



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO



MARCOS VINÍCIUS DE SANTANA SILVA

SIGNIFICADO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

Salvador (Bahia), 2018

MARCOS VINÍCIUS DE SANTANA SILVA

**SIGNIFICADO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Liliane Elze
Falcão Lins Kusterer

Salvador

2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Silva, Marcos Vinicius de Santana
SIGNIFICADO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA / Marcos Vinicius de
Santana Silva. -- , 2018.
74 f.

Orientador: Liliane Elze Falcão Lins Kusterer.
Dissertação (Mestrado - Mestrado) -- Universidade
Federal da Bahia, Faculdade de Medicina - Saúde,
Ambiente e Trabalho, 2018.

1. Saúde de Família. 2. Odontologia. 3. Dentista.
4. Atenção Primária em Saúde. I. Kusterer, Liliane
Elze Falcão Lins. II. Título.

MARCOS VINÍCIUS DE SANTANA SILVA

**SIGNIFICADO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA**

Dissertação defendida e aprovada para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador, em 30 de agosto de 2018.

Prof^a. Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer – Orientadora
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof. Dr. Fernando Martins Carvalho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. Dra. Viviane Almeida Sarmiento
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses”

Rubem Alves

AGRADECIMENTOS:

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer a minha Orientadora, Professora Doutora Liliane Lins, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e por toda vida, afinal somos colegas e amigos. Muito obrigado por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar. A professora Liliane é um exemplo de profissionalismo e evolução espiritual nessa terra. Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas e professores do Mestrado.

Quero agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional que me deram, em especial Rafael, Daniele e Juliane, pessoas maravilhosas que fazem parte da minha vida.

Agradeço aos Professores e Funcionárias do Programa de Mestrado por todo apoio. Por fim agradeço a FAPESB pelo suporte financeiro por meio de uma bolsa de mestrado durante o Curso.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD - Cirurgião-dentista

ESF - Estratégia de saúde da família

APS - Atenção primária em saúde

SUS - Sistema único de saúde

PSF - Programa de saúde da família

ASB - Auxiliar de saúde bucal

TSB - Técnico de saúde bucal

PNSB - Política nacional de saúde bucal

CEO - Centro de especialidades odontológicas

UBS - Unidade básica de saúde

DS - Distrito sanitário

TCLE - Termo consentimento livre e esclarecido

PSE - Programa de saúde na escola

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	11
2 – OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	14
4 – METODOLOGIA	18
4.1 Caracterização do Estudo	18
4.2 Cenário de Estudo	19
4.3 Produção de Dados	20
4.4 Caracterização da Amostra	23
4.5 Análise de Dados	23
4.6 Aspectos Éticos	24
5 – ARTIGO	25
6 – DISCUSSÃO	50
7 – CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	60
ANEXOS	65

RESUMO

SILVA, Marcos Vinícius de Santana. **Significado do trabalho na estratégia de saúde da família para o cirurgião-dentista**. 74 f. il. 2018. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

INTRODUÇÃO: A inserção da odontologia no SUS ocorreu diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde no Brasil. A saúde bucal historicamente foi representada por modelos que não tinham potencial resolutivo das demandas da população. A Política Nacional de Saúde Bucal surge para reverter a precariedade da atenção à saúde bucal, que por muitos anos sofreu com técnicas mutiladoras e individualizadas. Com a expansão da saúde bucal na saúde da Família a atenção primária em saúde representa uma das principais fontes de empregos para os cirurgiões-dentistas. A atuação do dentista na saúde da família é composta de desafios, como o trabalho multiprofissional, intersetorial e coletivo. A formação acadêmica atrelada ao uso de equipamentos e instrumentais pode dificultar a inserção do CD em práticas integrais de saúde. **OBJETIVO:** Compreender os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista em seu trabalho no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, com metodologia qualitativa. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas que compõem a Equipe de Saúde Bucal. Foi utilizada participação observante e entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 10 cirurgiões-dentistas, de diferentes distritos sanitários no município de Salvador e utilizado análise de conteúdo para tratamento e análise do material. Emergiram três categorias temáticas: Modelo de Atenção; Trabalho no campo da Saúde da Família; Formação para atuar na Saúde da Família. **RESULTADOS:** que os dentistas reconhecem atenção básica como ordenadora do cuidado, desconhecimento parcial da rede de saúde, atendimento clínico dominante na agenda e predominância de atividades para escolares. Foi observado dificuldades estruturais, baixa cobertura de saúde e insegurança no ambiente de trabalho. A formação clínica foi predominante e a estabilidade profissional unânime na escolha do trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O foco na especialização clínica reflete o desconhecimento da Rede de Atenção à Saúde, das necessidades de atuação em outros campos e de forma intersetorial. É necessário maior investimento na preparação de profissionais que atuam no campo da Saúde da Família, a fim de alcançar o cuidado integral dos usuários e satisfação dos profissionais. A precarização do trabalho e péssimas condições de trabalhos é uma realidade no campo da saúde bucal pública.

Palavras Chaves: Odontólogos; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

SILVA, Marcos Vinícius de Santana. **Meaning of the profession in the Family Health Strategy for dental surgeons.** 74 f. il. 2018. Thesis (Master's) – Medical School of Bahia, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

INTRODUCTION: The inclusion of dentistry in the Brazilian public healthcare system occurred in face of the need to increase healthcare coverage in the country. Oral health has been historically represented by models that do not have the potential of meeting population demands. The Brazilian National Oral Health Policy was created to reverse oral healthcare precariousness, which for several years suffered from mutilating and individualized techniques. With oral health expanding into family healthcare, primary healthcare now represents one of the main sources of jobs for dental surgeons (DS). The role of DS in family healthcare includes challenges such as multiprofessional, intersectoral, and collective work. Academic training regarding the use of equipment and tools may hamper the insertion of DS in comprehensive healthcare practices. **OBJECTIVE:** To understand the challenges faced by DS in their daily work routine within the Brazilian Family Health Strategy. **METHODOLOGY:** The present investigation is a descriptive exploratory study and was conducted using qualitative methods. The study subjects were DS that compose the Oral Health Staff. Participant observation and semi-structured interviews were conducted. Ten DS from various sanitary districts of the municipality of Salvador were interviewed. Content analysis was used for the treatment and analysis of material. Three thematic categories emerged: healthcare model; work in the field of family health; training to act in family health. **RESULTS:** dentists acknowledged primary health as the healthcare organizer, they were shown to only partially understand the healthcare network, most presented dominant clinical care in their schedule and predominance of activities with school children. Structural difficulties, low healthcare coverage, and insecurity in the work environment were observed. Clinical training predominated, and participants were unanimous in indicating professional stability as a factor for choosing the job. **FINAL CONSIDERATIONS:** The focus on clinical specialization reflects an unfamiliarity with the Healthcare Network, and the need to act in other fields in an intersectoral way. Higher investment is necessary in the training of professionals that act in the field of Family Health in order to supply comprehensive care to users and have satisfied professionals. Work precariousness and poor work conditions are a reality in the field of public oral health.

Keywords: Dentist; Family Health; Primary Healthcare

INTRODUÇÃO

A inserção do Cirurgião-dentista (CD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu em 2000, seis anos após a criação do Programa de Saúde da Família (CERICATO et al., 2007) e, em 2004, foram estabelecidos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (ANTUNES; NARVAI, 2010). A saúde bucal na atenção primária representa uma proposta de mudança do modelo curativo da odontologia para um trabalho em território com famílias e com a interação com outros profissionais da saúde. A entrada recente do CD na ESF é marcada por vários desafios: a formação acadêmica voltada para a clínica, o foco na especialização clínica, a precarização do trabalho, a alta rotatividade dos profissionais e as dificuldades do trabalho interdisciplinar. A proposta de formação centrada no âmbito comercial, técnica, especializada e centrada na dor revela um profissional elitista e voltado para o atendimento privado (CERICATO et al., 2007; PINHEIRO et al., 2009; FREIXINHO; CHEVITARESE, 2010).

As ações da saúde bucal como fluoretação da água dos sistemas de abastecimento público e o cuidado odontológico na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) têm forte impacto na redução das desigualdades em saúde (ANTUNES; NARVAI, 2010). A relevância dessas ações em saúde bucal preconizadas pelo SUS se evidencia na possibilidade de promoção de saúde, prevenção de doenças como cárie, doença periodontal e câncer de boca, melhorando a qualidade de vida da população.

Com a expansão das equipes de saúde bucal na esfera pública, o aumento da oferta de trabalho precarizado na rede de saúde complementar em odontologia e o crescimento do número de profissionais no Brasil, aumentou a procura pelo trabalho no SUS e, conseqüentemente, na Estratégia de Saúde da Família (CHAVES; SILVA, 2007, BLEICHER, 2012). No entanto, o trabalho na ESF requer do profissional da odontologia o desenvolvimento de novas competências, as quais dependem do processo de formação pessoal e profissional que deve incluir aspectos da humanização em saúde e formação

sanitarista: criação de vínculos, acolhimento dos usuários (BALDANI et al., 2005), planejamento de políticas públicas (AERTS et al., 2004), trabalho com famílias e em equipes, territorialização, atendimento ambulatorial de saúde bucal em atenção básica; promoção de saúde bucal, visitas domiciliares, supervisão do trabalho dos técnicos, estudo sistêmico das famílias e consultas partilhadas, dentre outras (BRASIL, 2017).

Esses aspectos divergentes entre a formação tecnicista do Cirurgião-dentista e a necessidade da inserção no SUS de profissionais humanizados, capazes de trabalhar em equipe e que viabilizem resolutividade de acordo com as necessidades de seu entorno, podem gerar sofrimento dos profissionais em relação ao exercício de sua prática no modelo de atenção preconizado na Estratégia de Saúde da Família.

A realização desse estudo tem motivação na trajetória do pesquisador no Sistema Único de Saúde, desde a formação até a atuação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Durante o trabalho como CD da Família, foi observado um distanciamento entre os CDs e a equipe de saúde, assim como certa inoperância frente às demandas da gestão. Por outro lado, as necessidades da comunidade se posicionavam em segundo plano, acentuando-se esse aspecto pelo descontentamento do CD com o trabalho (vínculo precário, salários atrasados), pelas dificuldades na realização de atividades educativas, pela falta de alternativas frente aos equipamentos odontológicos danificados e desconhecimento (desinteresse) a respeito dos princípios e diretrizes do SUS.

As experiências vivenciadas pelo pesquisador na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a observação do trabalho nesse espaço motivaram a necessidade de estudar, no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, o significado do trabalho para o CD que atua na ESF. Portanto, esse trabalho tem como objetivo compreender os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista em seu trabalho no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Compreender os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista em seu trabalho no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 ESPECÍFICOS

Descrever a atuação do cirurgião-dentista como profissional da Atenção Primária;

Avaliar a adequação da formação de cirurgiões-dentistas à atuação profissional no SUS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Estratégia de Saúde da Família

Com a regulamentação do SUS em 1990, por meio da Lei Orgânica 8080, iniciou-se no Brasil um processo de reformulação dos serviços de saúde. A saúde passou a ser vista não só como ausência de doenças, mas também quanto à sua determinação social (BRASIL, 1990). Tentou-se agrupar as ações que compõem os serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada

onde seria priorizado o controle social por meio da inclusão e participação da comunidade e atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2011).

A atenção primária em saúde representa o primeiro nível do SUS e “considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural”, buscando a qualidade de vida dos indivíduos através da prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como a reabilitação e redução do sofrimento que podem comprometer a vida da população (BRASIL, 2011).

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou seus trabalhos no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, para reordenamento da organização do trabalho em saúde na atenção primária com uma nova proposta, organização a partir de núcleos familiares, trabalho multiprofissional não restrito à estrutura física e com a participação da comunidade. Foi deliberado como estratégia, visto que reafirma e incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, descentralização, integralidade e controle social (GROISMAN et al., 2005).

Antes do PSF, existia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, introduzido em 1991, também organizado com o trabalho em família. Com a boa avaliação do PACS, em especial na redução da mortalidade infantil, surgiu a necessidade de ampliação dessas ações e maior resolutividade. As primeiras Equipes de Saúde da Família foram organizadas no início do ano de 2004 (RONCALLI, 2003).

O PSF impulsionou um projeto de mudança do modelo de saúde hegemônico, nunca antes alcançado. Contribuiu para o aprofundamento das discussões sobre uma nova lógica de financiamento e procedimentos preventivos em saúde bucal. A equipe mínima do PSF, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de Saúde. Para complementar a equipe, há a possibilidade de inserção da Equipe de Saúde

Bucal, do cirurgião-dentista (CD), auxiliar e/ou técnico em saúde bucal; no entanto; estas categorias ainda são opcionais (BRASIL, 2012).

3.2 Odontologia no SUS

A inserção da odontologia só aconteceu em 2000. Diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivos financeiros para a formação de equipes compostas também por cirurgiões-dentistas, auxiliar de saúde bucal (ASB) e técnico em saúde bucal (TSB) (MATOS; TOMITA, 2004).

Por muitos anos, a saúde bucal representou a prática de modelos hegemônicos que não tinham potencial resolutivo das demandas em saúde bucal da população. A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) surge para reverter a precariedade da atenção à saúde bucal, que por muitos anos sofreu com técnicas mutiladoras e individualizadas, a partir de “ações de prevenção, promoção e recuperação da Saúde” (BRASIL, 2004).

Quando foi lançada em 2003, a PNSB tinha seus objetivos projetados no programa denominado de Brasil Sorridente: “reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, com várias ações de saúde bucal na atenção básica e na atenção especializada com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)”. Com isso, ampliou o acesso ao tratamento odontológico no serviço público de saúde. A PNSB propôs uma adequação do processo de trabalho, valorizando a interdisciplinaridade, a integralidade da atenção, a intersetorialidade, assim como a ampliação e qualificação da assistência (BRASIL, 2004).

A inclusão das ações de saúde bucal na ESF foi um passo importante, haja vista a observação do princípio da integralidade das ações em saúde. Essa proposta implica em uma mudança no modelo odontológico anterior, biologicista, tecnocêntrico e exercido no ambiente do consultório (CAPISTRANO FILHO,

2000). A ESF tem como referência o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos, um dos entraves de acesso ao tratamento odontológico.

3.3 Saúde Bucal na Atenção Primária

Considerando a história da Odontologia no Brasil e no mundo, pode-se afirmar que a inclusão dos profissionais de odontologia na Atenção Primária é recente, ocorrida há 18 anos, e é determinante em uma nova organização e novo modelo de processo de trabalho, ressignificando esse fazer no serviço público (CHAVES; SILVA, 2007).

A ESF representa uma das principais fontes de emprego para os CD, com a expansão da saúde bucal na atenção primária. No entanto, é um espaço de trabalho que oferece muitos desafios para o dentista formado no Brasil. Alguns sentimentos como “insegurança e despreparo para exercer as suas atividades em equipe” representam características que atrapalham o trabalho na saúde da família. Para Araújo e Dimenstein (2006), esses sentimentos são fruto de uma educação técnica, biológica e curativa, apresentando pouca ênfase nos aspectos sociais, psíquicos e culturais determinantes no processo saúde-doença, além de deixar para segundo plano as ações preventivas e reabilitadoras.

O trabalho orientado para a assistência na saúde bucal deve e pode ser questionado em prol da coletividade. A avaliação do trabalho do dentista na saúde da família, ainda é realizada considerando-se indicadores de Produção Ambulatorial Clínica. Poucos são os indicadores nas fichas que alimentam os sistemas de informação e que sejam voltados para as atividades de educação e da promoção da saúde. A implantação da ESB na Saúde da Família não aconteceu de forma homogênea no Brasil. Existem diferenças nas realidades locais, na capacidade para o atendimento, nos recursos humanos, financiamentos e capacidade instalada do Município. Essas diferenças locais podem ser resultado da inclusão tardia da equipe de saúde bucal, tendo como

uma das consequências o aumento das dificuldades de inserção dos profissionais da saúde bucal nas equipes do PSF” (BALDANI et al., 2005; SILVEIRA FILHO, 2002).

A integração da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto é um dos desafios para a saúde bucal. A presença de equipes multiprofissionais no cuidado possibilita organizar o trabalho no processo de assistência em todos os níveis de modo integrado e, ao mesmo tempo, preservar o saber específico, ou seja, os campos se complementam sem excluir a essência das profissões (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Ocorreu uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos, que eram a justificativa para a não efetivação do acesso.

As práticas intersetoriais na saúde bucal representam ainda um desafio a ser conquistado. No entanto, trata-se de uma prática possível, principalmente quando amparada e estimulada por uma gestão coparticipativa. A mudança na prática em Odontologia está amparada na Política Nacional de Saúde Bucal, quando orienta a necessidade “de incorporação de ações programáticas abrangentes e o desenvolvimento de ações intersetoriais”. Este novo modelo vai de encontro à formação do profissional voltada para assistência individual, ao tempo em que reforça uma nova proposta do processo saúde-doença, para melhoria da qualidade de vida da população e na prevenção de doenças (MORETTI et al, 2010).

A formação acadêmica dos profissionais de saúde bucal ainda é tecnicista, essencialmente atrelada ao uso de equipamentos e instrumentos. Essa formação contribui para inserção no mundo do trabalho de profissionais que apresentam dificuldades em conceber a saúde de forma integral e ampliada (CERICATO et al., 2007).

Chaves e Miranda (2008), ao analisarem os discursos de cirurgiões-dentistas, sobre a própria inserção e atuação profissionais em serviços do Programa de Saúde da Família de municípios da área metropolitana de Fortaleza/CE, evidenciaram algumas frustrações do CD com o campo profissional e com as expectativas da formação profissional. Pereira e colaboradores (2003) realizaram um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratória em Unidades Básicas de saúde (UBS) no Município de Feira de Santana - Bahia, evidenciando que as práticas odontológicas nos locais estudados ainda eram baseadas no modelo tradicional, individual, tecnicista e mutilador.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, com metodologia qualitativa. O método de pesquisa qualitativo tem-se consolidado nas últimas décadas nas pesquisas sociais. Esse método busca proporcionar novos conceitos, categorias, construção de diferentes abordagens para melhor compreensão do fenômeno estudado (MINAYO,2010).

Na pesquisa qualitativa, o interesse da pesquisa está compreendido na busca do significado das coisas, do ambiente. No campo do trabalho é fundamental a compreensão das interações existentes do subjetivo do indivíduo com o trabalho coletivo e aspectos sociais envolvidos. Nessa metodologia, o pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa, sendo que observação e a escuta também são métodos de qualidade (MINAYO, 2010).

Nessa pesquisa acessou-se o trabalhador com o objetivo de entender seu mundo do trabalho, a fim de captar o significado deste trabalho ao seu modo, possibilitando a reflexão acerca da vivência dos cirurgiões-dentistas que atuam

no campo da saúde da família e a busca de compreensão do significado a partir da expressão da fala destes profissionais.

Dessa forma, com a proposta de interrogar o cotidiano de trabalho de dentistas em busca de sua essência, foram ouvidos sujeitos que vivem a experiência desse trabalho e que, portanto, podem dizer do seu significado, daquilo que é de sua essência. As descrições do olhar do CD sobre o seu trabalho e sua percepção de como este trabalho pode implicar positiva ou negativamente em suas vidas e no seu fazer profissional, possibilitam encontrar alguns caminhos para melhoria de sua saúde e inserção efetiva na equipe.

4.2 Cenário de Estudo

O cenário desta pesquisa foram cinco diferentes Distritos Sanitários da cidade de Salvador: Distrito Sanitário de Pau da Lima, Distrito Sanitário Cabula Beirú; Distrito Sanitário de Brotas; Distrito Sanitário São Caetano/Valéria; Distrito Sanitário de Itapuã. A escolha destas unidades foi de acordo com a variedade dentro dos distritos e a disponibilidade dos participantes da pesquisa.

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3 km². A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas denominadas Prefeituras-Bairro e 12 Distritos Sanitários (DS). Ele pertence à Microrregião de Salvador, e atualmente ao Núcleo Regional de Saúde Leste do Estado da Bahia. O município de Salvador é referência para a macro e microrregião de saúde, além do Estado da Bahia em relação aos procedimentos (atendimentos) de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BAHIA, 2018). O município possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2013), e ocupa o quarto lugar em densidade demográfica, com o equivalente a 3.859,44 hab./km².

O Distrito Sanitário é compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra, se refere à menor unidade de território ou de população a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão (SALVADOR, 2014).

4.3. Produção de Dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e dezembro de 2015. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas que compõem a Equipe de Saúde Bucal. A definição do tamanho da amostra foi dada pela técnica da saturação, quando as informações coletadas passam a apresentar repetição e não apresentam nova contribuição ao objeto estudado. Nos estudos qualitativos, a quantidade dos indivíduos não é tão significativa como a representatividade e a qualidade das informações obtidas (FONTANELA et al., 2008; MINAYO, 2010).

O critério de inclusão dos cirurgiões-dentistas foi o trabalho há mais de um ano de atuação na unidade de saúde. A pesquisa iniciou após anuência da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia sob número de parecer 955.707, em consonância com a Resolução CNS466/12.

Aos entrevistados foram garantidos o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Os trabalhadores que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos dos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) que, após a anuência dos sujeitos, foi assinado por eles.

Foi encaminhada uma carta convite para todos os distritos sanitários previstos no projeto de pesquisa, justificando e apresentando os objetivos da pesquisa assim como os procedimentos éticos orientadores do estudo. Além do

convite formal, foi realizado um contato telefônico, respeitando a hierarquia da Secretaria Municipal de Saúde.

Foi escolhida uma pessoa chave que indicou outros colegas cirurgiões-dentistas para participação da Pesquisa. Algumas pessoas recusaram justificando demandas clínicas durante a semana e outros agendaram visita.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas, utilizando-se roteiro semiestruturado. O instrumento semiestruturado apresentou questões norteadoras para identificar o significado do trabalho para o CD na ESF.

As entrevistas foram transcritas após sua realização, e foram identificadas no texto a partir dos discursos e dos elementos, relacionando cada um aos itens de interesse. Depois de transcrita, a entrevista passou pela conferência de fidedignidade, dessa forma, foi ouvida a gravação com o texto transcrito em mãos, acompanhando e conferindo cada frase, mudanças no tom de voz, expressões faciais e paradas durante a entrevista. Para evitar possíveis erros nas entrevistas, cada entrevista realizada foi transcrita e lida exaustivamente, o que favoreceu caminhos para reavaliação da continuidade da investigação (DUARTE, 2004):

Para tentar uma visão de conjunto da equipe em estudo, foram realizadas a observação da vida cotidiana e realização de entrevistas. Foram feitos registros no diário de campo com objetivo de evitar perdas de dados relevantes e detalhados sobre os dados observados. O tempo de saída do campo foi determinado pelo objetivo de estudo e saturação dos dados

4.4 Caracterização da Amostra

Foram entrevistados 10 dentistas de diferentes distritos, 7 mulheres que atuavam há mais de um ano na Saúde da Família. A idade média foi de 27 a 49 anos, e já haviam trabalhado no setor privado ou em outro município com vínculo precarizado. Nomes fictícios foram atribuídos a cada participante, para preservação da privacidade.

4.5 Análise de Dados

O método de análise de conteúdo foi utilizado para o tratamento e análise do material gerado pelas entrevistas, objetivando-se fazer a busca dos sentidos do documento transcrito em suas variedades de interpretações. A análise categorial temática perpassou por três diferentes fases, desde a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A informação contida nas mensagens foi tratada, de forma a permitir ver além daquilo que se escutou ou se leu, trabalhando com vestígios, significações e significantes, por trás das palavras (BARDIN, 2009).

A utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens é capaz de permitir a inferência de conhecimentos relativos à produção destas mensagens. A análise de conteúdo se aproxima da análise de discurso por trabalhar com unidades linguísticas superiores à frase, os enunciados (BARDIN, 2009).

Na pré-análise, foram necessárias leituras flutuantes e exaustivas da narrativa textual, bem como a formulação de hipóteses. Nesta etapa foram realizadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados.

Na fase longa e fastidiosa de exploração do material, da transversalidade temática, ocorreu o processo de codificação, passando de dados brutos a dados organizados, agregados em unidades de significação, permitindo uma descrição das características pertinentes do conteúdo, visando à categorização. Após os desmembramentos temáticos, classificou-se e dividiu-se as significações do discurso em categorias, orientados pela dimensão da análise e determinada pelo objetivo do estudo (BARDIN, 2009).

Por fim, ocorreu a interpretação ou a significação concedida a estas características, na fase da inferência e do tratamento dos resultados obtidos (BARDIN, 2009).

4.6 Aspectos Éticos

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, número do Parecer: 955.707 no dia 23/02/2015, como consta no anexo 1.

Aos entrevistados foi garantido o anonimato com o uso de nomes fictícios, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos dos objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente no apêndice 1, que após a anuência dos sujeitos, foi assinado por eles.

5. Artigo

Título: O dentista na Atenção Primária à Saúde: desafios para atuar nesse campo.

Revista Ciência e Saúde Coletiva [submetido, *vide* Normas de Publicação no ANEXO 3].

RESUMO:

A inserção do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta importantes desafios. A formação voltada para a clínica, precarização do trabalho, dificuldades para executar um trabalho interdisciplinar/multiprofissional são desafios para atuação na Atenção Primária à Saúde. A expansão das equipes de saúde bucal e o trabalho precarizado no setor privado impulsionaram a procura por trabalho no SUS. Essa pesquisa objetiva compreender os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista em seu trabalho na ESF. Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, qualitativo, utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo. Foram entrevistados 10 dentistas de diferentes Distritos Sanitários de Salvador na Bahia. Nas entrevistas foram identificados entraves no processo de trabalho de demandas exigidas no campo da Saúde da Família e questões inerentes à formação inadequada dos para atuação no serviço público. Trabalhar na saúde da família requer desenvolvimento de competências de campo, a fim de alcançar o cuidado integral dos usuários e a satisfação do profissional. Os profissionais estão sujeitos a condições de trabalho que podem ser limitantes para execução do trabalho.

Palavras-chaves: Odontólogos, Atenção Primária à Saúde, Trabalho, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

The dentist in Primary Health Care: challenges to act in this field.

The inclusion of dental surgeons in the Family Health Strategy (FHS) presents important challenges. Training focused on clinical care, work precariousness, and difficulties to conduct interdisciplinary/multiprofessional work are obstacles for this profession in Primary Healthcare. Oral health staff expansion and precarious work in the private sector propelled the search for jobs in the Brazilian public health system. Thus, the objective of the present study was to understand the challenges faced by dental surgeons in their work in FHS. This is a descriptive study with an exploratory and qualitative methodology, using content analysis to evaluate data. Ten dental surgeons from various sanitary districts in the municipality of Salvador, state of Bahia, were interviewed. The interviews indicated obstacles in the work process regarding the demands from the field of Family Health, and issues caused by inadequate training of dental surgeons to act in the public service. Working in Family Health requires the development of field abilities to reach comprehensive care and professional satisfaction. Professionals are subjected to work conditions that may limit their performance.

Introdução

A inserção do Cirurgião-dentista (CD) na Estratégia de Saúde da Família aconteceu em 2000, seis anos após a criação do Programa de Saúde da Família¹. Em 2004, foram estabelecidos os Centros de Especialidades Odontológicas, a saúde bucal na atenção primária em saúde surge como uma proposta de mudança do modelo curativo da odontologia para um trabalho em território, com famílias, em interação com outros profissionais da saúde².

A entrada e do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi marcada por vários desafios, dentre os quais se encontram: a formação acadêmica voltada para a clínica e especialidades, precarização do trabalho do CD na esfera privada, alta rotatividade dos profissionais e dificuldades do profissional para executar um processo de trabalho interdisciplinar. A proposta de formação centrada no âmbito comercial, técnica, especializada e centrada na dor, revela um profissional elitista e voltado para o atendimento privado^{1,3,4}.

Chaves e Miranda⁵, ao analisarem discursos de cirurgiões-dentistas sobre a própria inserção e atuação profissionais em serviços do Programa de Saúde da Família de municípios da área metropolitana de Fortaleza/CE, evidenciaram algumas frustrações do CD com o campo profissional e com as expectativas da formação profissional. Pereira e Assis⁶ realizaram um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratória em Unidades Básicas de saúde (UBS) no Município de Feira de Santana Bahia, evidenciando que as práticas odontológicas nos locais estudados ainda eram baseadas no modelo tradicional, individual, tecnicista e mutilador.

O mercado de trabalho em Odontologia se reconfigurou de forma significativa a partir da década de 80 do século XX⁷. A autonomia típica, caracterizada pela posse dos meios de trabalho, controle sobre clientela liberdade de fixação de preço do trabalho e do processo de trabalho, deixou de ser a norma, ainda que não tenha desaparecido por completo. Tornou-se mais comum sua combinação a variadas formas de assalariamento⁸. Todavia, esta modalidade de inserção segue cumprindo um importante papel ideológico. Combinado a este fenômeno e à

expansão das equipes de saúde bucal, aumentou a procura pelo trabalho no SUS e, conseqüentemente, na Estratégia de Saúde da Família⁹.

Os dados presentes no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017 revelam que o município possui 25% de cobertura de Saúde Bucal, sendo 12,5% na Estratégia de Saúde da Família. A rede básica de saúde conta com 61 (Unidades Básicas de Saúde) UBS com ESF; sendo que 36 UBS têm 158 equipes de saúde bucal⁹.

O trabalho na ESF requer do profissional da odontologia o desenvolvimento de novas competências que dependem do processo de formação pessoal e profissional: criação de vínculos, acolhimento dos usuários¹⁰, planejamento de políticas públicas¹¹ e execução de trabalho com famílias e em equipes, territorialização, atendimento ambulatorial de saúde bucal em atenção básica; promoção de saúde bucal, visitas domiciliares, supervisão do trabalho dos técnicos, estudo sistêmico das famílias, consultas partilhada, dentre outros¹².

A presente pesquisa surge da necessidade de melhor compreensão dos aspectos divergentes entre a formação tecnicista do Cirurgião-dentista e a realidade posta da demanda de inserção no SUS de profissionais com formação não somente técnica, mas humanística, capazes de trabalhar em equipe e com resolutividade de acordo com as necessidades de seu entorno. Compreender os desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista em seu trabalho no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, com metodologia qualitativa, utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo¹³, sobre os significados do trabalho do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil.

Essa pesquisa acessou o trabalhador com o objetivo de entender seu mundo de trabalho, e captar os desafios, possibilitando a reflexão acerca da vivência dos cirurgiões-dentistas que atuam no campo da saúde da família a partir da expressão da fala destes profissionais.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e dezembro de 2015. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas que compõe a Equipe de Saúde Bucal na ESF. A definição do número amostral foi dada pela técnica da saturação¹³.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas gravadas, utilizando-se um roteiro semiestruturado. O instrumento semiestruturado apresentou questões norteadoras para identificar o significado do trabalho para o CD na ESF. Nomes fictícios foram dados aos participantes.

O método de análise de conteúdo foi utilizado para o tratamento e análise do material gerado pelas entrevistas, objetivando-se fazer a busca dos sentidos do documento transcrito em suas variedades de interpretações. A análise categorial temática perpassou por três diferentes fases. Na primeira fase, pré-análise, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas transcritas ou conjunto de comunicações, a constituição do *corpus* de leitura textual, estudando-se a totalidade de conteúdo e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, realizou-se a exploração do material com identificação das categorias temáticas. Na terceira etapa, o tratamento dos resultados, interpretação e inferência. A informação contida nas mensagens foi tratada de forma a permitir a identificação de aspectos subjacentes ao que se observou, escutou ou se leu, trabalhando-se com vestígios, significações e significantes, por trás das palavras¹³.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia, número do Parecer: 955.707 no dia 18 de fevereiro de 2015.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 10 cirurgiões-dentistas de diferentes distritos, 7 mulheres que atuam há mais de um ano na Saúde da Família, com variação de idade de 27 a 49 anos. Todos os profissionais entrevistados já atuaram no setor privado ou tiveram relação de vínculo precário com outro município.

Os dados da observação de campo geraram o roteiro para as entrevistas semiestruturadas e foram tratados pela análise de conteúdo,^{13, 14} que inclui a leitura das evidências produzidas, a codificação das unidades de significado e a elaboração das categorias temáticas. Desse processo emergiram três categorias temáticas: Modelo de Atenção; Trabalho no campo da Saúde da Família; Formação para atuar na Saúde da Família

Modelo de Atenção

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades¹⁵. Para muitos dos participantes da pesquisa, a atenção básica deveria ser a porta de entrada na organização do sistema de saúde e local de práticas de saúde com caráter preventivo.

Elizabeth: "atenção básica é justamente para acolher o paciente, fazer a prevenção e minimizar os grandes problemas que as vezes são resolvidos em nível de consultório e evitar a ida para outros setores, hospitais..."

Os cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa consideraram que a atenção básica é ordenadora do cuidado e não apresenta a necessidade de profissionais especializados em cursos clínicos.

A Atenção Básica é considerada um espaço que deve priorizar práticas educativas e preventivas, não abarcando intervenções clínicas mais complexas, para esses casos utiliza-se a rede de referência para os demais níveis de saúde e contrarreferência. Ela deve coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, com o objetivo de aumentar a equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema^{16,17}.

Ester: "na atenção básica você tem poucos dentistas especializados, poucas unidades de CEO e muito mais de unidade básica; então é a porta de entrada do serviço: você vai receber o paciente, já vai fazer uma triagem e vai para o serviço especializado que ele precisa. Então você já faz todo um trabalho de prevenção, de educação em saúde e aí depois você encaminha para o que a unidade básica não oferece".

A organização da rede de atenção em saúde bucal é uma discussão importante e faz-se necessária para organização do processo de trabalho nos municípios com cobertura mínima de saúde bucal. O tamanho do território, alta demanda de necessidades e a comunicação deficiente

na Rede de Atenção à Saúde são fatores que podem interferir na continuidade da rede de saúde bucal. Com a inserção da odontologia na Saúde da Família, observa-se uma mudança no modelo de prática odontológico proposto, que no passado era centrado na dor e na doença¹⁸.

Na caracterização de *Ester*, a atenção básica oferece essencialmente atividades de prevenção e educação em saúde. No entanto, é possível a realização de procedimentos clínicos que demandam baixa densidade tecnológica como pequenas cirurgias, tratamento de lesões de cárie, doença periodontal e ações de aplicação tópica de flúor.

Ester: “as unidades de urgência não estavam podendo encaminhar os pacientes diretamente para o CEO. Eu acho que é um erro, porque se a pessoa está na urgência já acessou o canal e o paciente ainda tem que passar pela unidade básica pra poder ir... eu acho que já poderia ir direto, pelo menos para solucionar aquele caso”

Nessa última fala, o sujeito apresenta contradição na posição sobre organização da atenção básica, ao defender encaminhamento direto da unidade de urgência para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Ao ser referenciado pela Atenção Primária à Saúde, o usuário tem a garantia de ser encaminhado, retornar para continuidade do tratamento odontológico e manter o vínculo com a equipe da AB. Após a criação do Brasil Sorridente e conseqüentemente do CEO, passou a existir possibilidade de acesso ao nível secundário em odontologia¹⁹. No estudo realizado por Souza e colaboradores¹⁹ observou-se que pacientes que são referenciados pelos profissionais da atenção básica têm 4,65 vezes mais chances de realizar a contrarreferência pós-tratamento no CEO que aqueles encaminhados de outras formas.

Uma das questões evidenciadas pelos sujeitos entrevistados, foi o alto índice de doenças como cárie e doença periodontal na população em situações críticas.

Júlia.: “Na atenção básica, a gente pode prevenir muita coisa. O problema é que em relação com a saúde bucal, que tem uma demanda reprimida de muitos anos, a gente precisa trabalhar muito mais a parte curativa... É importante essa parte preventiva, mas o paciente chega aqui com cárie em todos os dentes ...”

A população brasileira adulta ainda vivencia muita limitação no acesso aos serviços de saúde odontológicos, tanto pelo custo dos procedimentos no setor privado, quanto pelo horário de atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF)/UBS e em clínicas particulares que coincide com o horário de trabalho da população²⁰.

Trabalho no Campo da Saúde da Família

Para entender a dinâmica de atividades exercidas no núcleo da saúde bucal, os entrevistados foram interrogados sobre sua atuação na saúde da família.

Elizabeth: “Nós disponibilizamos sete turnos para atendimento né? atendimento”.

Joana: *“Carga horária de setenta por cento a nível clínico em consultório odontológico”*.

Monica: *“As atividades ambulatoriais são as básicas. Atendemos todos os públicos: gestantes, idosos, adultos, crianças, pacientes com necessidades especiais. Todo esse público em todos os atendimentos clínicos”*.

O atendimento clínico ainda é dominante na agenda profissional do cirurgião-dentista. Os profissionais reservam boa parte do seu cotidiano para atendimentos de demanda espontânea e agenda programática com público diverso. No entanto, outras atividades também devem compor agenda profissional do cirurgião-dentista como reunião de equipe, visitas domiciliares e atividades educativas com a comunidade¹².

Estela: *“faz visitas domiciliares, faz atividades coletivas”*

Antônio: *“ai a gente visita as escolas periodicamente, faz escovação supervisionada, avaliação da saúde bucal das crianças, aplicação tópica de flúor... A gente faz visita domiciliar mesmo quando não é necessitado, por que é muito difícil requisitarem a visita do dentista, então a gente acaba acompanhando”*.

A visita domiciliar foi referida como um espaço garantido e disputado pelo cirurgião-dentista. No entanto, nas reuniões de equipes onde ocorrem as discussões dos casos, não há muitas demandas de odontologia para o cirurgião-dentista. Nessa situação, o profissional fica restrito às atividades clínicas no núcleo da odontologia. A visita é um momento em que o profissional busca facilitar o acesso aos serviços de saúde e ampliar assistência aos usuários que têm alguma limitação de locomoção, e conseqüentemente dificuldade de ir até unidade de saúde da família²¹.

Joana: “A gente também faz o cumprimento de metas da cobertura para atingir a primeira consulta odontológica programada com ênfase em um tratamento concluído, além das ações extramuros que é o PSE (Programa de Saúde do Escolar)”.

Lauro: “Esse mês mesmo, que é mês da criança, a gente fez uma atividade. Na minha área vai ser dia vinte e nove de outubro. Então a gente vai fazer atividade educativa, vai ter lanche e tal. Fazemos no natal, ou seja, esporadicamente quando tem as datas chaves né? Mas fora isso a gente faz visita nas escolas, de rotina sempre. Tá indo, três, duas três vezes por mês”

Observou-se a predominância de atividades educativas em escolares, sendo pouco citadas as atividades com outros grupos como gestantes, idosos e saúde do homem. O PSE foi um programa bastante evidenciado como positivo e mobilizador de toda equipe para execução

de atividades coletivas nas escolas municipais e estaduais localizadas no território. Em um estudo realizado no município de Natal, onde foram avaliados 91 cirurgiões-dentistas que atuavam na saúde da família. Verificou-se maior número de atividade educativas com escolares e pré-escolares; quase todos os dentistas focavam nessa atuação e com ênfase em aplicações tópicas de flúor e palestras²².

Para atuar na Estratégia de Saúde da Família, o CD precisa desenvolver competências para além do seu núcleo, saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. Isto se constitui em um desafio, na medida em que se faz necessário integrar a prática dos profissionais diante de um cenário marcado pela maneira fragmentada com que cada especialidade ou subespecialidade cuida de apenas uma parte da atividade²³.

Elizabeth: "eu aprendo todos os dias, eu consigo enxergar o paciente dentro de outra realidade... Não é somente chegar aqui e abrir a boca... Tem uma parte preventiva em escola, creche e tal, o que eu gosto muito. A gente tem feito bastante trabalho preventivo"

A oportunidade de atuar na saúde da família apresenta novos elementos para além da cavidade bucal. Os sujeitos consideram que é um espaço de trabalho multiprofissional e com foco na saúde do usuário e da família. É um momento de trabalhar com estratégias de prevenção e educação em saúde, de forma contra hegemônica à medicalização da vida. A mudança no processo de trabalho requer do trabalhador sensibilidade em reconhecer mudanças importantes na atuação enquanto trabalhador da saúde. A depender do que se toma por objeto de trabalho:

o corpo biológico, a família, o homem em sua condição de existência, entre outros, desenvolve-se uma determinada prática. Por outro lado, a prática conforma o objeto ²⁴.

Lauro: *“No consultório eu sempre tratava. Eu era curativista. Só tratava problema. A pessoa chegava eu tratava o que ela referia né? Como eu atendia também particular, às vezes o que eu fazia não era o que era o primordial. Na visão de atendimento odontológico, eu fazia o que a pessoa poderia fazer, ou seja, financeiramente arcando com os custos. Eu tenho um ano aqui, um ano e pouco. Já pude encontrar pessoas que tinham escovação ruim e que depois volta na revisão, ou até durante o tratamento, com melhora da escovação. Isso não existia em consultório privado”*

Nas narrativas de Lauro, observa-se uma diferença de atuação, em espaços diferentes: consultório privado e consultório na saúde da família. O primeiro espaço é representado pela lógica de mercado, onde o paciente é visto como unidade dentária e o atendimento baseado na condição financeira e desejo estético pessoal do cliente. No segundo exemplo, vê-se o acompanhamento longitudinal da condição de saúde bucal, acompanhando a evolução fruto da formação de vínculo e formação de autonomia do sujeito sobre sua saúde. Embora os cirurgiões-dentistas possuam uma concepção da promoção de saúde já incorporada, essa ainda é restrita.²⁵

A atuação positiva na saúde da família, não foi o sentimento comum entre os entrevistados. As más condições de trabalho e dificuldade de recursos materiais são fatores que interferem e desestimulam o trabalho.

Antônio: *“Eu não me sinto muito bem porque me faltam muitos recursos e isso não permite que eu desenvolva o meu trabalho. Aí acaba que, como eu já disse, o serviço ofertado é pequeno e eu não consigo ofertar direito. Só faz ficar mais drástico ainda.”*

Julia: *“Eu me sinto impotente mesmo. Eu não tenho como atender mais do que eu atendo. Até por que existe uma limitação de instrumental clínico, né? Fisicamente tem a minha limitação que eu não posso marcar vinte pacientes por dia. Não tem como... Então me incomoda em ver que as pessoas precisam, que as pessoas procuram e que você não vai resolver tudo.”*

Julia: *“Eu tive tendinite, porque eu fazia muita extração e aí eu fiz tratamento, fiz fisioterapia.”*

As últimas narrativas demonstram uma sensação de impotência diante das limitações estruturais, de cobertura populacional dos serviços odontológicos, deficiência na quantidade de instrumentais disponíveis, e limitação quanto à saúde em seu aspecto físico para exercer suas atividades laborais. Diante desse quadro ainda existe um alto número de usuários sem acesso ou provenientes de área descoberta, o que ultrapassa o quantitativo proposto de cobertura na saúde da família. Chaves e Miranda em 2008⁵ descrevem a seguinte situação:

“Os principais motivos de insatisfação com o exercício profissional no PSF referiram-se às suas condições estruturais e organizativas, consideradas insuficientes ou inadequadas pela maior parte dos

*entrevistados. Notadamente, a falta ou insuficiência de insumos tecnológicos e a ausência ou dificuldade de manutenção sistemática dos equipamentos odontológicos”.*⁵

Júlia: “Eu atendo duas equipes. É muito complicado, por mais que eu esteja presente quarenta horas, [...] se for pra fazer tratamento concluído, eu não consigo com duas equipes, então assim, é frustrante, né?”.

Em algumas situações, foi muito comum observar profissionais acompanhando mais de duas equipes de saúde da família e áreas descobertas. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017¹², cada equipe de Saúde da Família deve apresentar uma população adscrita de 2000 a 3500 pessoas. Responsabilizar-se por um alto do número de indivíduos com histórico de falta de acesso à saúde bucal fortalece a necessidade de atendimentos curativos, em detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Além dos prejuízos causados à população atendida, cujo acesso à atenção em saúde bucal se torna mais restrito, há perdas também aos trabalhadores, que passam a acumular sobretrabalho.

Elizabeth: " [...] o que me levou (a trabalhar na saúde da família) a priori foi o concurso, né? O concurso foi a maior oportunidade de vagas porque eu sou protesista, mas eu já tava muito estressada com trabalhar com prótese...".

Lauro: "Eu vim pra saúde da família inicialmente pela questão de concurso, de ter uma vida estável e ter um receio do que poderia acontecer no consultório a longo prazo, né? ".

Ester: "primeiro a segurança e estabilidade de um concurso público; a gente tem poucos concursos na área de odontologia, [...] então foi um concurso grande, uma oportunidade ".

A busca pela estabilidade foi a motivação primordial de todos entrevistados para trabalhar na Saúde da Família, ainda que seja muito frequente a existência de vínculos desprotegidos de trabalho no SUS. Ao avaliar a percepção da inserção e atuação de profissionais em serviços do Programa de Saúde da Família de municípios da área metropolitana de Fortaleza/CE, percebeu-se que trabalhar na Saúde da Família é fruto da insustentabilidade de manutenção no campo privado e a busca por estabilidade na remuneração⁵.

Um dos aspectos ressaltados pelos dentistas foi a insegurança nas USF/UBS pela violência cotidiana vivida pela sociedade.

Elizabeth “A única coisa que eu tive medo foi da criminalidade. Eu tenho medo... eu tenho medo, por exemplo, de estar aqui com a porta aberta e um traficante entrar e me abordar: me passe tudo! Tenho medo, tenho medo de ser coagido, por exemplo, você vai atender e volta com uma arma na cabeça... vamos supor que eu já tenha atendimento com uma pessoa e ele queira que eu o atenda imediatamente... Tenho medo das loucuras das pessoas”.

Essa fala confirma a localização de Unidades de Saúde da Família em território com grande vulnerabilidade social no município de Salvador. Nessa situação, a entrevistada refere o medo de usuários do SUS que são denominados de traficantes. Nesse caso, existe uma construção social anterior onde são criadas imagens e situações dessa população em situação de vulnerabilidade. Para Oliveira e colaboradores²⁶ o despreparo dos profissionais com relação ao campo da violência, muitas vezes está relacionado com a fragilidade na formação do profissional de saúde.

Ester: “Eu tenho perfil para trabalhar com esse público. Me sinto até melhor do que no consultório . Às vezes, são pessoas muito mais agradecidas, sabe? É presentinho toda hora, então assim, a relação é bem diferente. Parece as vezes que você está prestando um favor até, entendeu?”.

Lauro: “É um público carente, que não tem conhecimento dos direitos deles”

Julia: “Eu acho que isso é uma coisa que precisa ser mais trabalhada no paciente. Ele precisa entender que realmente o que o profissional tá fazendo, simplesmente é a obrigação dele. A gente recebe pra isso, né? Mas de certa

forma, eu vejo assim... Existe uma carência... acho que eles precisam conhecer mais o direito".

Os textos acima evidenciam o pensamento de atuação profissionais de um sistema público onde o trabalho é destacado pelas situações de caridade e benevolência entre as partes. Diante dessa realidade há necessidade de fortalecimento do controle social na atenção primária em saúde. A saúde bucal ainda é vista como algo divino ou presente do líder político à frente da gestão. Inclusive, o hábito cultural da figura do “doutor” causa esse afastamento intelectual do profissional e usuário. É nítida a falta de conhecimento da população sobre atribuições dos profissionais que atuam na Saúde da Família e seus direitos enquanto usuários do SUS²⁷.

Formação para atuar na Saúde da Família.

Avaliando a formação profissional dos entrevistados, observou-se perfis variados, com diferenças nos tempos de formados, alguns com formação clínica como implantodontia, endodontia e prótese; apenas uma entrevistada tinha formação no campo da saúde coletiva. Os entrevistados oriundos de universidades públicas revelaram total intimidade com a saúde da família ao assumir o concurso público como dentista da rede.

Elizabeth: “É como eu te falei, eu... quando eu entrei no concurso, eu entrei de paraquedas, eu entrei querendo um emprego com a estabilidade”.

Foi unânime a opção de trabalhar na saúde da família pela estabilidade do concurso público, com isso, muitos não apresentaram formação inicial para atuação na Saúde da Família, apenas trazendo o modelo apresentado na faculdade e representado em consultório particular.

Lauro: *“Antes deu entrar, não tinha comentado antes, mas antes deu entrar no PSF, meu consultório era perto de algumas unidades (PSF). Então eu almoçava com os dentistas da saúde na família. Então assim, eu me aproximei muito no início da própria realidade do serviço”.*

Ester: *“Eu cheguei fazendo exatamente as coisas que já eram feitas sem saber o que era certo e o que era errado. Não existia um treinamento. Eu acho que seria bastante interessante”.*

Ester: *“Então, na época do concurso, eu lembro que a gente ia passar por um treinamento. Nunca existiu esse treinamento. A gente só teve uma aula do funcionalismo publico, não de unidade da saúde da família, mas assim, como eu cheguei, já tinha colegas que já tinham assumido. Então foram esses colegas que me passaram todas as informações”.*

As narrativas acima evidenciam a lacuna de formação e preparação oferecida aos servidores municipais no período inicial de trabalho na atenção primária. Para quem seria a obrigação da formação? As Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia de 2002 ²⁸ defendem uma formação humanística, com vivência no Sistema Único de Saúde e baseada na realidade da população. No entanto, é necessário que os gestores locais criem estratégias de

educação permanente tendo como objetivo a qualificação do processo de trabalho e consequentemente a melhoria da saúde da população. Na ausência desta qualificação formal, os dentistas entrevistados desenvolveram suas próprias estratégias de educação para o trabalho, mediada pela equipe. Muitos sujeitos revelaram em suas falas que a formação acadêmica recebida foi focada na valorização do conhecimento técnico-científico, sem muita destaque para saúde pública, coletiva ou da família³.

Joana: “Eu tive um aprimoramento técnico, pois em um mês, após a minha graduação, eu já me inseri na residência de medicina social com ênfase em saúde da família, pelo Instituto de Saúde Coletiva”.

Antônio: “A minha formação ela é muito boa em relação à saúde da família por que a gente vem de lá desde a faculdade... já vem presenciando a saúde da família, a atenção básica, então ela já me colocou praticamente quando eu terminei a faculdade, pra trabalhar no sistema único de saúde”.

Antônio: “eu fui bolsista do PET Saúde, que é um Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde do Governo Federal. Quando eu saí, o primeiro emprego que eu procurei foi em uma unidade de saúde da família, então eu procurei por que eu me sentia preparado para atuar nesse campo”.

Essas narrativas confirmam que estratégias do governo no provimento de estudantes e profissional, no trabalho em saúde são importantes na qualificação do trabalho no Sistema

Único de Saúde. As residências médicas e multiprofissionais em saúde da família representam o padrão-ouro na formação de profissionais para atuação em diferentes espaços na rede de saúde, nesse caso na assistência.

As residências multiprofissionais em saúde da família são dotadas de potencialidades pedagógicas e políticas para modificação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde com a vivência no cotidiano das práticas do Sistema Único de Saúde²⁹.

Ester: “[...] sou especialista em endodontia [...] e procuro trabalhar nos sábados, porque você sabe que nossa profissão é extremamente prática, se para de fazer, perde a mão, então eu procuro trabalhar no sábado ainda com minha especialidade”.

Elizabeth: “todo esse tempo antes de entrar na equipe de saúde da família, eu fiz consultório particular também na especialidade prótese onde eu fui especialista, registrada como especialista em prótese dentária...”

Estela: “eu fiz especialização em odontopediatria [...] tive vontade de fazer um mestrado mais voltado para essa área, fui fazer um mestrado em saúde coletiva”

Julia: “[...] quatro anos depois de formada eu fiz especialização em dentística”.

Em vários discursos observa-se a predominância de especialização clínica na área de odontologia. É muito comum que os dentistas ao concluírem a graduação, motivados durante o processo de formação, escolham uma especialidade clínica. E, para isso, o mercado oferece várias opções de cursos de pós-graduações *lato sensu* com o objetivo de formar especialistas em determinada área.

Em um estudo que avaliou o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas no município de Feira de Santana, a maioria dos dentistas afirmou ter feito algum curso de especialização nas áreas de prótese, dentística ou endodontia³⁰. Para Chaves e Silva⁷, a formação em especialização clínica é uma forma de se manter no mercado competitivo da odontologia privada.

Considerações finais

Com o campo da Odontologia mais próximo à Saúde Pública, cirurgiões-dentistas já apresentam um certo entendimento quanto à importância das ações coletivas de promoção e educação em saúde. No entanto, é possível identificar muitos desafios desses trabalhadores na prática da Estratégia de Saúde da Família, como atuação predominantemente clínica e dificuldades para executar trabalho interdisciplinar/multiprofissional, humanístico e resolutivo. Isso aponta para a necessidade de desenvolver competências essenciais para atuar nessa área, as quais não foram alcançadas ainda, o que pode gerar insegurança, desgaste e sofrimento dos trabalhadores. É necessário maior investimento na preparação de profissionais que atuam no campo da Saúde da Família, a fim de alcançar o cuidado integral dos usuários e satisfação dos profissionais.

Além disso, esses sujeitos estão submetidos a condições nem sempre favoráveis ao atuarem na Atenção Primária à Saúde, enfrentando precarização do trabalho e alta rotatividade nos serviços.

Referências

1. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *Rev Fac Odontol UPF* 2007; 12(3):18-23.
2. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publ.* 2010; 44(2):360-5.
3. Pinheiro FMC, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MEL, Almeida MI. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *RGO.* 2009; 57(1):99- 106.
4. Freixinho ABS, Chevitarese L. Abordagem na formação do cirurgião-dentista clínico geral para atuar no serviço público e privado. *Revolução na prática de ensino. Rev ABENO.* 2010; 10(1): 14-8, 2010. Disponível em: <http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/3/3>
5. Chaves MC, Miranda, AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.* 2008; 12(24).
6. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Cien Saude Colet.* 2003; 8(2):599-609.
7. CORDON, J. A Saúde Bucal e o Mercado de Trabalho Odontológico. *Saúde em Debate*, n. 18, p. 52-63,1986.
8. ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. *Ação Coletiva*, v. 2, n, 3, p. 11-24, 1999
9. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Cienc. Saude Colet.* 2007; 12(6):1697-1710.
10. Bleicher L. Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia. *Rev Baiana Saude Publ.* 2012; 36(3):668-82.
11. Salvador. Plano Municipal de Saúde. Salvador, 2014.
12. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publ.* 2005; 21(4):1026-35.

13. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2004; 9 (1): 131-8.
14. Brasil. Ministério da Saúde . Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. **2017.**
15. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70. 2009.
16. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
18. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2004. P. 726.
19. Magalhães Junior, HM. *Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia?* *Divulg. saúde debate.* 2014; 14-29.
20. Pimentel, FC et al. *Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico.* *Cad Saude Publica.* 2012; 28.
21. Souza, GC. et al. *Reference and counter-reference in oral health: Regulation of access to specialized dental care centers.* *Revista de Salud Pública.* 2015; 17 (3): 416-428.
22. Guiotoku, SK et al. *Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil.* 2012.
23. Barbosa, AAA; Brito, EWG; Costa, ICC. *Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de Cirurgiões-Dentistas e auxiliares no contexto de um município.* *Brazilian Dental Science.* 2010; 10(3).
24. Almeida GCM, Ferreira MAF. *Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo.* *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2008; 24(9): 2131-2140.
25. Scherer MDA, Pires D, Schwartz, Y. *Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.* *Rev. Saúde Pública[online].* 2009; 43(4):721-725.
26. Reis MA, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante, MC. *A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas.* *Interface (Botucatu) [online].* 2007; 11(23): 655-666.
27. Pinheiro FMC et al. *A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF.* *Revista de Odontologia da UNESP.* 2008; 37(1): 69-77.
28. Oliveira CC, Almeida MAS, Morita Ione. *Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde.* *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2011: 412-420.
29. Nery, AA et al. *Saúde da família: visão dos usuários.* *Rev. Enferm. UERJ.* 2011: 397-402.
30. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Seção 1, p. 10.
31. Nascimento, DDG et al. *Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família.* *Saúde e Sociedade.* 2010; 19(4): 814-827.

32. Rodrigues B, Ana AAO et al. Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2012; 33(4): 582.

6. DISCUSSÃO

Em um estudo que avaliou o modelo assistencial da organização da saúde bucal em vários municípios do Rio Grande do Norte, a maioria dos profissionais afirmaram que não existe referenciamento dos pacientes e outros dizem que existem, porém não funciona ou funciona de maneira irregular e insatisfatória (SOUZA et al, 2007). Observa-se no presente trabalho, igualmente, dificuldade no encaminhamento de pacientes para atenção secundária a fim de realizar procedimentos mais especializados e também na comunicação da rede de saúde bucal, repercutindo na não resolutividade dos casos e certa pressão social para com os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, a qual se caracteriza como ordenadora do cuidado e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Atenção Primária à Saúde é a porta preferencial de acesso à RAS pelos usuários, e deve dialogar com os demais serviços de saúde e de outros setores, assumindo o centro de comunicação dessa rede. Dessa forma, ela abrange e é responsável pela resolução de um alto número de casos, a partir da oferta de ações de caráter individual e coletivo, direcionadas para promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Diante de tal cenário, percebe-se que apesar de utilizar tecnologias de baixa densidade, essas têm alta complexidade, dando conta de resoluções para problemas de saúde de maior incidência e relevância a nível populacional, considerando tanto aspectos biológicos quanto determinantes sociais (DIAS et al., 2009; BRASIL, 2017). Dias e colaboradores (2009) reconhecem que para atuar na APS é preciso desenvolver práticas pautadas na Vigilância em Saúde, gestão participativa, no trabalho em equipe e controle social. Pode-se observar nessa pesquisa que a Atenção Primária à Saúde, a partir de suas características

específicas, demanda dos trabalhadores atuantes nesse nível de cuidado o desenvolvimento de habilidades e competências que superam aquelas necessárias para realizar procedimentos clínicos e assistenciais. No entanto, os cirurgiões dentistas que atuam na Saúde da Família, muitas vezes não estão preparados para realizar tais atividades, o que repercute em um desgaste maior desses trabalhadores e necessidade de formação voltada para esses aspectos, assim como intensificação da educação permanente nos campos de prática.

De forma tradicional, existe a cultura de que os cirurgiões-dentistas se apresentam como trabalhadores liberais e autônomos do setor privado atuando em consultórios odontológicos de forma isolada, mesmo quando estão empregados em clínicas com demais profissionais. Devido a essa não organização coletiva e contexto de isolamento, é perpetuada a figura da Odontologia/Saúde Bucal como uma área específica tratada separadamente das demais (BLEICHER, 2011). Isso se reflete na dificuldade que essa categoria tem em trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar com outros profissionais da saúde, fragilizando a prática de matriciamento para com os demais membros das Equipes e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os resultados desta pesquisa corroboram com os achados de Cavalcanti e Cordeiro (2015), em que os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família não conseguem atuar, de fato, de forma intersetorial e assumir essa atribuição característica e necessária na APS. Alguns fatores que podem contribuir para que a intersetorialidade não se efetive completamente perpassa pelo não entendimento do conceito de intersetorialidade, pouca discussão sobre o tema na formação acadêmica e no ambiente de trabalho, atuação ainda assistencial e de práticas de caráter individual nas Unidades de Saúde, além das cobranças de produtividade dos atendimentos individuais pelas gestões municipais (CAVALCANTI; CORDEIRO, 2015). A ação intersetorial que aparece evidenciada nas falas dos dentistas é o Programa de Saúde na Escola (PSE). No entanto, percebe-se que esse Programa Intersetorial, na prática, não acontece como deveria, uma vez que é realizado em formato de ações pontuais organizadas pelas Equipes de Saúde. As ações do PSE

não são planejadas, executadas e avaliadas em conjunto com os atores do Setor Educação (professores e demais membros do corpo pedagógico nas Escolas), e nem acontecem durante todo o ano letivo de forma processual e permanente, como é preconizado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com a inclusão da odontologia na Estratégia Saúde da Família há 18 anos, em algumas situações observou-se atuação dos cirurgiões-dentistas prioritariamente clínica, o que reflete um desconhecimento da Rede de Atenção à Saúde, das necessidades de atuação em outros campos e de forma intersetorial, como é preconizado na APS. Isso aponta para a necessidade de desenvolver competências essenciais para atuar nessa área, as quais não foram alcançadas ainda, o que pode gerar insegurança, desgaste e sofrimento dos trabalhadores.

Os dentistas devem atuar na construção de vínculo, trabalho em família, análise situacional em saúde, assistência voltada para necessidades da população e organização da demanda após reconhecimento do território. Situações de pobreza, violência, fome são situações de vulnerabilidades que não são reconhecidas pelo cirurgião-dentista no campo de prática. Isso é sugestivo de uma formação dos dentistas ainda voltada para a lógica do atendimento clínico privado e individualizado.

Foi observada forte tendência à especialização clínica por partes dos profissionais e poucas estratégias para formação em Saúde da Família oferecida pela gestão em saúde.

Essas importantes lacunas em conhecimentos da organização do Sistema Único de Saúde e do processo de trabalho em equipes multiprofissionais sugerem que é necessário maior investimento em metodologias de aprendizagem que sejam voltados para o trabalho no SUS, com intenção de qualificar os profissionais que atuam ou pretendem atuar no campo da Saúde da Família, alcançar o cuidado integral dos usuários e satisfação dos profissionais.

Além disso, esses dentistas que atuam no serviço público estão submetidos a condições nem sempre favoráveis ao atuarem na Atenção Primária à Saúde, enfrentando precarização do trabalho e alta rotatividade nos serviços.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. *O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde*. *Cien Saude Colet*, v. 9, n. 1, p. 131-8, 2004.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. *Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde*. *Rev Saude Publ.*, v.44, n. 2, p. 360-5, 2010.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, D. *Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte*. *Cien Saude*, v. 11, n. 1, p. 219-27, 2006.
- BALDANI, M. H. et al. *A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil*. *Cad Saude Publ.*, v. 21, n. 4, p. 1026-35, 2005.
- BAHIA. Núcleos Regionais de Saúde. SEI, 2018. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2597&Itemid=658> . Acesso em: 29 de Junho de 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
- BLEICHER, L. *Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia*. *Rev Baiana Saude Publ.*, v. 36, n. 3, p. 668-82, 2012.
- BRASIL. *Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. 29 setembro 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fev. 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia*. Brasília: Ministério da Educação e Cultura, Diário Oficial da União, 4 mar; p. 10, 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2013*. 4. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>>.
- CAVALCANTI, A. D.; CORDEIRO J. C. Conceito de saúde e ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-9, 2015.
- CAPISTRANO FILHO, D. *O cirurgião-dentista no PSF*. *Rev Bras Odontol Saude Colet*, v.1, n. 2, p. 8, 2000.
- CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. *A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal*. *Rev Fac Odontol UPF*, v. 12, n. 3, p. 18-23, 2007. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/1065/595>>.
- CHAVES, M. C; MIRANDA, A. S. *Discursos de cirujanos-dentistas del Programa Salud dela Familiabrasileño: crisis y cambio de habitus em la Salud Publica*. *Interface (Botucatu)*, v. 12, n. 24, p. 153-67, 2008.
- CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. *As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia*. *Cienc Saude*, v. 12, n. 6, p.1697-1710, 2007.
- DIAS, E. C. et al. *Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios*. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.6, Rio de Janeiro, 2009.
- DUARTE, R. *Entrevistas em pesquisas qualitativas*. *Educar*, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/view/2216/1859> >.

FONTANELA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas*. Cad Saude Publ, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

Freitas MCMC. *Atuação das enfermeiras no processo de implantação do programa saúde da família em Teresina (1996-2000)*. [dissertação] Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2012.

FREIXINHO, A. B. S.; Chevitarese L. *Abordagem na formação do cirurgião-dentista clínico geral para atuar no serviço público e privado*. *Revolução na prática de ensino*. Rev ABENO, v. 10, n. 1, p. 14-8, 2010. Disponível em: <<http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/3/3>>.

GROISMAN S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. *A Evolução da Atenção à Saúde no Brasil: O Contexto da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Cadernos da Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde - ABOPREV II, p. 1-9, 2005. Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=564&Itemid=>.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. *A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família da universidade aos pólos de capacitação*. Cad Saude Publ, v. 20, n. 6, p.1538-44, 2004.

Mendes EV. *Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1993.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2010.

MORETTI, A. C. *Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR)*. Cien Saude Colet., v. 15, suppl.1, p. 1827-34, 2010.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. *A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista*. Cien Saude Colet, v.8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PINHEIRO, F. M. C.; NÓBREGA-TERRIEN, S. M.; ALMEIDA, M. E. L., ALMEIDA, M. I. *A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a*

prática da profissão. RGO.; v. 57, n. 1, p. 99- 106, 2009. Disponível em:
<<http://www.revistargo.com.br/ojs/index.php/revista/article/view/648/655>>.

RODRIGUES, A. A. A. O. *Saúde bucal na estratégia saúde da família em um município do semiárido baiano*. Rev Baiana Saude Publ, v. 35, n. 3, p. 695-709, 2011. Disponível em:
<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/326/pdf_135>.

RONCALLI, A. G. O. *Desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde*. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

Salvador. Plano Municipal de Saúde. Salvador, 2014.

SILVEIRA FILHO, A. D. *A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática*. 2002.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial*. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, p. 2727-2739, 2007.

VALLADARE, L. *Os dez mandamentos da observação participante*. Rev Bras Ci Soc., v. 22, n. 63, p.153-5, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr.(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Processo de Trabalho do Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família no Município de Salvador – Bahia” que está sob responsabilidade dos pesquisadores Liliane Elze Falcão Lins Kusterer, e Marcos Vinícius de Santana Silva residente a Av. Laurindo Régis,360. Cond. Castro Alves blc 11 apt 331, Brotas, CEP: 40240-550 Telefones: (71)91855891/(71)32334036 email: marcosodontouefs@gmail.com

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, peço que o (a) Sr.(a) leia atentamente cada item deste documento e sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessário.

Informações sobre o estudo:

- 1- Objetivo do estudo: Analisar o processo de trabalhado do Cirurgião - Dentista na Saúde da Família no Município de Salvador sua participação consistirá em responder uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas sobre o processo de trabalho e qualidade na saúde da família, um questionário de qualidade de vida SF-36, um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas. Será utilizada a observação participante que é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observadores e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhem dados. Para participar deste estudo o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.
- 2- Você será entrevistado e essa conversa será gravada, onde terá um código, portanto seu nome não será usado, conhecido ou citado. Será mantido o sigilo

quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizados apenas para fins de pesquisa.

- 3- Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.
- 4- A sua participação é voluntária, e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Caso participe, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Também lhe será garantido o direito de, durante as entrevistas, recusar a responder perguntas ou falar de assuntos que possam lhe causar qualquer tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis.
- 5- Em qualquer momento da pesquisa você poderá solicitar esclarecimento com os pesquisadores responsáveis Liliane Lins e Marcos Vinícius de Santana Silva ou diretamente na Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus.
- 6- Possíveis benefícios: O estudo vai trazer benefícios para os usuários do sistema único de saúde de saúde, equipe de saúde, gestão municipal e para a pesquisa científica em odontologia ao avaliar e identificar como se dá o processo de trabalho e qualidade de vida dos profissionais, aspectos éticos e bioéticos estimulando debates sobre qualificação do trabalho na saúde da família e conhecimento de sua qualidade de vida.
- 7- Desconfortos e riscos: O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o(a) entrevistado(a) frente a alguns questionamento sobre o processo de trabalho profissional, como será mantido sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional. Todas as entrevistas serão codificadas no objetivo de preservar seu sigilo e privacidade.

Os resultados da pesquisa serão publicados em eventos e publicações técnicas, não havendo identificação dos voluntários. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá

ser sanada em qualquer momento da mesma. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o comitê de ética, ou com a pesquisadora responsável, nos endereços abaixo. Caso você concorde em participar da pesquisa, assine esse termo de consentimento.

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. Fone: (71) 3286-5574.

Pesquisador responsável: Liliane Lins Kusterer

Pesquisador(a)/Colaborador: Marcos Vinícius de Santana Silva.

Endereço do PPGSAT: Faculdade de Medicina da Bahia - Largo do Terreiro de Jesus, s/n - Centro Histórico, Salvador, Bahia 40.026-010

Fone do PPGSAT : +55 (71) 3283.5573 - 8873.7412(Oi) - 9305.8288(Tim) - 9916-6825(Vivo)

APÊNDICE 2 – Roteiro para entrevista semiestruturada

1. DADOS PESSOAIS:

Entrevista nº:

Data: // Horário de início: Horário de término:

a) Código do Participante:

b) Sexo: () masculino () feminino

c) Idade: _____ anos

d) Estado Civil: () casado(a) () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a)

e) Escolaridade:

f) Categoria Profissional:

g) Formação Profissional:

h) Instituição na qual se graduou:

i) Tempo de formado (a):

j) Cursos de Pós Graduação: () Não () Sim Qual(is):_____

k) Jornada de trabalho diária:

l) Tempo de trabalho nesta ESF:

2-QUESTÕES:

- 1) Na sua visão, qual o papel da atenção básica à saúde?
- 2) Quais motivos de sua inserção na saúde da família?
- 3) Qual perfil que o profissional precisa ter para atuar nesse espaço profissional?
- 4) Quando você assumiu a USF, você estava preparado para o trabalho?
- 5) Para você, qual o objetivo do seu trabalho na ESF? Sua saúde te permite desenvolver as funções inerentes ao seu trabalho ou ela te limita?
- 6) Quais atividades são desenvolvidas pela Equipe de Saúde Bucal?
- 7) Existiu na comunidade algum “trabalho” que fugiu do campo específico da saúde bucal? Qual sua compreensão sobre isso?
- 8) Você se sente realizado no trabalho?
- 9) Como se dá sua relação profissional com a equipe multiprofissional?
- 10) Como é sua relação com a gestão da atenção básica? Há um diálogo constante? Pensa em atuar na gestão?

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): SIGNIFICADO DO TRABALHO. **Pesquisador:** Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 41144815.1.0000.5577

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

955.707 **Data da**

Relatoria: 23/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado, do programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho da UFBA.

Pretende conhecer a problemática do desenvolvimento das funções exercidas pelos cirurgiões dentista (CD) nas unidades de saúde da família e o impacto na saúde destes trabalhadores pelas dificuldades geradas a partir das necessidades no seu entorno, que possam resultar em sofrimento do profissional, assim como, seu impacto na saúde bucal da coletividade. É um estudo descritivo, qualitativo exploratório, que utiliza um questionário de entrevista semiestruturada, observação participativa do pesquisador e o questionário SF36 para avaliação da qualidade de vida dos CDs integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS). Na introdução faz menção à questão referente à formação acadêmica principalmente tecnicista, biológica e curativa dos cirurgiões dentista e a relação destes com um ambiente multiprofissional e interdisciplinar, modelo que caracteriza as unidades de ESF. A investigação será realizada através dos questionários a serem aplicados, que irão permitir uma análise da saúde dos participantes da pesquisa.

Participantes da pesquisa

“Os sujeitos do estudo serão os cirurgiões-dentistas que compõe a Equipe de Saúde Bucal de cada unidade de saúde da família, a definição da amostra será pela técnica da saturação. Os dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas que serão gravados e coleta de instrumento validado sobre qualidade de vida, SF-36. O instrumento semiestruturado terá questões norteadoras para identificar o significado de trabalho do CD na ESF. Será também utilizada a observação participante que é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. A análise de dados será embasada na perspectiva teórica da hermenêutica dialética onde os sujeitos são entendidos em suas dimensões históricas e culturais, em um campo de trabalho que busca a superação hegemônica de modelos de formação e prática”.

O número de indivíduos entrevistados será de 20, distribuídos em dois grupos, 15 cirurgiões dentistas e 5 gestores.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO: “... cirurgiões-dentistas em atividade com mais de um ano de atuação na unidade de saúde”.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: “Serão excluídos os profissionais com menos de um ano na respectiva atuação profissional ou afastado do serviço”.

METODOLOGIA PROPOSTA: "Trata-se de um estudo descritivo, de caráter exploratório, com metodologia qualitativa sobre o significado do trabalho do dentista na saúde da família”.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS: “Os sujeitos do estudo serão os cirurgiões-dentistas que compõe a Equipe de Saúde Bucal e o gestor (a) de cada unidade de saúde da família, a definição da amostra será pela técnica da saturação”. “Aos entrevistados, será garantido o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitarem participar da pesquisa voluntariamente serão esclarecidos dos objetivos do estudo e receberão o TCLE, que após a anuência dos sujeitos, será assinado por eles. Os dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas que serão gravados. O instrumento semiestruturado terá questões norteadoras para identificar o significado de trabalho do CD na ESF. Também será coletado o questionário SF-36 para qualidade de vida em saúde”. “Para avaliação da qualidade de vida será utilizado o questionário SF-36.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

“Compreender como cirurgião-dentista significa seu trabalho no cotidiano da estratégia de saúde da família.”

SECUNDÁRIOS

“- Descrever como se dá a relação multiprofissional do CD com a equipe de ESF;

- Compreender a atuação do Cirurgião-dentista como Profissional da Atenção Primária;
- Analisar o cotidiano de trabalho do dentista na Saúde da Família e relações com usuários, trabalhadores e gestão.
- Descrever qualitativamente aspectos da qualidade de vida embasados no questionário SF36.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

“O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o (a) entrevistado (a) frente a alguns questionamentos sobre o trabalho profissional, como será mantido sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional. Todas as entrevistas serão codificadas no objetivo de preservar seu sigilo e privacidade. Os entrevistados poderão não responder algumas perguntas. O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o (a) entrevistado (a) frente a alguns questionamentos sobre o trabalho profissional, como será mantido sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional. Todas as entrevistas serão codificadas no objetivo de preservar seu sigilo e privacidade”.

BENEFÍCIOS:

“O estudo vai trazer benefícios para os usuários do sistema único de saúde de saúde, equipe de saúde, gestão municipal e para a pesquisa científica em odontologia ao avaliar e identificar como se dá o trabalho e qualidade de vida dos profissionais, estimulando debates sobre qualificação do trabalho na saúde da família e conhecimento de sua qualidade de vida. O estudo vai trazer benefícios para os usuários do sistema único de saúde de saúde, equipe de saúde, gestão municipal e para a pesquisa científica em odontologia ao avaliar e identificar como se dá o

trabalho e qualidade de vida dos profissionais, estimulando debates sobre qualificação do trabalho na saúde da família e conhecimento de sua qualidade de vida”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo, qualitativo, observacional que envolve cirurgiões dentistas e usuários do programa estratégia de saúde da família do sistema único de saúde (SUS). A pesquisa tem pertinência, na medida em que se propõe a avaliar a prática cotidiana de cirurgiões dentistas, nas equipes da ESF, com a preocupação centrada na realização profissional, sua relação e interação com a equipe multiprofissional e interdisciplinar do programa e a saúde destes trabalhadores. Poderá trazer respostas importantes sobre as inter-relações profissionais e a inserção dos CDs em uma estrutura social complexa, podendo assim, nortear adequações que visem minimizar frustrações decorrentes das atividades exercidas, conseqüentemente à melhoria do atendimento ao usuário e do padrão de gestão. A metodologia está adequada para o alcance dos resultados. O material a ser utilizado será questionários e a observação in loco dos CDs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: Contém as salvaguardas éticas contidas na RES466/12. No TCLE, o investigador fala sobre o tratamento usando expressões: “Para participar deste estudo o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira”. COMENTÁRIOS DO TCLE: O TCLE é conciso, objetivo com linguagem clara e adequada ao nível sociocultural dos sujeitos da pesquisa, identifica os riscos e desconfortos esperados. Atende a manutenção de sigilo de identidade do sujeito, as informações e opiniões serão tratadas anonimamente, os dados obtidos ficarão sob a guarda do pesquisador principal por até 5 anos sendo então destruídos, a participação do sujeito é voluntária e passível de saída a qualquer momento que deseje. Também é previsto a recusa de respostas que gerem constrangimentos, assim como, o acesso aos pesquisadores responsáveis para quaisquer esclarecimentos. ADEQUADO.

ORÇAMENTO: R\$ 875,00- ADEQUADO.

CRONOGRAMA: ATUALIZADO, ADEQUADO.

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO: ADEQUADO.

Carta de anuência dos membros da equipe: ADEQUADO.

Recomendações:

-O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a estes fatos.

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

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-FMB SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 18 de Fevereiro de 2015

**Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)**

ANEXO 2 - Normas para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Orientações para organização de números temáticos](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva

(espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e

internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

(IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.


18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO 3 – Confirmação de Submissão do Artigo

21/02/2019 ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2019-0516

Title
The dentist at Primary Health Care : challenges to reach your field

Authors
Silva, Marcos
Kusterer, Liliane
Fagundes, Juliane
Bleicher, Lana

Date Submitted
21-Feb-2019

[Author Dashboard](#)