integral¹².

Para dois participantes, trabalhar na ESF, traz significados pessoais, desejos de renovar suas práticas pelas almejadas para os serviços de saúde, priorizando o atendimento mais humanizado, com enfoque na prevenção e promoção em saúde¹⁵.

Meu trabalho está sendo recompensador. Porque o que é mais gratificante pra um profissional de saúde é saber o bem-estar do paciente que tá satisfeito com o atendimento. (D2)

O dentista não é só o cuidador de um dente, certo? Ele é um cuidador também na saúde geral. (D1)

A participação da comunidade nas políticas públicas de saúde é fundamental para o fortalecimento do SUS e possibilita o desenvolvimento de maior compreensão da realidade local por parte dos profissionais de saúde, proporcionando práticas dialógicas e reflexivas ¹⁶.

Em nosso trabalho, observamos que, em duas unidades, os dentistas reconhecem como positiva a participação do conselho local de saúde. Outro entrevistado já afirma sobre a dificuldade de mobilização da comunidade. Sendo assim, cabe às eSF fomentar a participação popular e o controle social na comunidade em que está inserida¹¹.

O conselho local de saúde tem a uma atuação aqui muito boa... (D4)

A comunidade propriamente ela não é mobilizada sabe, desde que eu entrei aqui que a gente se esforça pra construir um conselho local de saúde, mas a gente não consegue né, porque as pessoas acho que não acreditam muito que o potencial que elas podem ter pra tá transformando, né?! (D1)

Por conseguinte, inferimos, neste estudo, que as ações intersetoriais e o estímulo à participação popular e ao controle social foram pouco manifestados, coincidindo com o achado na literatura¹¹.

Educação Permanente

Desde a criação do SUS, houve a necessidade de discussão de propostas de mudanças na formação em saúde. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), trouxe para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais de saúde de forma a atender às necessidades do SUS²⁵.

O Brasil Sorridente traz, como um de seus pressupostos, a definição da política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, visando a estabelecer projetos de mudança na formação técnica, de forma que o profissional de saúde bucal consiga, mediante suas práticas, responder às necessidades da população e aos princípios do SUS¹⁰.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS), planejamento realizado para o período de 2016 a 2019, a ESF mostrou, entre os anos de 2008 e 2014, importante crescimento a nível nacional, representado por um aumento de 33,9% e uma cobertura populacional de 62,5%. Além das eSF, o PNS apresenta também uma evolução, ainda que em menor escala, das eSB²⁶.

O Estado do Ceará apresentou também uma evolução no que diz respeito ao cadastramento de novas equipes e, consequentemente, ao percentual de cobertura populacional. Apresentava, em 2002, 409 eSB, possuindo em 2018, um total de 1.783 equipes, representando cobertura populacional de 37% e 62%, respectivamente²⁷, demonstrando acréscimo representativo de equipes implementadas.

Nesse processo, muitos trabalhadores da saúde foram inseridos nas unidades de atenção primária à saúde com o desafio do trabalho em equipe multiprofissional. Foi necessário haver uma reorganização do processo de trabalho que se dava até então baseado no paradigma tecnicista²⁸. Assim, se faz necessário que o profissional da saúde apresente competências e habilidades para atender ao que está posto como atribuição para trabalhar na ESF. Contudo ainda nos defrontamos com modelos curriculares fragmentados, muitas vezes ainda dissociados das mudanças ocorridas relativas ao cuidado à saúde. Estruturas curriculares divididas em ciclos básicos e profissionais, apresentando pouca integração e dependência de alta tecnologia²⁵.

Observou-se na fala dos entrevistados uma dualidade de opinião quanto à oferta de capacitações por parte da gestão dos municípios. Alguns se sentiram contemplados com os cursos ofertados, já pontualmente um dentista demonstrou desânimo com o que foi oferecido pela gestão.

Pra não dizer que nunca teve eu acho que há uns dois ou três anos atrás teve um ciclo de palestras semanais ou quinzenais não estou lembrando direito preparado pela prefeitura (D8)

A Secretaria de Saúde sim disponibiliza às vezes alguns cursos, inclusive mês passado teve um sobre alguma coisa de urgência. (D5)

Talvez não esteja todo mundo trabalhando assim devido a rotatividade do profissional, e o cara que tá entrando recém-formado, ele precisa passar por essa capacitação dos novos profissionais né, como o município tá fazendo, então isso precisa ser bem repassado senão acaba quebrando isso aí. [treinamento dos profissionais para estratificação de risco]. (D4)

Um dos entraves para a consolidação do SUS deve-se ao descompasso existente entre a formação dos profissionais de saúde e as práticas de Atenção Primária. Um estudo sobre a ESF relata que, dentre as limitações e dificuldades mais significativas expressas pelos secretários

municipais de saúde e os profissionais que trabalhavam na estratégia, a que mais se destacou foi a falta de qualificação dos profissionais para atuar na comunidade. A mais, concluiu que esse obstáculo poderia ser resultante de processos de formação predominantemente baseados na atenção hospitalar, com privilégio da atenção ao indivíduo em detrimento do coletivo²⁹.

Alguns estudos afirmam que a educação dos trabalhadores com perfil para o trabalho de saúde coletiva é necessária de forma a desenvolver as novas competências^{8,30}. Assim, o MS tem buscado estimular mudanças curriculares na graduação das áreas de saúde e investir na formação dos trabalhadores do SUS. A PNEPS surge como uma estratégia do SUS para a formação de seus profissionais de forma a transformar as práticas, por meio do aprender na realidade dos serviços. Considera as unidades de saúde como espaços potenciais de formação de recursos humanos, de pesquisa e ensino em serviço, e de inovação²⁵.

A educação permanente favorece a gestão dos problemas vivenciados na prática, visto que amplia a capacidade de autoavaliação pelos profissionais para atuar com criatividade, preenchendo as lacunas entre o cenário ideal e o real²⁴.

Scherer e Scherer¹¹ em uma pesquisa bibliográfica verificaram, no que concerne à educação permanente, que os profissionais que atuavam na ESF receberam capacitações somente após inserção na estratégia, não tinham um preparo prévio; e ausência de processos formadores direcionados a qualificar o profissional de saúde bucal, de forma a propiciar cuidado mais integral à população. Em contrapartida, observaram mudança desse quadro em outros estudos, em que os dentistas afirmaram participação nas capacitações e possuírem formação voltada para atuação na ESF.

Em nosso estudo, também pudemos perceber essa divergência no preparo dos profissionais, demonstrando fragilidade dessa formação, aparentando que esta se dá por motivação pessoal do profissional ou da gestão.

Para onde estamos caminhando?

Com a publicação da revisão da PNAB¹, que trouxe as equipes de Atenção Básica (eAB) como uma opção para operacionalizar a APS, podendo atuar concomitantemente com as eSB, deve-se ficar alerta quanto ao possível enfraquecimento das práticas em saúde bucal na lógica da APS³¹.

Mendes e Carnut^{32:230} em sua pesquisa sobre financiamento da Atenção Básica (AB), afirmam que a nova PNAB *agudiza o processo de desconstrução do conceito de AP*, *enterrando por completo a radicalidade inicial da ideia*.

O ajuste da PNAB traz como possível a flexibilização da carga horária dos profissionais, podendo estes atuarem um mínimo de 10 horas semanais, possibilitando atuação de até três profissionais da mesma categoria, totalizando assim as 40 horas¹. Esse arranjo representa a fragmentação do processo de trabalho, descaracteriza o vínculo e fragiliza as relações trabalhistas, criando condições para substituição das eSB pelas eAB³¹, representando assim um retrocesso no atendimento em saúde bucal para a população.

A legalização da existência da eAB reacende a discussão sobre a prática do atendimento curativo individual, centrado no procedimento, com ausência de programação prévia (livre demanda)³¹. Um estudo bibliográfico sobre os avanços da saúde bucal, após 10 anos de Brasil Sorridente, identificou algumas dificuldades relacionadas às condições de trabalho do dentista que atua no SUS¹¹. Citou-se como nós, críticos à precarização das relações de trabalho (baixos salários e contratações instáveis), trazendo, dessa forma, insatisfação profissional e reflexos na rotatividade, prejudicando a qualidade da assistência; a jornada dupla do dentista e o descumprimento da jornada de 40 horas semanais, sendo esta pactuada entre gestor e trabalhador¹¹.

Todas essas colocações acima tornam-se preocupações contundentes quando relacionamos com a PEC 95/2016 que congelou os gastos públicos por 20 anos. De acordo com Mendes e Carnut³², o governo federal tem funcionado com a lógica da dinâmica capitalista contemporânea e de sua crise, de forma que a política de saúde universal não é prioridade do gasto público.

A austeridade fiscal imposta pela PEC95/2016 traz como princípio básico que o gasto público federal não tenha crescimento real, o que implica diretamente na redução do gasto público em proporção do PIB. Os mesmos autores denunciam que essa reforma não é um plano de estabilização fiscal, e sim de minimização drástica do tamanho do Estado³³.

Com esse congelamento e o processo de desfinanciamento federal, é possível vislumbrar piora nas relações trabalhistas aumentando o número de contratos precários, cortes, podendo causar a descontinuidade dos serviços para a população coberta ou, minimamente, retornar à condição tradicional da assistência, pondo em risco o que a saúde bucal conquistou como política até agora³¹.

Considerações Finais

A ESF apresenta potencialidades para enfrentar os problemas de saúde. A inserção da equipe de saúde bucal representou um grande avanço no que concerne ao acesso da população ao tratamento odontológico, no entanto existem alguns desafios a serem superados.

Observou-se, neste estudo, o dentista com atuação ainda muito centrada no consultório. O trabalho em equipe, apesar de cooperativo, é compreendido de forma fragmentada e hierarquizada. As práticas preventivas e promocionais de saúde ainda se dão de forma incipiente, acontecendo prioritariamente para escolares com a escovação e aplicação tópica de flúor, sendo a inclinação pessoal do profissional decisiva para realização das mesmas. A participação popular e o controle social foram pouco mencionados no presente trabalho.

O CD precisa expandir seu escopo de práticas, ampliando sua atuação para abordagem coletiva e para o atendimento mais humanizado e integral. Deve valorizar também o vínculo com o paciente, refletindo que o processo terapêutico perpassa pela vontade deste, por meio da educação permanente e das vivências com as realidades locais que o profissional consegue adquirir/estimular novas habilidades.

Quanto ao processo de trabalho, faz-se necessário que a equipe de saúde bucal participe ativamente de decisões em equipe, colocando-se como parte dela. Os dentistas deste estudo apresentaram potencialidades para mudanças de suas práticas, no entanto ainda se faz necessário incentivar sua participação em equipes interdisciplinares, conquistando seus espaços, e melhorar as condições de trabalho desses profissionais.

Com a publicação da PNAB, 2017, na qual se identifica: a fragmentação do agir em saúde, a quebra de vínculos entre profissional/usuário e a fragilidade das relações trabalhistas, torna-se indispensável para os trabalhadores da saúde a reflexão sobre os rumos que a saúde pública vem tomando. A PEC 95/2016 e o processo de desfinanciamento que a saúde pública vem enfrentando, faz-nos ponderar sobre as dificuldades da continuação dos serviços, prejudicando, dessa forma, a população, pondo em risco o que a saúde bucal conquistou como política até agora.

O presente estudo não teve a pretensão de esgotar o tema. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para refletirmos sobre os arranjos nos processos de trabalho na eSF e eSB, de forma a promover o reconhecimento da ESF como principal provedora da atenção primária no Brasil.

Referências

- 1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 2. Reis WG, Scherer MD, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate*. 2015; 39(104):56-64.
- Martelli PJL, Macedo CLSV, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (supl. 2):3243-3248.
- Reis LB, Franco LL, Queiroz MG, Marcelo VC. Análise qualitativa do processo de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família. *Indagatio Didactica*. 2013; 5(2):961-77.
- Gonçalves ER, Ramos FR. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface-Comunic, Saúde, Educação*. 2010 Jun; 14(33):1-14.
- 6. Moraes LBD, Kligerman DC, Cohen SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2015; 25(1):171-86.
- 7. Girardi SN, van Stralen ACS, Lauar TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, *et al.* Escopos de prática na atenção primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2017; 17(Supl. 1):S185-198.
- 8. Espíndola PS, Lemos CLS, Reis LB. Perfil do profissional de nível superior na estratégia saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011; 24(4):367-75.
- Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Júnior WS, Gomes Filho ZC, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(27):90-6.

- 10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional De Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p.
- 11. Scherer CI, Scherer MDA. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(98):1-12.
- 12. Lenzi, TL, Rocha RO, Dotto PP. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. *Stomatos*. 2010; 16(30):58-64.
- 13. Costa ICC, Araújo MNT. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl.1):1181-1189.
- 14. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde:* um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113 150.
- 15. Lins MPR, Barbosa TM, Matia F. Interdisciplinaridade na vivência dos profissionais da estratégia saúde da família. *Revista GepesVida*. 2015; 1(2):20-38.
- 16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.
- 17. De Lima VT, Codato LA, Higasi MS, Kasai ML. Percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho no Programa Saúde da Família. *Rev ABENO*. 2018; 18(4):130-139.
- 18. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(Supl.1):1463-72.
- 19. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface* (Botucatu). 2005; 9(17):369-79.
- 20. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- 21. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(2):265-71.
- 22. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, Marcon SS. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(4): e20170372.

- 23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 930, de 15 de Maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 24. Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde Debate*. 2019; 43(n.especial 1):97-105.
- 25. Ministério da Saúde. (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.
- 26. Ministério da saúde (BR). Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde* (2016-2019). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 27. SAGE: sala de apoio à gestão estratégica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. SAGE Sala de Apoio à Gestão Estratégica Ministério da Saúde; [acesso em 02 de outubro de 2019]; Disponível em: http://sage.saude.gov.br/
- 28. Soares, EF, Reis, Sandra CGB, Freire, MCM. Características ideais do cirurgiãodentista na estratégia saúde da família. Trabalho, Educação e Saúde. 2014; 12(2), 327-341.
- 29. Andrade, FMO. *O programa de saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. 1998. 220p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 1998.
- 30. Lacerda, JT, Moretti-Pires, RO. *Processo de Trabalho na Atenção Básica*. 2ª ed. Florianópolis: Sistema UNA-SUS. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). SC, 2016.
- 31. Casotti E, Gouvêa MV. Reorganização das Práticas de Saúde Bucal: desafios no âmbito da Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça MHM *et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil:* conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 407-424.
- 32. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018; 42(n. especial1):224-243.
- 33. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2016; 32(12):1-5.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstrou como estão sendo realizadas as práticas do cirurgião-dentista em atuação na ESF. Além disso, revelou que ainda existem desafios a serem vencidos, mas também avanços foram observados nessa ainda "nova" forma de atuar em saúde.

Observamos o percurso histórico desde o mais remoto começo da Odontologia como prática para remoção da dor até o início da sua profissionalização. Esta se apresentou como um cuidado biomédico, sempre centrado no indivíduo e com aspecto curativista. O despertar para a promoção de saúde já se deu tardiamente, quando se percebeu que somente com a prática curativa não se conseguiu controlar a doença cárie, consequentemente, não proporcionando saúde bucal para a população.

A profissão perpassou por vários modelos de atenção, além disso, consideramos que não houve ainda o rompimento total com a prática tradicional. O CD e a equipe de saúde bucal como um todo ainda buscam seu lugar na eSF, mas já se apresentam com um olhar mais voltado para a saúde coletiva, com uma abordagem mais centrada na comunidade. O dentista já percebe que o seu agir para o cuidado em saúde na ESF exige a compreensão do sujeito e do contexto familiar e social no qual este último está inserido.

A mudança na formação dos trabalhadores da saúde ainda precisa se aproximar com os lugares da prática do cuidado em saúde e da comunidade que a recebe. Se faz necessário que o profissional da saúde apresente competências e habilidades para atender ao que está posto como atribuição para trabalhar na ESF. Currículos que se voltem para a formação de competências devem valorizar os conhecimentos relacionados à experiência com a realidade, preferencialmente, envolvendo situações complexas.

Para que a reorientação do modelo de atenção continue, faz-se necessária a transformação contínua dos processos de trabalho, exigindo de todos que fazem a saúde pública (profissionais, usuários e gestores) maior capacidade crítica e autonomia para constante aperfeiçoamento das práticas. Nesse contexto, traz-se a importância da educação permanente para dar suporte a essa transformação no modo de agir em saúde e na organização dos processos de trabalho.

Com a publicação da revisão da PNAB 2017, trazendo a possibilidade de equipes de Atenção Básica (eAB) e a flexibilização de horários dos profissionais, além de romper com o vínculo produzido, apresenta-se um retrocesso com a fragmentação do cuidado em saúde e fragilidade nas relações trabalhistas. Somando-se a isso há ainda o congelamento dos gastos públicos pela PEC 95/ 2016 e o processo de desfinanciamento federal. Nesse contexto, é possível vislumbrar piora nas relações trabalhistas, aumentando o número de contratos precários, cortes, podendo causar a descontinuidade dos serviços para a população coberta ou, minimamente, retornar à condição tradicional da assistência, pondo em risco o que a saúde bucal conquistou como política até agora.

Esse estudo não obteve a pretensão de esgotar o tema abordado. Esperase que os resultados apresentados possam subsidiar mudanças na atuação do dentista na eSF e na construção de processos de trabalho mais coerentes, buscando a valorização da atuação da ESF como principal opção para operacionalizar a Atenção Básica em nosso país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, jun. 2013.

ANDRADE, F. M. O. **O programa de saúde da família no Ceará:** uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 220f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

ANDRADE, L. O. M; PONTES, R. J. S; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 85-91, jul./ ago. 2000.

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. C. C. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Brazilian Dental Science**, São José dos Campos, v. 10, n. 3, p. 53 – 60, jul./ set. 2010.

BLEICHER, Lana. **Saúde para todos, já!** 2. ed. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004. 110 p.

Nota Técnica do DAB. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php. Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Sistema de

Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes
para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de
Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica . Brasília: Ministério da Saúde,
2012. p. 110.
Conselho Nacional de Saúde – CNS. Diretrizes e Normas
Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução n.
466/2012. Brasília: CNS, 2012a.
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de
Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde,
2008. 92p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de
Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde,

2006. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.444 , de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, dez. 2000.
Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil . Brasília: Senado Federal, 1988.
Ministério da Saúde. Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
Decreto-lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1966.
Lei Orgânica nº 4.324 de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1964.

CAMPOS, F. E; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 4, p. 679-684, dez. 2006.

CASOTTI, E.; GOUVÊA, M. V. Reorganização das Práticas de Saúde Bucal: desafios no âmbito da Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça M.H.M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 407- 424.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-168, set./ fev. 2005.

ESMERIZ, C. de C. *et al.* Métodos de Uso Coletivo de Flúor. In: PEREIRA, A. C. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão Editora, 2009. p. 487 - 506.

FERRARI, M. A. M. C. **História da odontologia no Brasil:** o currículo e a legislação entre 1856 e 1931. 2011. 109f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

- FERREIRA, E. B.; ABREU, T. Q.; DE OLIVEIRA, A. E. F. Modelos assistenciais em saúde bucal no brasil: revisão de literatura/ASSISTANCE MODELS IN ORAL HEALTH IN BRAZIL: literature review. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 12, n. 3, p. 37- 42, set./ dez. 2011.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 220p.
- GIRARDI, S.N., CARVALHO, C.L., PIERANTONI, C.R., COSTA, J.D.O., VAN-STRALEN, A.C.D.S., LAUAR, T.V.; DAVID, R.B., 2016. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2739-2748, jun. 2016.
- GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. Dentists' work within the family health strategy: potential and limits in the struggle for a new care model. **Interface Comunicação**, **Saúde, Educação**, São Paulo, v.14, n. 33, p. 301-14, abr./jun. 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Cidades e Estados do Brasil.** Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/. Acesso em: 05 out. 2018.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia.** 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007. 310 p.
- MARTELLI P. J. L., MACEDO C. L. S. V., MEDEIROS K. R., SILVA S. F., CABRAL A. P. S., PIMENTEL F. C., MONTEIRO I. S. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3243- 3248, nov. 2010.
- MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial1, p. 224-243, set. 2018.
- MENDES, E. V. A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, In: Ministério da Saúde. **Anais...** VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde.13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.
- MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, jan./ mar. 2015.
- MOURA, M. S. de. *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 471-480, fev. 2013.

- NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n.3, p. 21-34, dez 2011.
- NARVAI, P. C; FRAZÃO, P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: PEREIRA, A. C. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão Editora, 2009. p. 17- 34.
- NARVAI, P. C. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal: um olhar no início do Século XXI. In: KRIGER, Léo. **ABOPREV**: Promoção de Saúde Bucal. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 504 p.
- NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 66, n. especial, p. 158-164, set. 2013.
- PEREIRA, W. Uma história da odontologia no Brasil. Revista História & Perspectivas, Uberlândia, v. 25, n. 47, p. 147- 173, jul./ dez. 2012.
- PEREIRA, Lívia Schunk. **Escola de Odontologia da UERJ e a política nacional de reorientação da formação profissional**: limites e potencialidades do processo de reforma curricular à luz da teoria da estruturação. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 542 p.
- PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.1, p. 273-284, jan./ mar. 2015.
- REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, mar. 2015.
- REIS, L. B. M.; FRANCO, L. L. M. M.; QUEIROZ, M. G.; MARCELO, V. C. Análise qualitativa do processo de inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família. **Indagatio Didactica**, Aveiro, v. 5, n. 2, p. 961- 977, out. 2013.
- RODRIGUES, A. F. D. **Competências essenciais para o SUS**: A contribuição da residência multiprofissional em saúde da família para a reorientação das práticas em saúde no município de Fortaleza. 2016.128f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.
- ROSA, W. de A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p.1027-34, nov./dez. 2005.

- ROSENTHAL, E. A Odontologia no Brasil até 1900. In: ROSENTHAL, E. A Odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Editora Santos, 2001.
- SILVA, S. A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais. 2014. 259f. Tese (Doutorado em Ciências) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Exercício profissional e atividade ilícita em odontologia no Brasil. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-8, jan./ jun. 2009.
- SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia clínico-científica**, Recife, v. 6, n. 1, p. 7-11, jan./ mar. 2007.
- SOUZA, I. P. M. A; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. 2009. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 33, n. 4, p. 618- 627, out./dez.2009.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS MÉDICOS, DENTISTAS E ENFERMEIROS

PESQUISA CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO CEARÁ

1 Caracterização dos/as Informantes:
1. Nome:
2. Data da entrevista:/
3. Município onde trabalha:
4. Unidade Básica de Saúde:
5. Equipe Saúde da Família:
6. Idade:anos 7. Sexo: ()1- masculino ()2- feminino
8. Religião: ()1- Católica ()2- Evangélica ()4- Espírita ()5- Não possuo religião ()6- Outro Qual?
9. Estado civil: ()1- Solteiro ()2- Casado/União estável ()3- Viúvo ()4- Divorciado
10. Qual sua profissão:
()1. Médico(a) ()2. Enfermeiro(a) ()3. Cirurgião Dentista
11. Há quantos anos concluiu a graduação:
()1. Menos de 5 anos ()2. De 5 a menos de 10 anos ()3. Mais de 10 anos
12. Tempo de trabalho na Atenção Básica:
()1. Menos de 1 ano ()2. De 1 a menos de 3 anos ()3. De 3 a menos de 6 anos ()4. 6 ou mais anos
13. Tempo de trabalho como ACS desta EqSF:
()1. Menos de 1 ano ()2. De 1 a menos 3 anos ()3. De 3 a menos de 6 anos ()4. De 6 a menos de 9 anos ()5. De 9 a menos de 12 anos ()6. 12 ou mais anos

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS MÉDICOS, DENTISTAS E ENFERMEIROS

2 Perguntas norteadoras:

Bloco 01: Perguntas para explorar as práticas específicas dos profissionais

1- Fale-me do seu trabalho como enfermeiro (a), médico (a) ou cirurgiõesdentistas no município:

Desdobramentos:

- Que atividades você exerce na sua equipe?
- Como está a orientação da SMS em relação as suas atividades (carga horária, tempo, prioridades, participação em atividades de educação permanente, como se dá sua rotina na UBS)?
- Demandas mais frequentes na sua área (explorar que demandas esses profissionais tem mais dificuldades para realizar).
- Que práticas deveriam ser realizadas por você, mas você não realiza? Por quê?
- Como você poderia ampliar a variedade de práticas que realiza na equipe de saúde da família?

Bloco 02: Perguntas para explorar as práticas gerais dos profissionais

1 – Fale-me do seu trabalho na sua equipe Saúde da Família/Saúde Bucal.

Desdobramentos:

- Práticas/Atividades que rotineiramente você desenvolve na UBS e na comunidade.
- Critérios de organização e priorização das suas atividades.
- Relação com os demais membros da equipe.
- Compartilhamento de atividades.
- 2 Como você avalia o trabalho de sua equipe em relação às necessidades da comunidade?

Desdobramentos:

- Como a equipe está estruturada?
- Como organiza as atividades?
- Como atende à demanda espontânea e programada?
- Como os membros da equipe se organizam para realização das atividades?
- Explorar que necessidades não são atendidas e que práticas não são realizadas e os porquês.
- 3 Fale-me em relação ao seu trabalho com o ACS.

Desdobramentos:

- Qual o profissional da equipe define ou organiza as atividades dos ACSs?
- Quais as atividades são compartilhadas com os ACSs?
- Como as atividades compartilhadas com os ACSs são organizadas?
- Quais as facilidades e dificuldades para o trabalho conjunto?
- 4 Como se deu a sua aproximação e relação com a comunidade e o território?

Desdobramentos:

- Ações que são desenvolvidas no território.
- Estímulo da participação de representantes da comunidade em espaços de controle social.
- Existência de conselhos de saúde, de conselheiros.
- Participação em atividades religiosas.
- 5 Como ocorre o planejamento das atividades na sua equipe?

Desdobramentos:

- Periodicidade.
- Quem participa?
- Utiliza informações dos Sistemas de Informações em Saúde (explorar os sistemas que utilizam, que dados do e-SUS AB são utilizados para o planejamento, que instrumentos são utilizados para avaliação das ações).

APÊNDICE B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAMPO DE PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ACESSO AO CUIDADO NA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ

Pesquisador: Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 45888015.1.1001.5248

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ Patrocinador Principal: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.159.936 Data da Relatoria: 14/07/2015

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O complexo quadro epidemiológico do país, que apresenta uma tripla carga de doenças: crônicas não transmissíveis, transmissíveis e causas externas (MENDES, 2010; PAIM et al, 2011) atrelado à realidade socioambiental do Ceará, caracterizada por elevados índices de pobreza e pela seca, representam um desafio permanente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Ceará tinha 32,9% da população urbana com renda per capita menor que meio-salário mínimo em 2011 (PNAD, 2011) e, em 2015, 67 dos seus 184 municípios estão em estado de emergência em virtude da escassez de água. Alguns sinais apontam para necessidade de avaliação da ESF no Estado quanto ao acesso e a qualidade do cuidado, na medida em que revelam falhas no processo de atenção: a ocorrência de uma epidemia de sarampo a partir de dezembro de 2013, ainda não controlada, com a ocorrência de 695 casos em 2014 e 107 em 2015; a elevada taxa de incidência de sífilis congênita, que foi de 7,2 por 1.000 nascidos vivos em 2012 sendo a 3a mais elevada entre os Estados da Federação (DATASUS, 2015); e elevada razão de mortalidade materna, que em 2013 foi de 81,3 (COPROM-SESA-CE, 2015), enquanto a do Brasil de 2011 foi de 64,8 por 100.000 nascidos vivos (DATASUS, 2015). Segundo dados do Ministério da Saúde, em fevereiro de 2015 havia 2.275 equipes de saúde da família implantadas no Ceará com a cobertura

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)

Baltro: Manguinhos CEP: 21,040-360

UF: RJ Municipio: RIO DE JANEIRO



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/IOC



Continuação do Parecer: 1.159.936

de 78,8 % da população (BRASIL, 2015). Portanto, existe no Estado a potencialidade para organização de um sistema de saúde baseado na APS. No presente projeto de pesquisa aplicada, pretendemos investigar a ESF a partir do campo de práticas da equipe de referencia e de cada categoria profissional que a compõe, balizando este conjunto de práticas com a situação social e de saúde da população, e criar participativamente produtos que possam produzir reflexão entre gestores, profissionais e usuários sobre a ESF, de forma a contribuir para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. Serão realizados um estudo de bases de dados secundários para traçar o perfil sociodemográfico e de saúde da população dos municípios estudados, um estudo quantitativo para caracterizar o campo de práticas de médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, grupos focais com profissionais da ESF para investigar o trabalho em equipe e círculos de cultura com usuários com objetivo de refletir sobre práticas da ESF e acesso ao cuidado em saúde. Na sétima etapa da pesquisa serão realizados círculos de cultura com profissionais de saúde e usuários para reflexão sobre os achados da pesquisa e construção de um novo conjunto de práticas para as equipes de saúde da família. Os produtos do projeto serão uma Escala de Avaliação de Práticas em Saúde da Família, um projeto de educação permanente dirigido aos profissionais para ampliação do campo de práticas da ESF, dois vídeos educativos e material impresso informativo.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A ampliação do campo de práticas dos profissionais da equipe de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF) está relacionada a melhoria do acesso da população a atenção primária à saúde.

Objetivo Primário:

. Analisar a relação entre campo, escopo de práticas profissionais e colaboração inter profissional na ESF do Ceará contribuindo para melhoria do acesso e da qualidade na APS.

Objetivos Secundários:

- Analisar o campo e o escopo de práticas da equipe de referencia da ESF do Ceará na percepção dos gestores, profissionais e usuários;
- Caracterizar as práticas necessárias às equipes de referência para abordar os principais problemas de saúde do território;
- Analisar as implicações da regulamentação sobre escopo de práticas profissionais sobre o processo de trabalho da equipe de saúde da família;

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)

Baltro: Manguinhos CEP: 21.040-360

UF: RJ Municipio: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepficcruz@ioc.ficcruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -



Continuação do Parecer: 1.159.936

- Construir e validar escala de avaliação do campo de práticas profissionais na Estratégia de Saúde da Família:
- Propor recursos educacionais e informativos para gestores profissionais e usuários para contribuir na melhoria do acesso a ESF;
- Propor curso de educação permanente com os profissionais da ESF com vistas ao aprimoramento de suas práticas.

Avaliação dos Riscos e Beneficios:

Segundo a autora do Projeto:

Riscos:

Os possíveis riscos deste estudo seriam o constrangimento dos participantes, em especial dos profissionais de saúde e usuários, caso fosse possível identificar os autores de opiniões externadas por meio de entrevistas e grupos focais e círculos de cultura. Entretanto, serão utilizados códigos para descrição dos participantes na apresentação e análise de resultados, de forma a evitar este risco.

Benefícios:

Produzir reflexões entre gestores, profissionais de saúde e usuários sobre práticas profissionais e o acesso na Estratégia Saúde da Família (ESF) e promover maior conhecimento dos usuários a respeito da estrutura e organização da ESF.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Pesquisa é exequível, sendo necessário, algumas pequenas alterações, quanto:

- ADEQUAÇÃO DO ORÇAMENTO (O orçamento foi apresentado em seu valor totalizado de R\$399.277,00),porém, sem o detalhamento de desembolso e a citação da fonte de financiamento.
- INCLUIR NA PLATAFORMA BRASIL, os termos de Sigilo e Confidencialidade dos profissionais envolvidos no Projeto, como os listados abaixo:
- a. Alice Maria Correia Pequeno Marinho
- b. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
- Celia Regina Pierantoni

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)

Balrro: Manguinhos CEP: 21.040-360

UF: RJ Municipio: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3882-9011 Fax: (21)2561-4815 E-mail: cepflocruz@ioc.flocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/IOC



Continuação do Parecer: 1.159.936

- d. Cristiana Leite Carvalho
- e. Fernando Ferreira Carneiro
- f. Lia Giraldo da Silva Augusto
- g. Maria de Fatima Antero Sousa Machado
- h. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas
- i. Sabado Nicolau Girardi
- j. Sharmênia de Araújo Soares Nuto
- k. Vanira Matos Pessoa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adequadamente apresentados:

- 1. Carta de Anuência Secretario de Saúde do Estado do Ceará.pdf
- 2.PROJ. CAMPO DE PRÁTICAS PROF E ACESSO.pdf
- 3.Folha de Rosto_Proj_Campo de Práticas e Acesso ao Cuidado na ESF_20052015.pdf
- 4.TCLE_usuário.pdf ATENDENDO aos requisitos da Resolução CNS 466/12
- 5.TCLE_Profissional da Saúde.pdf ATENDENDO aos requisitos da Resolução CNS 466/12
- 6.PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_513366.pdf

Recomendações:

- ADEQUAÇÃO DO ORÇAMENTO (O orçamento foi apresentado em seu valor totalizado de R\$399.277,00),porém, sem o detalhamento de desembolso e a citação da fonte de financiamento.
- INCLUIR NA PLATAFORMA BRASIL, os termos de Sigilo e Confidencialidade dos profissionais envolvidos no Projeto, como os listados abaixo:
- a. Alice Maria Correia Pequeno Marinho
- b. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer
- c. Celia Regina Pierantoni
- d. Cristiana Leite Carvalho
- e. Fernando Ferreira Carneiro
- f. Lia Giraldo da Silva Augusto
- g. Maria de Fatima Antero Sousa Machado

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360

UF: RJ Municipio: RIO DE JANEIRO



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/IOC



Continuação do Parecer: 1.159.936

O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

RIO DE JANEIRO, 27 de Julho de 2015

Assinado por: José Henrique da Silva Pilotto (Coordenador)

Endereço: Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)

Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-360

UF: RJ Municipio: RIO DE JANEIRO

ANEXO 1 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Orientações para a preparação e submissão dos trabalhos
- Processo de avaliação

ISSN 0103-1104 versão impressa ISSN 2358-2898 versão online

Atualizado: 03/10/2016

Escopo e política

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periocidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença <u>Creative</u> Commons CC-BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão e avaliação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por softwares detectores de plágio, <u>Plagiarisma</u> e <u>Copyspider</u>. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas.

O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site http://www.cebes.org.br.

Orientações para a preparação e submissão dos trabalhos

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

- Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado.
 texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
- 2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
- 3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
- **4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho de 7.000 palavras. Neste formato não são exigidos resumo e *abstract*.
- **5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras, que aportem contribuições significativas para a área.
- **6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.
- **7. Documento e depoimento**: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: http://www.icmje.org. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na <u>Declaração de Helsinki</u>, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas <u>apenas no formulário de submissão</u>, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail.

Processo de avaliação

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são mitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho erá encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu ritério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou eformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver

prazo trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo lefinido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

- a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" será suficiente.
- b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.
- c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc.

2) Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por

profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2) Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140 Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br