

Heriberto Fiuza Sanchez

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE E O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre pela Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva, área de concentração Saúde Coletiva, linha de pesquisa atenção primária na saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Marisa Maia Drumond

Belo Horizonte – MG
Universidade Federal de Minas Gerais
2009

S211a Sanchez, Heriberto Fiuza
2009 Atensão primária na saúde e ensino de graduação em
T odontologia / Heriberto Fiuza Sanchez, 2009
187 fls.: il.
Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira
Co-orientadora: Marisa Maia Drumond
Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia
1. Atensão primária à saúde – Teses 2. Educação em
odontologia – Teses I. Ferreira, Efigênia Ferreira e
II. Drumond, Marisa Maia III. Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia III. Título.

BLACK

D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
Belo Horizonte - MG - 31.270-901
Tel: (31) 3409 2470 Fax: (31) 3409 2472



Ata da Comissão Examinadora para julgamento da Dissertação de Mestrado em Odontologia do aluno **Heriberto Fiúza Sanches**, Área de Concentração em Saúde Coletiva, intitulada **"Atenção primária na saúde e ensino de graduação em Odontologia na UFMG"**. Aos 09 (nove) dias do mês de junho de 2009, às 14:00 h, na sala de Pós-Graduação (3403) da Faculdade de Odontologia, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira (Orientadora) - FO-UFMG, Profa. Dra. Marisa Maia Drummond (Co-orientadora) - FO-UFMG, Profa. Dra. Maria José Menezes Brito - EE-UFMG e Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck - FO-UFMG. O Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Prof. Saul Martins de Paiva abriu os trabalhos, apresentou a Comissão Examinadora e passou a presidência da sessão à orientadora da Dissertação Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira. Ao candidato foi dado o tempo de até 60 (sessenta) minutos para fazer a exposição oral sobre o seu trabalho. Encerrada a exposição, foi iniciada a arguição, dentro do limite de tempo de 30 (trinta) minutos, pelos Professores Maria José Menezes Brito e Marcos Azeredo Furquim Werneck, com limite de 30 (trinta) minutos para a resposta. Terminadas as arguições, a presidente suspendeu os trabalhos por 10 minutos para que os examinadores pudessem decidir pelo resultado a ser dado ao candidato. A Comissão Examinadora opta pela *aprovação* do candidato. Para constar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada por mim e pela comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de junho de 2009. Elizabeth Soares Teles Noronha, Secretária do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
Orientadora - FO-UFMG

Profa. Dra. Marisa Maia Drummond
Co-orientadora - FO-UFMG

Profa. Dra. Maria José Menezes Brito
EE-UFMG

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck
FO-UFMG

Pequenina Livia, você está em todas as páginas desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À DEUS. São tantas e tão variadas as razões pelas quais Te agradeço. Sem Sua presença essa e muitas outras vitórias não seriam possíveis.

À Eliana e Lucas, família querida que me dedicou paciência, apoio, amor, meus companheiros de todos momentos, sempre me incentivando e torcendo por mim, verdadeiras razões dessa e de jornadas futuras. Eliana, meu grande amor; Lucas, minha maior conquista. Companheiros de todos os momentos, eu lhes amo muito. Essa conquista é também de vocês.

Meu pai, Heriberto e minha mãe, Maria Zélia. Foi a partir do “berço” que me proporcionaram que muito desse trabalho teve origem. Papai e sua incansável luta ao longo do tempo, mostrando-me o árduo trabalho pela saúde; sorriso fácil, amor, carinho, diálogo conosco. Mamãe sempre presente em todos os momentos, pai e mãe ao mesmo tempo, palavra amiga e carinhosa, sempre me incentivando, uma vida inteira de doação. Agradeço também pelas orações e pelo apoio incondicional em qualquer situação. Em meu coração eternamente juntos.

Marcelo e Ricardo, irmãos que tanto gosto e admiro. Não me esqueço de vocês. Muito aprendi e certamente aprenderei em suas companhias. Valeu muito.

Joyce e Débora. Pois é, e eu que dizia que queria ter uma irmã... Que bom, a vida me deu dois belos presentes. Pelo carinho que temos um pelo outro e pelo bem que fazem pelo pai, essa é também uma homenagem justa.

Vovó Angélica, tio Geninho, tio Fernando, tia Ângela, tia Maria Luiza, Bruno, Nando, Simone Húngaro... Não é possível citar todos, pois Graças a Deus, são muitos...

HOMENAGENS

Profa. Efigênia, “super” orientadora, professora, profissional e pesquisadora. Amiga e companheira. Meu mais sincero agradecimento pela paciência, incentivo e ensinamentos.

Profa. Marisa, orientadora, amiga, parceira com quem muito aprendi e certamente ainda aprenderei. Muito obrigado não somente pela co-orientação nesse trabalho, mas também por vários outros momentos que me estendeu sua mão amiga.

Prof. Marcos Werneck, pelos momentos de rico aprendizado e pela amizade conquistada. Prof. João Henrique, pelas valiosas contribuições na pré defesa.

Carlos, companheiro de estudos, obrigado por sua colaboração nos vários momentos de Mestrado.

Eurico, Heliana, Rita e Alexandre pela amizade, apoio, incentivo; pelo amor incondicional ao meu filho Lucas.

Marcela, Sofia e Laura (e também meu pequeno Lucas), razões para acreditar e trabalhar por um futuro melhor. Verdadeiras esperanças para nossa família.

Aos colegas do ISO-Instituto de Saúde Oral, Ênio, Cristina, Flávia, Martinho, Anísio e tio Júlio: obrigado por sua compreensão em minhas ausências, por sua amizade e apoio. Aos meus pacientes, minha homenagem se dá pelas mesmas razões.

A todos os trabalhadores da saúde que buscam transformar utopias em atos, tímidos ou grandes, sempre reais, efetivando os princípios do SUS, contribuindo para a construção da saúde como expressão de dignidade e de uma sociedade mais justa e solidária.

RESUMO

ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE E ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Em um mundo caracterizado por disparidades sociais e iniquidades em saúde, torna-se cada vez mais evidente a importância da atenção primária em reordenar as ações na área e possibilitar a produção da saúde de maneira digna, ética e acessível à população. Os recursos humanos envolvidos precisam estar adequadamente preparados para atuar nesse nível de atenção. Os objetivos desse trabalho foram verificar a compreensão de alunos de odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais com relação à atenção primária e sua relação com a prática profissional. A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, uma quantitativa e outra qualitativa. Na primeira etapa o instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado e o universo estudado compreendia acadêmicos do 8º e 9º períodos, com participação de todos os alunos (n=106). As perguntas foram elaboradas a partir de dimensões essenciais à APS, definidas na revisão de literatura: visão ampliada do processo saúde-doença, contemplando a pessoa e não somente a enfermidade; tecnologia necessária para o trabalho na APS; humanização no atendimento, entendida como vínculo e responsabilização, ética e solidariedade. A análise estatística foi realizada no programa BioEstat 4.0, utilizando-se frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão e moda. Para a relação das respostas entre os períodos, utilizou-se o teste Mann Whitney (nível de confiança de 0,95). Os alunos entendem “visão do processo saúde-doença” de maneira ampliada e que “tecnologias apropriadas” são limitadas às chamadas tecnologias duras e leve-duras, com muito pouca menção ao uso de tecnologias leves. Para “humanização do atendimento” definem que ética representa um compromisso com a dignidade da vida humana e solidariedade é entendida de maneira politizada; vínculo é estabelecido além de competências técnicas e responsabilização reflete a priorização da pessoa. Por outro lado, não compreendem que ética e solidariedade são tecnologias passíveis de estudo aprofundado, sendo entendidas pelos alunos como “valores” que não podem ser sistematizados em conteúdos curriculares. Os resultados dessa pesquisa possibilitou a elaboração de um roteiro para a pesquisa seguinte. A pesquisa qualitativa utilizou a entrevista semi estruturada como instrumento de coleta de dados, tendo participado 8

alunos do 9º período, gerando dados suficientes para uma análise. Os pesquisados enxergam a atenção primária como um nível caracterizado por procedimentos clínicos simples, de baixa resolutividade e não mencionam a complexidade epidemiológica desse nível. Apontam a importância do professor e de cenários que os aproximem da realidade, no processo de aprendizagem da atenção primária. Sentem-se sensibilizados com as situações adversas dos assistidos, apresentam uma tendência a uma visão integral dos indivíduos, mas sua prática tende a não se modificar. Existe a necessidade da vivência de solução dos problemas próprios da atenção primária para que possam formular atitudes não biomédicas para o enfrentamento dessas situações. Ainda assim, o perfil dos formandos aponta para uma evolução em relação a outras pesquisas, que apontavam uma grande inadequação dos egressos para o enfrentamento dos problemas da saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: educação; atenção primária na saúde; odontologia

ABSTRACT

PRIMARY HEALTH CARE AND DENTISTRY ACADEMIC BACKGROUND

In a world characterized by social disparities and inequities in health, becomes clear the importance of primary care to reorder the actions in this area and enable the production of health in a dignified, ethical and accessible way to the population. The human resources involved must be adequately prepared to work at this level of attention. The objectives of this study were check the understanding of students of dentistry of the Federal University of Minas Gerais in relation to primary care and its relationship to professional practice. The research was conducted in two stages, a quantitative and a qualitative. In the first stage the data collection instrument used was a structured questionnaire and the studied population were students of 8th and 9th periods, with the participation of all students (n = 106). The questions were developed from essential dimensions of primary health, defined in the literature review: expanded view of health-disease process, including the person and not just his disease; the technology to work in the primary health; humanization of care, understood as bond and accountability, ethics and solidarity. Statistical analysis was performed in the BioEstat 4.0, using absolute and relative frequencies, mean and standard deviation. For the relationship of responses between the two periods, the Mann Whitney test was used (confidence level of 0.95). The surveyed believe "vision of the health-disease" as expanded and that "appropriate technology" is limited to technology called hard and light-hard, with very little mention of the use of soft technologies. For "humanization of care" they define ethics as a commitment to the dignity of human life and solidarity is understood as politicized, link is established beyond technical skills and accountability reflects the prioritization of the individual. On the other hand, they understand that ethics and solidarity are not technologies that can be learned through deepened study, being understood by students as "values" that can not be systematized into curricular content. The results of this research enabled the development of a roadmap for the next search. The qualitative research used the semi structured questionnaire as data collection instrument, and 8 students of the 9th period attended the research, generating enough data for analysis. The searched see primary care as a level characterized by simple clinical procedures, low

resolution and do not mention the epidemiological complexity of the level. They point the importance of teacher and different scenarios in the learning process of primary care. They feel sensitized by the adverse situations of the assisted, have a tendency to an integral vision of individuals, but its practice tends not to change. There is a need to experience solutions of the specific problems of primary care so that they may not make biomedical attitudes to face these situations. Still, the profile of students points to an evolution in relation to other studies, which showed a large mismatch of graduates to face the problems of public health.

KEY-WORDS: education; primary health care; dentistry

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1: Total da pontuação obtida, média e moda, por período, e valor de p resultante da comparação entre os grupos, 2008	118
TABELA 2: Possibilidades de aprendizado de alguns valores universais, em percentuais, entre os grupos, 2008	118

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Enfoques para a APS, segundo Vuori, 1985	31
Quadro 2 – Interpretações possíveis para a APS, segundo Mendes, 2002	32
Quadro 3 – Atributos da APS, segundo Starfield, 2004	33
Quadro 4 – Comparação da clínica na APS e na atenção hospitalar/clinica	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária na Saúde
CD	Cirurgião-dentista
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FO	Faculdade de Odontologia
IES	Instituição de Ensino Superior
IR	Internato Rural
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários da Saúde
Pacto	Pacto de Indicadores da Atenção Básica
PBL	Problem Based Learning
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Atenção Primária na Saúde: uma história centenária.....	20
2.2 Particularidades da clínica na APS e sua interface com a promoção da saúde	43
2.2.1 As relações de poder e a clínica.....	43
2.2.2 Os diferentes saberes da clínica e da APS.....	44
2.2.3 Imaginário social da clínica e imaginário da APS.....	45
2.2.4 A clínica e o tempo das relações terapêuticas.....	46
2.2.5 A clínica e a percepção de danos.....	46
2.3 A atuação do profissional de saúde na APS: dimensões que devem ser valorizadas.....	51
2.3.1 Humanização no atendimento, a partir das dimensões vínculo e responsabilização; ética e solidariedade.....	51
2.3.2 Visão da determinação social da doença e atenção à pessoa e não à sua enfermidade.....	61
2.3.3 Tecnologia necessária para o trabalho na APS.....	65
2.4 Atenção Primária na Saúde e formação de recursos humanos.....	71
3 OBJETIVOS.....	88
4 METODOLOGIA.....	89
5 REFERÊNCIAS.....	94
6 RESULTADOS.....	111
6.1 Artigo 1.....	111
6.2 Artigo 2.....	132
7 COMENTÁRIOS FINAIS.....	164
8 ANEXOS.....	168
8.1 Aprovação do COEP.....	169
8.2 Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia.....	170
8.3 Normas de publicação revista Acta Bioethica.....	175
8.4 Normas de publicação revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.....	179
9 APÊNDICES.....	182
9.1 Termo de consentimento pesquisa quantitativa.....	183
9.2 Questionário quantitativo.....	184
9.3 Termo de consentimento pesquisa qualitativa.....	186
9.4 Roteiro de entrevistas semi- estruturadas.....	187

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce (...)

O esforço é grande e o homem é pequeno (...)

A alma é divina e a obra é imperfeita (...)

Que da obra ousada é minha parte feita:

O por fazer, é só com Deus (...)

Valeu a pena? Tudo vale a pena

Se a alma não é pequena.”

1 INTRODUÇÃO

Saúde. Não seria um exagero afirmar que esse tema representa grande parte das inquietações, pesquisas e anseios históricos da humanidade. Desde os tempos mais remotos, as sociedades buscam mecanismos para compreender os males a que estão sujeitos, na esperança de devolver ao corpo em seus momentos de doença a tão desejada... saúde. Saúde integral e em seu viés biomédico; saúde coletiva e individual; saúde do corpo e saúde da alma; saúde bucal e sua incrível capacidade fragmentadora; saúde como direito cidadão e saúde como consumo; saúde por linhas de cuidado ou por condições de vida; saúde como gasto pelo gestor ou como investimento; saúde pública ou saúde privada. Embora existam muitas outras formas de se pensar o tema saúde, com conseqüentes diferentes maneiras de produzir saúde, admite-se que se trata de tema de difícil compreensão e na prática tais modelos ou estratégias, embora em alguns casos complementares, pouco dialogam entre si. As consequências nefastas dessa disputa entre diferenças geralmente recaem sobre segmentos da espécie humana, resignados à condição de exclusão à qual historicamente são submetidos. Porém, basta uma análise mais criteriosa para que se verifique que toda a humanidade é vencida, juntamente com sua utópica ilusão de uma vida eterna que estaria ao seu alcance se tivesse... saúde.

Como personagem dessa humanidade que pesquisa e busca respostas para o tema, também me sinto inquieto perante o mesmo e as razões que me levaram à elaboração dessa pesquisa estão relacionadas, por um lado com essa histórica necessidade de compreensão do que vem a ser saúde e principalmente como obtê-la e por outro lado, com aspectos que dizem respeito a minha própria vida, desde minhas origens familiares, passando por minha experiência profissional, acrescido de reflexões e críticas acerca da atividade do profissional de odontologia.

Essas vivências me possibilitaram identificar grandes vantagens na adoção de estratégias que sejam baseadas na Atenção Primária na Saúde (APS). Acredito que a APS corresponde ao conjunto de conhecimentos e aprendizados das ciências da saúde

que, no caso da odontologia, todo cirurgião - dentista (CD) deve trazer em sua formação. Além disso, é o espaço apropriado para que o profissional exerça atitudes que se reverterão positivamente na terapêutica dos usuários e que são importantes nesse nível de atenção: o entendimento ampliado do processo saúde-doença, a abordagem multiprofissional, o acolhimento dos que procuram a APS, apenas para citar alguns.

Minha escolha pelo tema passa também por algumas outras características muito representativas desse nível de atenção, a saber, o contato humanizado, solidário e ético ao ser humano. Em um mundo dominado por alta tecnologia, muitas vezes usada de maneira acrítica e motivada por interesses de capital, corre-se cada vez mais o risco de transformar o importante momento terapêutico em um instante de frieza e distanciamento. Essa mesma alta tecnologia pode estar simplesmente ofuscando valores humanos essenciais à construção de uma sociedade mais justa. Resgatar tais princípios éticos, de solidariedade, humanitários, talvez um tanto ou quanto esquecidos ou banalizados pelo uso sem regras de seus significados pode ser, no meu entendimento, uma pequena (grande) contribuição dos profissionais de saúde para um futuro que, desejamos, seja melhor. E esses valores estão lá, na APS. E o mundo está aí, esperando pelo bom uso deles.

É importante esclarecer que não é minha intenção fazer críticas vazias aos avanços tecnológicos ou a algumas conquistas do modelo biomédico: muito fizeram e muito ainda poderão fazer pela ciência, possibilitando tratamentos, abrindo esperanças para o futuro. O equívoco, na minha opinião, é a ênfase não reflexiva à essas tecnologias e o uso inconsciente do arsenal biomédico. Elas devem sim ser usadas, mas na medida certa, sem abrir mão de valores que não podem ser delas desvinculados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) definiu como principal eixo de reorientação da atenção à saúde no país a adoção de estratégias que passam pela APS, sendo que a principal delas é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, de acordo com as políticas públicas para o setor saúde do nosso país a APS ocupa local privilegiado,

sendo apontada como capaz de responder de forma digna às necessidades a que faz jus imensa parcela da população historicamente excluída.

Para tal, esforços de toda espécie são necessários. É inquestionável que os ligados à esfera do financiamento são imprescindíveis. Também não se quer desmerecer a importância daqueles relacionados a equipamentos ou materiais e insumos. Uma boa gestão é estrategicamente necessária. No entanto, acredito que os recursos humanos envolvidos na atenção à saúde da população são os mais valiosos instrumentos para a conformação de novas práticas em saúde. São altamente desejáveis profissionais que saibam ouvir, romper com práticas desgastadas, valorizar o paciente e sua subjetividade, respeitar o bem público, que entendam que sua atividade não se esgota na assistência (ainda que essa seja muitas vezes tudo aquilo que se deseja), e que sejam críticos e disponíveis para contribuir para uma sociedade melhor, mais justa e igualitária.

Preocupa-me, nesse sentido, a adequação da classe odontológica para o enfrentamento das dificuldades e desafios que para ela foram apresentados a partir de novas possibilidades de trabalho na ESF, bem como a responsabilidade de reverter quadros epidemiológicos em saúde bucal amplamente desfavoráveis. Décadas de uma prática alienada da real condição de saúde bucal dos indivíduos não são, infelizmente, corrigidas em poucos anos. A esse desafio é confrontada a população, que não pode mais esperar por um processo, para ela longo demais e que há muito faz por merecer dignidade na resolução de seus problemas de origem bucal.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece a importância da correta adequação de recursos humanos para o trabalho em estratégias de APS. Essa preocupação do MS se justifica plenamente. Muitas Instituições de Ensino Superior (IES), aqui incluídas as que formam dentistas, proporcionam a formação de profissionais da saúde a partir de princípios biomédicos ainda hegemônicos e possibilitam aos seus egressos essa visão que vai se refletir fortemente nas competências desses profissionais. O trabalho na APS, contudo, não se orienta por tais princípios, uma vez que é um nível de assistência no qual a saúde é uma realidade concreta, buscada e observada em suas múltiplas

dimensões, valorizando os sujeitos de forma ampliada e extrapolando a biologia e a clínica restrita.

O projeto pedagógico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG), concebido na última Reformulação Curricular da Faculdade, em 1992, portanto bem antes da definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), apresenta como eixo estrutural cinco disciplinas clínicas de APS, chamadas de Clínica Integrada de Atenção Primária (CIAP), do 4º ao 8º período de graduação e o Internato Rural (IR), no 9º período. Complementando este eixo, existem as disciplinas clínicas das diversas especialidades que compõem a atenção secundária. As CIAP são a porta de entrada do sistema (assim como no serviço público) e os pacientes são encaminhados pelo SUS, através de convênio da prefeitura de Belo Horizonte com a FO-UFMG. Nessas clínicas, o aluno elabora um diagnóstico integral do paciente, realiza os procedimentos primários em saúde bucal e os encaminha para as clínicas de atenção secundária (especialidades), quando necessário. O internato rural tem como objetivo possibilitar ao estudante uma vivência concreta do SUS e a aproximação com a realidade sócio-econômico-cultural da população uma vez que sua prática é extramuros, integrada à comunidade e ao serviço de saúde local. Apesar desse modelo curricular ter sido considerado inovador para a época, as abordagens pedagógicas apresentadas pelas várias áreas e disciplinas nem sempre seguiram a mesma linha, uma vez que são os professores que definem como vão ensinar, e a metodologia hegemônica ainda é a tradicional (SANTA ROSA, et al, 2007). Conta atualmente com a disciplina Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, ministrada no 2º período e que objetiva um contato ainda mais precoce do aluno com a realidade social.

Os resultados obtidos com o presente trabalho podem ser ferramentas importantes na consolidação de estratégias relacionadas à APS e contribuir para a formação de recursos humanos adequadamente preparados e comprometidos com as questões que o setor saúde enfrenta junto à grande maioria da população.

Quanto à questão colocada no primeiro parágrafo, afinal, o que é saúde e como consegui-la? Penso que, em se tratando de tema indiscutivelmente complexo,

qualquer tentativa de conceituá-la e de indicar meios para alcançá-la seria por si só um reducionismo. A proposta desse trabalho é bem mais modesta. Espero que os resultados que ele irá apontar sirvam para acrescentar um pouco a esse difícil tema da formação de recursos humanos para a APS. Espero ainda que as gerações futuras, sejam aquelas que desenvolvem o trabalho na saúde ou aquelas que necessitam de ações de saúde se beneficiem à luz dos conhecimentos e ações que a APS pode proporcionar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Atenção Primária na Saúde: uma história centenária.

O estudo da APS requer um resgate histórico de sua estruturação, buscando compreender o que hoje representa essa política.

A relação entre pobreza, doença e vida urbana está na origem dos modelos de assistência, proteção social e prestação de serviços locais. A noção de distrito teria sido encontrada nas propostas da “polícia médica” na Alemanha e posteriormente nos comitês da Revolução Francesa, bem como num conjunto diversificado de ações e serviços desenvolvidos por paróquias e municípios durante a Revolução Industrial Inglesa. Surgia aí a noção de uma maior efetividade na aplicação de serviços de saúde quando esses se davam em uma relação de proximidade com a população, esta em sua própria realidade e mais próxima de sua moradia (CONILL, 2008).

A APS estaria relacionada às atividades do professor Pierre Budin, no fim do século XIX em Paris, quando o mesmo constituiu em sua cidade um sistema de centros de atendimento infantil onde eram realizadas, descentralizadamente e concentradas sob um mesmo teto, algumas das chamadas hoje ações básicas na saúde (ALEIXO, 2002).

Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1915, desenvolveu-se uma série de experiências organizativas nos chamados “Centros Comunitários de Saúde” (assim chamados por realizarem serviços que eram relacionados a uma população delimitada ou de uma área definida), para prestação de serviços de saúde – até então quase exclusividade de hospitais – associadas a ações educativas e de assistência social. O trabalho em saúde se dava sob a responsabilidade de uma unidade descentralizada a partir de um conjunto maior ou menor de atividades de assistência social, preventivas e assistência médica (pré-natal, atenção à criança, assistência ao portador de tuberculose e de doenças sexualmente transmissíveis e excepcionalmente outras), além de educação

sanitária, algumas ações sobre o meio ambiente, locais de moradia e sobre o trabalho. Havia ainda a preocupação em mobilização da comunidade, incluindo a co-gestão e o controle por colegiados e conselhos. Nesses centros de saúde, apesar de suas variadas formas de concepção, organização, abrangência, certamente pode ser localizado o marco inicial de algumas ações básicas em saúde, conforme hoje entendidas pela OMS (ALEIXO, 2002; ANDRADE et al, 2006; CONILL, 2008).

No entanto, apesar dos momentos históricos descritos acima, autores defendem que o marco inicial da APS seja o documento editado em 1920 por Lord Dawson, ministro da saúde da Inglaterra, que definiu que o Centro de Saúde seria a instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário. Lord Dawson estabeleceu as bases conceituais do Centro de Saúde Primário, sendo ele a instituição equipada com um serviço de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito; deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade (ANDRADE, et al, 2006; CONILL, 2008).

Cabe destacar que no ano de 1910 surgiu nos Estados Unidos, organizada para a Fundação Carnegie pelo professor Abraham Flexner, acadêmico da Johns Hopkins, a publicação *Medical Education in the United States and Canada*, ou apenas Relatório Flexner¹.

Buscando analisar mais atentamente o Relatório Flexner, observa-se que o mesmo foi muito adequado aos requisitos de uma prática médica voltada para o controle social/reprodução da força de trabalho, necessários à transição de uma economia rural-agrícola para outra, urbano-industrial, em curso no princípio do século XX. No contexto flexneriano, particularmente se analisado à luz do seu princípio do biologicismo, não há espaço para os Centros Comunitários de Saúde, sendo que essas

¹ Documento que viria a alterar de maneira marcante os rumos da atenção médica no século XX, representando um contraponto a esse movimento inicial de APS que se iniciava. Através de suas idéias de especialização e tecnificação do ato médico, o Relatório Flexner serviu bem à necessidade de expansão da indústria de remédios e aparelhos médicos e seus preceitos de biologicismo e individualismo se opunham às ameaças de teorias que apontavam as causas sociais na origem das doenças.

experiências, que buscavam uma aproximação das disciplinas da saúde com as condições de existência dos indivíduos, passaram a sofrer uma série de efeitos do corporativismo médico e de discriminações de cunho político-ideológico nos Estados Unidos, fato esse agravado pela pouca vocação dos Centros Comunitários de Saúde para o consumo de remédios e aparelhos biomédicos (ALEIXO, 2002).

Ainda no início do século XX é possível observar outro fato marcante, caracterizado pela crescente participação do Estado no setor saúde como financiador, regulador e distribuidor da atenção médica. Tal participação estatal se dá em aliança e subordinação a uma série de interesses dominantes e determinantes da prática médica, que eram a necessidade capitalista de controle, reprodução e manutenção da força de trabalho, as necessidades expansionistas do complexo industrial farmacêutico e as “prescrições” político-pedagógicas do Relatório Flexner (ALEIXO, 2002). Bertolli Filho (2001) acrescenta que tais fatos também foram observados em território nacional, quando os empresários do setor saúde defendiam a posição de que o Estado não deveria competir com a medicina privada: deveria fazer doações e empréstimos a juros baixos para que os empresários criassem uma rede de clínicas e hospitais. Muitas leis que garantiam o privilégio de grupos privados prestadores de serviços médico-hospitalares foram aprovadas. Essa rede posteriormente venderia seus serviços à população, aos institutos de aposentadoria vigentes na época e ao próprio governo. Muitos empréstimos federais nunca chegaram a ser devolvidos ao governo.

O século XX assistirá, portanto, ao crescimento e afirmação do modelo biomédico², através da grande expansão da indústria capitalista da doença, representada principalmente pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos, que viria a ser hegemônico até os dias atuais.

² Modelo explicativo do processo saúde doença, cujas características foram fortemente influenciadas pelo Relatório Flexner e que possui como principais características a ênfase nas variáveis biológicas das doenças, considerando determinantes sociais secundários, senão irrelevantes e a compreensão da população como uma simples soma de indivíduos, abordando os padrões de doença em populações como um simples agregado de casos individuais (MOYSÉS, 2006).

O modelo flexneriano fundamentou uma prática clínica que prioriza e se concentra na doença como objeto e sua cura como objetivo. A saúde passou rapidamente a ser concebida como fonte de lucro. Baseado em uma prática que enfatiza a alta tecnologia e busca a especialização crescente, não tardará muito para que esse mesmo modelo comece a ser considerado excessivamente caro e incapaz de promover assistência a todos. Aplicado isoladamente, ele pode se revelar eficaz do ponto de vista biológico, mas é excessivamente dispendioso e caro no nível coletivo, excluindo grandes parcelas populacionais, sendo absolutamente ineficaz frente aos determinantes sociais e psicossociais (WERNECK, 2008).

Situação mais grave ainda é observada nos países do Terceiro Mundo, os quais, por serem historicamente explorados pelos países capitalistas centrais, acabam por adotar de maneira acrítica e não reflexiva o modelo flexneriano, investindo em grandes hospitais centralizados, com grandes equipamentos biomédicos de alto custo. Tudo isso em detrimento da APS, praticamente relegada a insuficientes serviços públicos desequipados ou a entidades de caridade (ALEIXO, 2002).

É importante ser salientado que esse modelo cientificista de ensino em saúde será legitimado dentro das Universidades, com consequências diretas sobre o perfil profissional dos acadêmicos, que passaram a priorizar na sua prática clínica diária a doença e sua cura com muito pouca ênfase sobre o conhecimento dos determinantes e condicionantes sociais das doenças, tornando-se portanto profissionais despreparados para perceber e compreender essa determinação social. Esse modo de ensinar tornou-se hegemônico e passou a reger a formação profissional de todas as áreas do campo da saúde, aí incluindo a odontologia (WERNECK, 2008).

Nos anos 40 do século XX começam a surgir as primeiras experiências da APS no Brasil, relacionadas nessa época ao movimento da medicina preventiva³. Nesse sentido, a

³ A medicina preventiva foi um movimento de repercussão na educação médica na tentativa de induzir à apropriação, desde as escolas médicas, da prevenção e promoção da saúde pela prática médica, além de propor a revalorização da relação entre o social e o coletivo e o processo saúde doença. Propunha uma atenção em que o indivíduo sob assistência médica deveria ser considerado a partir de suas interfaces sociais e culturais de sua realidade (PEREZ, 2004).

APS teria nascido de um movimento de formação médica e só posteriormente teria sido incorporado ao campo dos serviços de saúde e organização de suas ações. A partir da medicina preventiva teve início a medicina comunitária⁴ e esse movimento difundiu-se na América Latina, no início de 1970, com o apoio de agências internacionais de saúde, visando o cuidado médico relacionado às necessidades da população (PEREZ, 2004).

Para Ibañez, et al (2006), foi a medicina comunitária que fundamentou e desenvolveu a APS por meio de programas docente-assistenciais, conciliando a formação médica com ações de saúde para a comunidade. Tais experiências provocaram grandes reflexões sobre a insuficiência e desigualdade na distribuição e uso de recursos em saúde, particularmente entre aqueles indivíduos mais vulneráveis socialmente.

O advento da recessão econômica da década de 70 do século XX provocou inúmeras crises em cadeia. Nações ricas começaram a se alarmar cada vez mais com os crescentes custos da assistência médica, seja nos Estados Unidos ou na Europa, aonde prevalecia o modelo do *Welfare-State*⁵. Nesse contexto, as nações em desenvolvimento são particularmente afetadas. A enorme dívida externa contraída nas décadas anteriores é cobrada com altos juros, empobrecendo cada vez mais essas nações, gerando miséria e doenças em níveis alarmantes, quadro esse agravado pela diminuição de recursos para o setor saúde e praticamente relegando ao abandono a APS. Cabe ressaltar que os setores secundário e terciário consomem três quartos dos recursos disponíveis em dado sistema de saúde. Consequentemente os cortes acontecem em particular no nível da APS, aonde a resistência popular é mais fraca, a repercussão pública é menor (ALEIXO, 2002).

⁴ Criada para conter os custos da medicina com a explosão tecnológica e a multiplicidade de especializações, cujo propósito era atender os grupos sociais de baixa renda, que se encontravam excluídos do acesso à assistência médica (PEREZ, 2004).

⁵ Tipo de organização política e econômica que coloca o Estado como agente da promoção (protetor e defensor) social e organizador da economia.

Em nosso país, Bertolli Filho (2001) acrescenta que uma parte do pouco dinheiro que havia sido destinado ao pagamento de ações coletivas de saúde foi desviada para o pagamento de serviços prestados por hospitais particulares, sendo que quase nada sobrava para investimento em sistema de distribuição de água tratada e coleta de esgotos, elementos vitais para prevenção de muitas enfermidades.

A década de 70 assistiu ainda ao surgimento do Relatório Lalonde, de autoria do Ministro Canadense Marc Lalonde, que apontou a importância da promoção da saúde⁶ na organização dos serviços de saúde pública. Lalonde demonstrou que a maior parte dos gastos se dava no setor da assistência à saúde, enquanto que a biologia humana, o estilo de vida e o ambiente recebiam muito menos recursos, que são justamente os fatores mais ligados à etiologia das doenças. As idéias de Lalonde ampliaram as reflexões sobre os limites do modelo biomédico e certamente possibilitaram um enriquecimento nas discussões da conferência que aconteceria dois anos depois, em Alma-Ata (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

É nesse momento, caracterizado pela regressão das políticas sociais, forte crise econômica mundial, agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, piora do quadro sanitário mundial, ineficiência e alto custo do modelo flexneriano que em 1978 aconteceu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, antiga União Soviética. Segundo Andrade, et al (2006), em Alma-Ata foi afirmado que a APS era a chave para alcançar em todo o mundo um futuro previsível com um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Nessa ocasião a APS foi conceituada como uma

atenção essencial baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por

⁶ Representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução e também busca um equilíbrio necessário e adequado nos gastos do setor saúde (BUSS, 2000).

meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento em um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível do contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978)

A partir de Alma-Ata a APS foi reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema de saúde em todos os países. A Conferência especificou que os componentes fundamentais da APS eram a educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2004).

A declaração de Alma-Ata revolucionou a interpretação mundial para saúde. Sua mensagem era de que cuidados de saúde inadequados e desiguais eram inaceitáveis do ponto de vista econômico social e político (EDITORIAL, 2008).

Alma-Ata demonstrou ao mundo que políticas adequadas poderiam elevar os níveis de saúde de populações desassistidas e alargou as margens do modelo médico, fazendo com que fatores sociais e econômicos fossem incluídos na agenda de planejamento do setor saúde. Demonstrou também a importância do envolvimento de outros setores na provisão de cuidados de saúde. Tal abordagem foi imediatamente mal entendida. Foi um ataque radical ao paradigma biomédico, sendo logo considerado utópico para alguns, ou ainda uma forma de cuidado pobre para pobres, uma solução de segunda classe para países em desenvolvimento (CHAN, 2008).

É a partir desse momento que se dá a verdadeira institucionalização dos conhecimentos relacionados à APS. Nessa perspectiva, a APS era entendida como um

conjunto de procedimentos e ações elementares que todos os serviços de saúde deveriam estar aptos a executar. No centro das atenções estaria a ação clínica e práticas relacionadas à promoção da saúde eram delegadas a pessoas da própria comunidade, treinadas pelos profissionais de saúde. As abordagens nesta área apontavam, por um lado, para a emergência da atenção visando ampliação do acesso de indivíduos historicamente excluídos aos serviços indispensáveis; por outro lado, as práticas vêm atender à necessidade governamental de enfrentamento do custo da assistência médica, focada na aplicação de maior racionalidade no uso dos serviços de saúde, de forma que fossem mais produtivos, menos custosos e mais abrangentes (IBAÑEZ, et al, 2006).

O mundo na década de 80 enfrentava o surgimento de governos neoliberais em países desenvolvidos, dos quais são originárias muitas agências que apóiam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres. Essa situação teve conseqüências decisivas para a APS, levando à disseminação de programas seletivos de APS. As políticas de ajuste estrutural que objetivavam a redução do tamanho do Estado levaram a uma redução nas generosidades entre as nações e na escolha de projetos de mais baixo custo e de curto prazo para serem financiados (CUETO, 2003).

Botazzo (2008a) corrobora o exposto por Cueto (2003) afirmando que o mundo nessa situação era dominado pela doutrina neoliberal, que concebia um Estado mínimo, mas foi também um momento histórico em nosso contexto brasileiro devido ao amadurecimento e posterior surgimento do SUS, já em 1990, com toda sua generosidade, baseado em um pressuposto de um Estado democrático e inclusivo, como um verdadeiro projeto de sociedade.

A perpetuação da crise nos anos 90 acirrou a tensão entre custo e qualidade, o que forçou muitos países a acelerar processos de mudanças na condução de suas políticas na saúde, de forma a garantir a atenção necessária à saúde da população sem se descuidar dos aspectos relacionados à eficácia e custo envolvidos nessa tarefa (IBAÑEZ, et al, 2006).

Foi nessa época que o MS brasileiro definiu a APS como eixo estruturante das ações para o SUS, principalmente a partir do Programa Saúde da Família – PSF (BRASIL, 1994). Atualmente o MS define esse nível de atenção como sendo

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, (...), situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde (...) desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe (...) que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (...) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Pragmaticamente pode-se adotar a conceituação de estratégia em relação ao Programa Saúde da Família para o reordenamento do nível primário e conseqüentemente de todos os outros níveis (IBAÑEZ, et al, 2006)⁷.

As diferentes visões e posturas políticas e ideológicas produziram, ao longo do tempo, distintas interpretações e abordagens sobre o significado do que vem a ser APS, sendo chamada em outras ocasiões de atenção básica, fato esse que para alguns autores pode provocar confusão e ambigüidade, bem como falta de consenso em torno de seus propósitos (IBAÑEZ, et al, 2006; BOTAZZO, 2008). Tal debate também foi desenvolvido por outros autores, podendo citar Pinto (2000), que afirma que apesar de os termos “atenção primária e básica” serem empregados com conotações similares, representariam escalas diversas, tanto de comprometimento institucional quanto de gastos. Para esse autor, APS envolveria a implementação de ações elementares nos campos da promoção da saúde, prevenção e cuidados clínicos em

⁷ Em acordo com o autor e com o MS, ao longo do presente estudo será usado o termo estratégia para designar as ações da saúde cujo foco de atenção sejam a família e seu entorno, sendo assim chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) por acreditarmos que se trata de um instrumento viabilizador de reorganização da APS e não um programa verticalizado e paralelo ao sistema de atenção à saúde.

geral a cargo de pessoal auxiliar enquanto que a atenção básica representaria o nível no qual haveria prestação de serviços necessários à resolução dos problemas de maior prevalência e significado social em cada comunidade, com envolvimento comunitário, uso de tecnologias apropriadas e enfoque multissetorial, aproximando-se assim do defendido por Alma-Ata.

Por outro lado, considerando o exposto por Paim (2006), quando esse autor analisa o sentido reduzido dado ao termo “atenção básica” em algumas publicações, entende-o como inadequado, equivalendo a um rol de procedimentos mínimos, e esclarece que a intenção política observada no discurso oficial, que optou pela denominação “atenção básica”, significa na verdade o entendimento de algo fundamental e primordial. A falta de consenso parece ser de tal forma evidente que chegou a gerar um trabalho científico específico sobre o tema (GIL, 2006), quando esta autora abordou os conceitos de atenção primária e básica em uma perspectiva histórica no nosso contexto nacional.

Não sendo do interesse desse trabalho discutir com essas questões, optou-se pela denominação atenção primária para todo o desenvolvimento do mesmo, concordando com o exposto por Starfield (2004) que considera a APS um nível da atenção à saúde dirigido por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética.

Para Periago (2007), atualmente a APS apresenta visibilidade em todo mundo: as instituições governamentais, as entidades públicas e privadas, as organizações de cooperação internacional e no âmbito acadêmico, entre outras reconhecem que o fortalecimento dos sistemas sanitários é um requisito imprescindível para assegurar o crescimento econômico, avançar na equidade e melhorar a saúde das populações.

Neste mesmo mundo caracterizado por graves e intensas disparidades entre nações, entre estados e até mesmo em bairros diferentes da mesma cidade, a APS torna-se cada vez mais uma ferramenta essencial na definição de rumos não somente para o setor saúde, mas para a sociedade como um todo. Dessa forma a APS tem sido a

escolha feita por diferentes países, para a condução de seus sistemas de atenção à saúde.

Alguns estudos disponíveis descrevem a APS como estratégia que possibilitou aumento do acesso de indivíduos que se encontravam excluídos do sistema de saúde (RUDOLPH, ET AL, 1992; BHAYAT e CLEATON-JONES, 2003; PETERSEN e YAMAMOTO, 2005); outros descrevem benefícios alcançados diretamente nos índices epidemiológicos de saúde a partir de ações de APS (SONGPAISAN e DAVIES, 1989; PETERSEN e STEERGARD, 1998). Existem ainda estudos que descrevem a APS como uma legítima estratégia de promoção da saúde, agindo com sucesso sobre determinantes amplos de saúde (HUMPHRIS e FIELD, 2004).

Passados 30 anos da declaração de Alma-Ata, qual a relevância da APS? Resumidamente, a APS agora pode representar “uma artéria vital” na saúde global; progressos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio estagnaram; sistemas de saúde fracos restringiram seus esforços no sentido de melhorar assistência materna e aos recém nascidos e a reduzir agravos endêmicos como malária e tuberculose; por outro lado epidemias emergentes de doenças crônicas ameaçam reverter os pequenos ganhos alcançados. Cada vez mais os países são chamados a fortalecer seus sistemas de saúde através da implementação efetiva da APS (EDITORIAL, 2008; CHAN, 2008).

Mas, concluído esse esforço de resgate histórico, o que de fato vem a ser a APS? Uma filosofia no campo da saúde que busca justiça e resgate de valores essenciais à espécie humana na prestação de serviços nessa área? Uma forma encontrada para reduzir custos crescentes, ameaçadores e geradores de iniquidades na saúde? Uma maneira de organizar os serviços, que devem se posicionar em uma escala crescente de complexidade? Uma forma pobre de prestação de cuidados na saúde voltada para pobres e em situação de exclusão social?

Vuori (1985) apresenta quatro enfoques sobre a APS: um conjunto de atividades, um nível de assistência, uma estratégia de organização dos serviços e uma filosofia. Segundo o autor, tais interpretações não são excludentes e podem existir em um

mesmo sistema de saúde, não existindo uma única forma de delimitação das práticas primárias em saúde. Seu pensamento está sintetizado no quadro 1:

QUADRO 1: ENFOQUES PARA APS, VUORI, 1985:

ENFOQUE	DEFINIÇÃO OU CONCEITO DE APS	ÊNFASE
APS Seletiva	Orienta-se a um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes dos países em desenvolvimento	Conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para os pobres
Atenção Primária	A maioria das vezes se refere à porta de entrada do sistema de saúde e ao local para atenção contínua da saúde da maioria da população. Concepção mais comum da Europa e outros países industrializados.	
Alma-Ata “APS ampliada”	A declaração de Alma-Ata define a APS como um primeiro nível de atenção e integrado, incluindo elementos como a participação comunitária, coordenação intersetorial, usando variedade de trabalhadores da saúde e praticantes de medicinas tradicionais. Inclui os princípios: respostas aos determinantes de saúde; cobertura e acessibilidade universal, conforme necessidade; autocuidado e participação individual e comunitária; ação intersetorial pela saúde; tecnologia apropriada e custo-efetividade em relação aos recursos disponíveis.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde.
Enfoque de Saúde e Direitos Humanos	Concebe a saúde como um direito humano e prioriza a necessidade de responder aos seus determinantes sociais e políticos mais amplos. Difere por sua maior ênfase nas implicações sociais e políticas de Alma-Ata que em seus princípios e defende que, se há um objetivo de que o conteúdo social e político de Alma-Ata logre melhoras na equidade em saúde, este deve se orientar mais para o desenvolvimento de políticas “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos legislativos e financeiros” que está atrás de aspectos específicos da doença.	Uma filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais.

FONTE: Andrade, et al, (2006)

A complexidade assistencial da APS deve ser adequadamente considerada. Embora apontada pelos conservadores uma algo simples, menos complexo, imediatamente acessível e acessável por todos, a porta do sistema, não se pode esquecer a condição macro na qual nosso país se encontra, na qual é visível e reconhecida uma crise no atual quadro da saúde, com a instalação do caos em alguns centros e conseqüente comprometimento da vida de pessoas. Importante considerar também que parte da contribuição para resolver essa crise passa pelo bom funcionamento da rede básica de saúde. Nesse raciocínio a APS já não seria o lugar do simples ou do menos complexo, uma vez que entre suas atribuições estariam, além das que lhe são próprias, ações que

possibilitassem o alívio da rede hospitalar e esse conjunto de trabalhos não são nada primários (BOTAZZO, 1999).

Schraiber et al. (2000) apresentam opinião semelhante quando afirmam inicialmente que a APS tem sido associada a uma assistência de baixo custo, parecendo tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, indicando ter uma lógica própria nos serviços públicos, que é a de representar uma prática fadada a ser uma “medicina simplificada”. No entanto, as enormes dificuldades na extensão dos serviços, ou até mesmo para manter a cobertura já conquistada tornou a APS algo muito mais complexo que se imaginava; as situações assistenciais da APS quase sempre podem ser conceituadas como casos epidemiologicamente complexos e essa complexidade se transfere para o trabalho profissional, mesmo que, enquanto situação clínica, seja uma patologia simples. Há ainda a capacidade de produzir humanização no atendimento, com reflexos positivos na propedêutica, fato que também foi apontado posteriormente por Cunha (2005) sobre o processo de trabalho na APS.

De acordo com Mendes (2002), a APS apresenta três interpretações, algumas coincidentes com as apresentadas anteriormente, de autoria de Vuori (1985): a atenção primária seletiva, a atenção primária como nível primário do sistema e a atenção primária como estratégia de reorganização do sistema de serviços na saúde. O detalhamento dessas interpretações está no quadro2:

QUADRO 2: INTERPRETAÇÕES POSSÍVEIS PARA APS:

Atenção seletiva	APS é apresentada como um programa específico a populações e regiões mais pobres, sendo que a essas é oferecida um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, praticada por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidade de referência a níveis de maior complexidade.
Nível primário do sistema de serviços de saúde	APS como um modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, baseando suas ações para os problemas mais comuns apresentados por aquela comunidade buscando ainda minimizar os custos econômicos, mas essa modalidade de atenção se dá de forma restrita ao primeiro nível.

<p>Estratégia de organização do sistema de serviços de saúde</p>	<p>APS como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS em um sistema que possibilitasse referências e contra-referências, ou seja, um sistema integrado de serviços de saúde. No nosso entendimento, a interpretação correta para APS.</p>
---	---

FONTE: Mendes, (2002)

A APS possui alguns atributos essenciais. Trata-se de uma abordagem que propõe a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, organizando e racionalizando os recursos, tanto básicos como especializados (STARFIELD, 2004). A identificação rigorosa dos atributos é importante para definir um serviço como realmente embasado em APS (HARZHEIN, et al, 2006). Os atributos estão expostos no quadro 3:

QUADRO 3: ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS:

<p>ATRIBUTOS ESSENCIAIS</p>	<p>CARACTERÍSTICAS</p>
<p>Acessibilidade e primeiro contato (a porta)</p>	<p>Essa porta de entrada deve ser de fácil acesso, ou seja, sem barreiras financeiras e/ou estruturais. A ausência de uma porta de entrada nesses termos faz com que a atenção adequada possa não ser obtida, ou seja, adiada, gerando gastos adicionais. Se houver necessidade, o serviço se constitui como porta de entrada para os outros níveis de atenção. A APS deve ser geral: não restrita à faixas etárias ou tipos de problemas/condições. Deve ainda ser acessível em relação ao tempo, lugar e cultura.</p>
<p>Vínculo ou longitudinalidade</p>	<p>Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.</p>
<p>Elenco de serviços</p>	<p>Compreende um rol mínimo de serviços adequados às necessidades da população adstrita.</p>

Coordenação da atenção	Sem a coordenação a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria prejudicada. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento; contempla ainda a facilidade em acessar os demais níveis do sistema e outros setores sociais. Prevê mecanismos eficientes de referência e contra-referência. Portanto coordena toda a orientação e apoio que a pessoa recebe.
Integralidade	Exige que a APS reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade dos serviços pode portanto variar de uma comunidade para outra. Deve ser curativa, reabilitadora, promotora da saúde e preventiva.
Centralizado na família, orientado para a comunidade	A atenção deve contemplar o contexto e a dinâmica familiar; deve reconhecer e responder às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais nas ações comunitárias. A atenção deve ser centrada na pessoa e não na sua enfermidade.
Formação profissional	Envolve o conteúdo e a extensão da capacitação da equipe de APS; relaciona-se à atuação de profissional generalista, em oposição àquele que possui especializações ou sub-especializações. Profissionais de saúde devem atuar de forma multidisciplinar. Os profissionais devem ser defensores dos usuários em questões relacionadas à sua saúde, mantendo com os mesmos uma postura ética.

FONTE: Starfield, (2004)

A mesma autora (STARFIELD, 2004) esclarece que os países que mais fortaleceram seus sistemas de saúde a partir da valorização da APS são os mesmos que melhores condições de saúde apresentam suas populações. O grande problema relacionado à questão da priorização da especialização é que por maior que seja o investimento durante o episódio doentio, com conseqüente ênfase nos processos de cura, serão negligenciados os aspectos relacionados às ações de prevenção e promoção que dizem respeito àquela doença, conseqüentemente pouca ou nenhuma ênfase será dada aos determinantes mais amplos do processo saúde-doença.

No entendimento de autores (BOTAZZO, 1999; SCHRAIBER, et al, 2000; CUNHA, 2005), compreender a APS significa reconhecer as particularidades do processo de trabalho desse nível de atenção, que deve ser oposto ao hegemônico, biomédico, se pautando pela escuta, acolhimento, criação de vínculo e responsabilização. A não observância desses aspectos desejáveis para a atuação na APS são conhecidas: medicalização, altos

custos, baixa autonomia dos usuários, ineficácia em doenças crônicas, baixo aproveitamento do potencial de outros profissionais de saúde e do trabalho em equipe e incapacidade de atuação sobre os determinantes em saúde coletivos.

Em síntese, vale ser citado um documento oficial (BRASIL, 2006) que aponta que a APS busca considerar os indivíduos como sujeitos em suas singularidades, nas suas inserções sócio-culturais e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A APS tem como fundamentos:

- a - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos;
- b - Efetivar a integralidade em vários aspectos;
- c - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita;
- d - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- e - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- f - Estimular a participação popular e o controle social.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) entende a APS como principal fonte de atenção e cuidados sanitários. Estratégias baseadas em APS devem se dar de acordo com as necessidades da população e de acordo com as características próprias de cada país, devendo ser adotada tecnologia apropriada para responder a maioria dos problemas de saúde da comunidade (PERIAGO, 2007).

A APS comporta duas concepções predominantes: uma primeira relacionada à idéia de cuidados ambulatoriais na porta de entrada e uma segunda que relaciona esse nível de atenção à uma política de reorganização do modelo assistencial, em sua forma seletiva ou ampliada. Nos países em desenvolvimento a APS foi em geral implementada em sua forma seletiva por iniciativa e financiamento de agências internacionais e assim a APS passou a representar um pacote de intervenções de baixo custo, voltado para

populações desassistidas. Tal política por parte dessas agências internacionais representou o desprezo à participação social e houve exacerbação do pólo tecnocrático, caracterizado pela racionalização de práticas e seleção de atividades custo-efetivas que, embora importantes para populações desassistidas, representam um atentado contra o direito universal à saúde (CONILL, 2008; GIOVANELLA, 2008).

Para Lawn, et al (2008) o debate entre APS seletiva ou ampliada demandou grandes discussões nas décadas de 80 e 90 do século passado, sendo que para muitos analistas o debate entre as duas formas de APS seria na verdade uma disputa entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Fundação das Nações Unidas Para a Infância e Adolescência (UNICEF), com total ausência de evidência de efetividade em uma ou outra forma de abordagem. Para os autores, bem como para Walley, et al (2008), desde 2000 tem havido a tendência de se combinar ambas abordagens, buscando implementar inicialmente a forma seletiva e a partir desta evoluir para a forma ampliada.

A odontologia, em sua interface com a APS, segue a mesma orientação das atividades do SUS e busca contribuir para a mudança do modelo assistencial. Dessa forma os profissionais ligados à saúde bucal na APS devem:

- buscar um novo modo de produzir saúde, avançando na perspectiva do cuidado, superando a busca da cura e a dicotomia entre prevenção e reabilitação;
- mudar a compreensão sobre os indivíduos, que deixariam de ser “pacientes” submissos e estáticos e seriam entendidos como sujeitos capazes de opinar, interferir, dar continuidade aos planos terapêuticos por meio do próprio cuidado e/ou cuidado familiar ou comunitário;
- planejar e executar ações interdisciplinares, por meio do trabalho conjunto da equipe de saúde, buscando romper o universo “da boca”;
- avançar no uso da epidemiologia no planejamento de ações com vistas à equidade;
- a partir da adequada integração com serviços de média complexidade, evitar a prática mutiladora e;

- avançar na abordagem dos usuários-família-comunidade, superando o enfoque estrito às doenças bucais (FILHO, 2008).

Até o momento foram citados diferentes autores e idéias sobre a APS. No entanto isso não é suficiente para que se tenha uma visão adequada do tema. Busca-se a partir desse ponto problematizar a APS e trazer à reflexão limitações e dificuldades que a estratégia enfrenta.

Nesse sentido cabe ser citado o trabalho de Campos (2008), que traz ao debate importantes reflexões sobre a APS em nosso país. Para o autor, bem como para Botazzo (2008a), há uma ausência de consenso, cultural, epistemológico e político sobre a APS no Brasil. Uma dos desdobramentos dessa falta de consenso se traduz a partir do próprio comportamento do MS que, através de seus técnicos, busca induzir a estratégia não pelo debate, mas sim através de indução financeira e de portarias doutrinárias. Para Campos (2008),

mudam-se os governantes, mas não se muda a atitude olímpica e arrogante das autoridades federais brasileiras (...) construiu-se um fundamentalismo em torno dos dogmas organizacionais e sanitários do PSF e, como fundamentalismo, infelizmente, restaria aos outros aderirem integralmente aos mandamentos ou serem considerados inimigos e não receberem atenção, dinheiro e apoio(CAMPOS, 2008).

O mesmo autor acrescenta que ainda não ficou bem estabelecida a importância da APS para a viabilidade do SUS, bem como para a reorientação do modelo assistencial,

ainda longe de constituir-se em um sistema regionalizado que assegure atenção eficaz e simultânea à co-construção de sujeitos autônomos (CAMPOS, 2008).

Quando analisado à luz de ser a porta de entrada, tal como defendido por Starfield (2004), Campos (2008) esclarece que tal fato não é uma realidade nacional uma vez que nos grandes centros urbanos (e não somente neles) o acesso da população à APS

ocorre muitas vezes por outras vias, sendo possível citar os hospitais e pronto-socorros. Muitos desses atendimentos se dão em horários noturnos e esse fato impossibilita a construção do vínculo, outro atributo defendido por Starfield (2004). Para Chiesa, et al (2008), é fato que o acesso se dá através de múltiplas entradas, o que reforça a idéia da necessidade de articulação dos serviços em rede, para que haja prosseguimento a partir de qualquer ponto de entrada.

Em síntese, Campos (2008) acredita que a ESF não é a única e talvez nem seja a principal forma pela qual a APS está sendo organizada no país, o que contraria a opinião de Souza (2008), para quem a ESF se constituiria na principal operação visando atingir o objetivo de tornar a APS uma realidade plena na saúde coletiva da população brasileira.

Há ainda que se considerar o embasamento político-ideológico que cerca a APS em sua introdução no Brasil, que é a Saúde Coletiva. Essa disciplina contribuiu com inegáveis reflexões na construção de consensos sobre a APS, particularmente a determinação social do processo saúde-doença e conseqüentemente a importância da intersectorialidade. O grande ganho dessa abordagem foi a construção de um referencial capaz de questionar o modelo biomédico. Mas tamanha ênfase no social impediu a construção de uma nova clínica. E é exatamente essa nova clínica que as práticas em saúde na APS sentem falta e dessa maneira tendem a reproduzir modelos (CAMPOS, 2008; CUNHA, 2005).

A clínica apresenta-se atualmente aos usuários de uma forma degradada, uma vez que se orienta para a ação sobre a doença e não para o sujeito portador de necessidades em saúde. Caracteriza-se ainda por ser alienada, fragmentada e conduzida por um tecnicismo biologicista. O oposto a essa forma de clínica degradada seria a clínica ampliada⁸ (CAMPOS, 2003).

⁸ Para Campos (2003) existem três clínicas: a clínica oficial, cartesiana, que desconhece a pessoa enferma e se caracteriza pela relação fetichizada consultas-exames-medicações; a degradada, marcada por interesses de qualquer natureza (política, ideológica, econômica) e cuja práxis é distante das necessidades de saúde; a clínica ampliada, centrada no sujeito concreto (não só sua enfermidade),

Para a maioria daqueles que fizeram a Reforma Sanitária brasileira a clínica ficou fora de suas análises, devendo ser combatida, pois era dominante e pretendia resolver pela cura problemas na sua dimensão individual. Cada vez mais se constata aquilo que pode ser considerado óbvio, ou seja, nem a melhor promoção da saúde nem a prevenção das doenças podem acabar com as doenças, dores e mortes, intercorrências naturais para qualquer ser humano (ONOCKO, 2006).

E essa mesma clínica, ressignificada para a realidade da APS, seria capaz de, por meio do vínculo, desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolquem os sujeitos em capacidade de trilhar a responsabilização por suas próprias vidas. Afinal, de que adianta o sistema ter ampliado dramaticamente nos últimos anos o acesso e a cobertura se na maioria das vezes as práticas continuam sendo do tipo queixa-conduta que pouco interferem na qualidade de vida das pessoas (ONOCKO, 2006; ONOCKO e CAMPOS, 2006)?

Quando transposta para a odontologia, a clínica ampliada poderia apresentar-se como aquela que possui não somente cultura, psiquismo e alteridade, mas principalmente aquela que significasse outra forma de olhar bocas e dentes, assim como também fundamentalmente enxergar o paciente, inteiro e em sua história, sua vida e seu caso clínico (BOTAZZO, 2008b).

Outro aspecto que merece ser levantado é o relacionado à avaliação das ações de APS. Felisberto (2006) cita diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil que vão desde a realização de pesquisas acadêmicas com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação pelo MS da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e difusão de dados. Entretanto, segundo o mesmo autor, na maior parte dos casos, constituíram-se em “iniciativas pontuais”, sem que a produção colhida nesses estudos fosse usada para subsidiar a gestão. Para isso, nos últimos anos vem se delineando uma política nacional

busca resgatar a integralidade humana, possibilita que outros aspectos do sujeito que não apenas o biológico sejam contemplados.

para avaliação das ações da APS, através do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Starfield (2004) desenvolveu o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), capaz de avaliar os atributos que a mesma autora definiu como sendo essenciais à APS. Esse instrumento foi validado e adaptado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) por meio de sua aplicação em um município de médio porte no estado do Rio de Janeiro. O questionário apresenta versões para profissionais e usuários, de modo a propiciar o diálogo entre as opiniões dos segmentos.

A APS no SUS possui dois mecanismos de avaliação: o primeiro é o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Pacto), que ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. O segundo instrumento disponível é o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), sistema complexo e que oferece muitas possibilidades de monitoramento, mas que não tem sido bem explorado na avaliação do sistema (ALMEIDA E MACINKO, 2006). O uso do PCAT é defendido pelos autores, considerado um instrumento ágil e efetivo para uma avaliação organizacional e de desempenho da APS em nível local.

Outro “nó crítico” levantado por pesquisadores diz respeito a vários aspectos relacionados à participação cidadã. Para Lawn, et al (2008), a participação comunitária e o engajamento intersetorial apresentam-se como os pontos que menos evoluíram na APS. O *empowerment*, o uso de pessoal comunitário adequado para o trabalho em saúde, além dos pontos citados anteriormente, também se apresenta como um dos aspectos mais negligenciados nesse nível de atenção (WALLEY, et al, 2008).

Por fim, cabem as observações feitas por Stralen, et al (2008) quanto à valorização dos profissionais de saúde envolvidos na APS e a atividade dos mesmos. Esses profissionais não são tão socialmente valorizados quanto seus colegas que atuam em setores que empregam tecnologias crescentes e avançadas. Por outro lado, a vida cotidiana da população também é invadida pelo paradigma biomédico e define, cada vez mais, suas necessidades em termos dos discursos profissionais, notadamente a partir de insumos

e medicamentos. Na medida em que a ESF, grande estratégia de APS presente nas políticas públicas define que o objeto de intervenção é a família, a pessoa, a comunidade com metas de produção do cuidado visando a integralidade das ações, um inevitável choque acontece no cotidiano da relação terapêutica. Para os autores, a ESF apresenta-se como uma estratégia muito tímida quanto à antecipação de mudanças, apostando muito nos agentes comunitários de saúde e pouco coloca em questão as relações de trabalho nas equipes, condicionadas por longos anos de formação em um paradigma que não é compatível com as propostas e pela forte presença da tecnologia biomédica. É necessário que se pensem alternativas para realização profissional, bem como com relação as expectativas dos usuários.

Portanto, olhares críticos devem ser dirigidos à APS para que pactuações horizontais sejam observadas entre as instancias que compõem o sistema de saúde. A ESF, tal como foi definida sua adesão para os municípios, pode ter sido positiva na ampliação do acesso rápido de grandes contingentes populacionais a cuidados elementares de saúde. Mas talvez seja chegada a hora de uma postura renovada por parte do MS, ouvindo estados e municípios e não “engessando” os recursos financeiros da ESF em pacotes definidos em extratos “olímpicos”. Fica evidente a necessidade de diálogo, entendido como uma situação aonde todos falam e todos são escutados entre os diversos níveis hierárquicos e de gestão na saúde, desde aqueles que estão “na ponta” do serviço até o próprio MS.

Adoecer, sofrer dores e vir a óbito são fatos comuns aos seres humanos. A construção de estratégias de APS deve passar pela reflexão também da assistência. A histórica busca dos ideólogos da Reforma Sanitária pela quebra do paradigma biomédico pode ter sido responsável pela pouca reflexão e pouca evolução da clínica, que em sua essência continua sendo praticada em sua vertente biologicista em um nível de atenção que reconhece a complexidade do processo saúde-doença. Daí a importância da clínica ampliada na APS possibilitando a co-construção de sujeitos autônomos e cidadãos.

Implementar mecanismos de avaliação confiáveis para as ações desenvolvidas na APS também faz parte dessa agenda em construção. Deve-se conhecer o resultado da ação de serviços de APS no nível local em aspectos ligados não somente à epidemiologia, mas também à possibilidade real da APS estar sendo (ou não) a porta de entrada, de estar focada para a comunidade e suas famílias e da atuação dos recursos humanos envolvidos no cuidado. Se as ferramentas atualmente disponíveis não permitem uma avaliação satisfatória da performance da APS, novos mecanismos devem ser utilizados ou desenvolvidos.

As particularidades da clínica na APS e a sua interface com a promoção da saúde

Cunha (2005) explica que a APS exige recursos muito especiais. Concordando com esse autor e buscando um desenvolvimento do trabalho do mesmo em direção à realidade da odontologia, uma vez que seu trabalho originalmente se concentrou em analisar as particularidades da APS na rotina da assistência médica, serão abordadas algumas contribuições do campo da saúde coletiva no Brasil para o entendimento da APS e suas particularidades, refletindo sobre algumas categorias de análise, especificamente o poder, sujeito, saber, imaginário social e iatrogenias.

A instituição que se apresenta como parâmetro no caso da odontologia é a clínica odontológica especializada, por se aproximar do hospital em relação à medicina, uma vez que ambos representam um espaço de práticas hegemônicas pautadas na reprodução de saberes biomédicos. Para Cunha (2005), o hospital (e consequentemente a clínica para os formados em odontologia) marca as competências dos profissionais de tal forma que mesmo quando estão na APS tendem a reproduzir nesse espaço o processo de trabalho hegemônico.

1- As relações de poder e a clínica:

Na sua obra *O Nascimento da Clínica*, Foucault (2006) nos explica que o hospital herdou de instituições militares padrões autoritários, verticais, nas relações entre profissional de saúde e usuário, gerando condições assimétricas de convivência entre as partes. Na APS as relações de aproximação entre os atores não se dão em situação de isolamento, perda de autonomia e em uma relação verticalizada (como é o que ocorre na clínica, por exemplo), mas em situações nas quais as intervenções terapêuticas concorrem com as intercorrências da vida.

É muito menor o poder dos profissionais de saúde em relação aos usuários na APS e nesse nível de atenção passa a ser maior a necessidade de conquista da confiança do

usuário para que o mesmo possa aderir ao projeto terapêutico, o que irá refletir em melhor qualidade do mesmo (CUNHA, 2005).

Enquanto nos serviços de saúde especializados é muito comum os profissionais de saúde não aceitarem tratar indivíduos que não quiserem se submeter às suas imposições, nos serviços de APS não existe essa possibilidade. É desejável e importante conquistar a participação e compreensão das pessoas. Uma relação horizontal, dialógica e ética são os caminhos possíveis para alcançar esse objetivo. Fica cada vez maior a necessidade de disposição e técnica para escuta, aceitação do outro e seus saberes.

2- Os diferentes saberes da clínica e da APS:

Assim como aconteceu com a medicina, a odontologia foi normatizada a partir de um relatório próprio em 1926, chamado Relatório Gies, que reproduzia para o saber odontológico as prescrições feitas no Relatório Flexner (MOYSÉS, 2004). A clínica especializada passou a representar o espaço de práticas defendidas pelo Relatório, espaço esse adequado aos interesses da biomedicina, que cartesianamente separa o corpo da alma e ainda o corpo em pedaços estanques (as especialidades), atingindo no caso específico da odontologia uma fragmentação ainda mais excessiva, de tal forma que a partir desse momento não havia a concepção biológica de indivíduo, ocupando o dente um lugar central para a fundamentação da prática do CD, que definiu seu trabalho como sendo aquele relacionado à “limar, obturar, extrair e substituir os dentes” (BOTAZZO, 2008c). Esse “padrão” de atuação do CD permanece até os dias atuais.

Assim como no caso do hospital, as situações orgânicas mais graves se destacam na clínica especializada da odontologia, permitindo que o aspecto biológico seja ressaltado, fornecendo uma aparente suficiência para os saberes biomédicos. Essas são situações nas quais os sujeitos estão fragmentados⁹, desvinculados de influências

⁹ Situação própria ao modelo biomédico, que fragmenta os sujeitos, reduzindo-os somente à sua queixa biológica.

externas e internas e que se submetem a um dado tratamento. Por outro lado, nas situações de APS, a vida tem espaço para exercer suas influências, o trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência, tudo faz com que os sujeitos apresentem quadros difíceis de serem identificados pela biomedicina.

Da mesma forma Ferreira et al. (2005) afirmam que as questões cotidianas da APS são complexas porque envolvem situações sociais e econômicas de difícil manejo. Ainda que os procedimentos, do ponto de vista clínico, sejam de fácil solução, os problemas colocados pelas famílias e comunidades são de complexa resolução. Narvai (2005) parece possuir opinião semelhante quando descreve a diferença entre assistência (o ato de prover ajuda dentro de parâmetros meramente clínicos) e atenção (quando o profissional leva em consideração e busca intervir nos fatores sociais relacionados à patologia apresentada pelo indivíduo ou comunidade).

Dessa maneira na APS são necessários novos saberes (ou tecnologias), que serão abordados detalhadamente adiante, para que essas influências sejam detectadas e para que uma terapêutica eficaz seja adotada.

3-Imaginário social da clínica e imaginário da APS:

O hospital apresenta um papel social relacionado à morte, essa significando derrota, fracasso, o que faz com que os trabalhadores da saúde vinculados ao espaço do hospital sintam uma dificuldade e sofrimento maiores. Entre os usuários da APS não impera o medo da morte e sim a vontade de viver (CUNHA, 2005).

Transposta para a realidade da odontologia, que tem no óbito de indivíduos uma ocorrência rara, essa afirmação poderia representar para os trabalhadores da clínica odontológica situações que se não são análogas à morte representam incapacidades diversas, quais sejam a exodontia de elementos dentais, representando para os sujeitos sequelas diversas, como o edentulismo, mutilações, dificuldades de relacionamento, exclusão.

Cabe aos trabalhadores da saúde bucal encontrar razões para transformar uma prática que muitas vezes representa derrota e fracasso de uma ciência em outra prática que represente efetivamente saúde, tomada em seu aspecto positivo.

A tolerância dos usuários com os efeitos colaterais, custos e limitações impostas pelos tratamentos é muito menor na APS quando comparada ao hospital e à clínica. Daí mais uma vez ser muito importante o desenho de um projeto terapêutico adequado (CUNHA, 2005).

4- A clínica e o tempo das relações terapêuticas:

As relações terapêuticas nos dois espaços estudados apresentam-se com tempos significativamente diferentes. A clínica especializada trabalha no momento imediato para resolver problemas pontuais. A clínica na APS tem a possibilidade de acompanhar o usuário, construindo com ele um projeto terapêutico adequado à sua situação.

O problema é que a formação acadêmica dos profissionais da saúde, incluindo aí os CD, privilegia o imediatismo¹⁰, impedindo o desenvolvimento de um raciocínio clínico e a realização de projetos terapêuticos de médio e longo prazo, o que também inviabiliza o vínculo e a longitudinalidade (CUNHA, 2005; STARFIELD, 2004)

5- A clínica e a percepção de danos:

Muitos usuários quando internados em hospitais sofrem algum tipo de dano. No entanto, a percepção dos danos é muito menor, uma vez que muitos deles são “esperados estatisticamente”, há naturalização de alguns desses danos e há menor vínculo. Na medida em que novas patologias vão aparecendo o usuário vai sendo continuamente fatiado e atendido por novos profissionais, desaparecendo cada vez mais a visão do todo, alimentando assim o paradigma biomédico.

¹⁰ Cunha (2005) explica que o modelo biomédico forma profissionais com essa característica, fazendo com que os mesmos tenham ansiedade na resolução rápida dos problemas de saúde dos indivíduos.

Em uma situação de APS, mesmo com influência do paradigma biomédico, havendo correto vínculo e responsabilização, esses danos são mais facilmente percebidos, não sendo encarados como “naturais”. Isso pode ser observado de forma ainda mais contundente em modelos que valorizam a adscrição da clientela, permitindo um acompanhamento longitudinal dos indivíduos.

Por fim, vale ser reproduzido quadro de autoria de Cunha (2005), que possibilita uma compreensão das principais diferenças entre a atenção hospitalar/clínica e a APS:

QUADRO 4: COMPARAÇÃO DA CLÍNICA NA APS E NA ATENÇÃO HOSPITALAR/CLÍNICA

APS	ATENÇÃO HOSPITALAR/CLÍNICA
80 a 90 % problemas de saúde	10 a 15 % problemas de saúde
Necessário compromisso com a terapêutica	Necessário compromisso com o diagnóstico
Critério de eficácia: qualidade de vida	Critério de eficácia: alta hospitalar/clínica
Momento crônico	Momento agudo
Resultado médio e longo prazo	Resultado imediato
Sujeito in vivo (em relação)	Sujeito in vitro (isolado)
Fácil perceber efeitos colaterais do tratamento	Difícil perceber efeitos colaterais do tratamento

FONTE: CUNHA, (2005)

Além dessas particularidades apresentadas, autores identificam convergências entre a APS e a promoção da saúde, o que faz com que esse nível de atenção adquira mais características próprias.

As ações no campo da APS se aproximam do conceito de promoção da saúde uma vez que reúnem todas as providências no plano das políticas públicas, decorrentes da compreensão da saúde como produto social e estando voltada para intervir no

conjunto de fatores biológicos, ambientais ou comportamentais que são responsáveis, em sua interação, pelos níveis de saúde e doença aos quais estão sujeitos os indivíduos e populações. O entendimento adequado da APS passa pela compreensão da complexidade do trabalho nesse nível de atenção, que por um lado leva em consideração as condições sociais, econômicas, culturais daqueles que são atendidos e por outro tem o potencial de reordenar o sistema, permitindo que haja a transição de uma abordagem curativa e centrada no papel hegemônico do médico para outra, preventiva e promocional (GONTIJO, 2007).

O reconhecimento de que intervenções isoladas de educação em saúde possuem valor muito limitado justifica a necessidade de ações de promoção da saúde na APS. Os determinantes biológicos das doenças bucais são conhecidos, podendo ser citados a dieta, má higiene bucal, fumo, álcool, comportamento de risco. A abordagem de fator comum, uma das ferramentas disponíveis da promoção da saúde apresenta-se útil nesse contexto (SOUZA, 2008).

Fleury-Teixeira, et al (2008) explicam que a APS e a promoção da saúde apresentam tópicos em comum em suas agendas. Citam o compromisso com o bem-estar, a qualidade de vida, da população presente e das gerações futuras; a equidade como meta e como meio para a qualificação da vida; a ampliação das capacidades e possibilidades de escolha individuais e coletivas; a inclusão social de “minorias”; a afirmação da diversidade e do multiculturalismo e a atuação comunitária e desenvolvimento de instrumentos de participação popular deliberativa.

Na abordagem ampliada de APS é essencial que haja ênfase na promoção da saúde e provisão adequada de serviços. A realidade das famílias e da comunidade não pode ser negligenciada, uma vez que grandes desigualdades em saúde podem ser reflexo de grandes desigualdades em educação, moradia e outros setores sendo muito importante a ação intersetorial (LAWN, et al, 2008; ROHDE, et al, 2008).

Chiesa, et al (2008) destacam outro componente importante da APS que é a oportunidade de ampliar ações para fortalecer os potenciais dos indivíduos em lidar

com os determinantes de sua saúde, desde que seu direito à autonomia¹¹ seja respeitado. Ações de promoção à saúde não devem ampliar a penalização de indivíduos por não terem tomado mais cuidado com sua saúde uma vez que nós não somos os únicos responsáveis por nossa saúde, bem como não podem ser esquecidas situações nas quais o exercício da autonomia é impossível, como em situações sociais desfavoráveis. Mais que possibilitar aos indivíduos uma maior autonomia na tomada de decisões “certas ou erradas” quanto à sua própria saúde, a promoção da saúde deve capacitar os indivíduos para a participação social nas políticas de saúde que interferem diretamente com a existência de indivíduos e famílias (FORTES e ZOBOLI,2007).

Uma vez apresentadas algumas características da APS que a distinguem significativamente do modelo hegemônico, cabe afirmar que os recursos humanos envolvidos nesse nível de atenção precisam estar adequadamente preparados; caso contrário, uma inadequação da força de trabalho poderá representar até mesmo o estrangulamento do sistema. Baseados nos princípios definidos pelo Relatório Flexner, os cursos superiores da área da saúde proporcionam aos seus egressos uma formação marcadamente biomédica, não adequada às necessidades que são exigidas na APS. Se considerarmos que a APS está diretamente relacionada à estrutura social dos indivíduos, seus hábitos, sua cultura, trata-se de um nível de atenção à saúde que apresenta grandes desafios para aqueles que a ele pretendem se dedicar, exigindo consequentemente adequada preparação para tal.

Conill (2008) adverte que é necessário reconhecer a necessidade de adequada formação de recursos humanos para a APS. Discussões relacionadas à entraves existentes na IES se fazem necessários, sendo que não se pode ignorar a necessidade de mudanças culturais nas IES para que uma prática que não tem tradição nem entre os profissionais nem diante da população venha a legitimar-se.

¹¹ Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas.

Pretende-se discutir a adequada formação dos recursos humanos para o trabalho na APS tendo em consideração dimensões que definem esse nível de atenção. Assim, serão apresentadas no capítulo seguinte dimensões que são diretamente ligadas à correta atuação de profissionais da saúde na APS.

A atuação do profissional de saúde na APS: dimensões que devem ser valorizadas.

Considerando as discussões realizadas nos tópicos anteriores bem como a revisão da literatura que até o momento foi executada, foram definidas para o presente trabalho algumas dimensões que devem ser valorizadas junto aos recursos humanos que queiram atuar na APS.

A definição das dimensões necessárias para a atuação na APS também se baseia na percepção do autor, que considera aquelas que foram listadas como sendo as que definem, efetivamente, o trabalho do profissional de saúde na APS.

1- Humanização no atendimento, a partir das dimensões vínculo e responsabilização; ética e solidariedade:

Pensando-se na construção de uma relação humanizada entre o profissional de saúde e o usuário em uma instituição de saúde, imaginando-se um encontro entre os atores, ambos com suas intenções, necessidades, razões e sentimentos, mas em desequilíbrio, o usuário em situação física e emocional fragilizada e o outro, considerado capaz de responder àquela demanda, cria-se um vínculo,

processo de ata ou liga, gerando uma ligação afetiva ou moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2004).

O citado encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde envolve situações não necessariamente convergentes. O que se procura obter, nesses encontros, é uma relação de compromisso que tenha como base a responsabilização e a confiança na intervenção, como uma possível solução para os problemas de quem solicita o atendimento em determinado serviço de saúde. A confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (AYRES, 2005; SANTOS, et al, 2007).

Um importante aspecto da organização da APS através da ESF é o vínculo entre profissionais e equipe. Falar em vínculo é muito mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. É entender seu contexto familiar e de trabalho. É conhecer suas atividades, sua exposição ao stress, seu padrão alimentar, enfim, é conhecer os fatores que possam estar interferindo na sua qualidade de vida. É percebê-los como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de adotarem novas atitudes mais saudáveis, sempre respeitando seus padrões culturais e jamais impondo nosso padrão higienista, nossos crivos do que está certo ou errado, numa atitude de detentores do saber; é estar presente como ator social da comunidade, através de sucessivas aproximações. O vínculo nos dá uma nova perspectiva na atitude frente aos problemas de saúde (FILHO, 2002).

O vínculo e a responsabilização fazem parte do modelo tecno-assistencial em defesa da vida. As dimensões vínculo e responsabilização fazem parte do acolhimento e este deve contribuir na construção de uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. Para tal é necessário qualificar os profissionais envolvidos para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, orientar. (BUENO e MERHY, 2002; RAMOS e LIMA, 2003; SOUZA, et al, 2008).

Segundo o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2003), vínculo e responsabilização são alguns dos princípios a serem desenvolvidos na busca pelo cuidado em saúde bucal e o vínculo é definido como a responsabilização da unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através de ações qualificadas e eficazes. O vínculo é a

expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações de acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário (BRASIL, 2003).

O vínculo pode ser uma ferramenta integrante da clínica ampliada na medida em que a população deve acreditar na capacidade da equipe em resolver seus problemas de saúde e a equipe deve acolher essas demandas; a equipe deve apostar que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas, tornando-se assim sujeitos de seu processo de vigilância à saúde. A equipe deve acreditar no potencial das pessoas em superar suas dificuldades, cientes de que, sem um apoio externo, tal superação se tornará mais difícil (CAMPOS, 2003).

Existem dispositivos que definem a atenção à saúde bucal: o vínculo, a responsabilização, autonomia e resolutividade (SANTOS e ASSIS, 2006; SANTOS, et al, 2008). Para os autores, o vínculo pode ser uma ferramenta que permite trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos definidos a partir das características de cada coletivo e de cada indivíduo, sendo mais uma interpretação possível para a integralidade, fato também apontado por Souza (2008).

Vínculo pode ser pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. No primeiro caso, o profissional de saúde deve ter um “investimento” afetivo positivo tanto na sua atuação profissional quanto no paciente, construindo um vínculo firme e estável, o que se constitui em importante instrumento de trabalho. No segundo caso, há a elevação do termo “terapêutico”, representando uma atenção aumentada do profissional em relação ao seu paciente, ou seja, uma atitude de ocupação, desvelo, responsabilização. A continuidade é um fator que representará mútuo conhecimento e confiança entre profissional e paciente (CAMARGO Jr, et al, 2008).

Busca-se assim, em síntese, a partir do vínculo criado entre usuário-profissional, a superação das consultas que se caracterizam como desumanizadas, frias e sem interesse (RAMOS e LIMA, 2003).

O resultado natural do vínculo é a responsabilização profissional,

a implicação com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território (BRASIL, 2004).

Para Merhy (2002), a responsabilização pode ser entendida como um conjunto de intervenções em saúde, próprias à dimensão cuidadora que se estabelece nos serviços, sendo, portanto usuário-centradas e que se caracterizam pelo forte comprometimento com os interesses dos usuários.

A responsabilização passa pela incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, sendo, portanto, cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários (SANTOS e ASSIS, 2006).

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2003) esclarece que a responsabilização profissional refere-se a um comprometimento, implicando-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e de trabalho, disponibilizando tempo necessário à escuta da queixa e providências que digam respeito ao momento clínico, criando condições para a atenção integral.

Existe uma relação dialógica entre responsabilização e acolhimento, uma vez que a responsabilização se coloca como produto e produtor de dispositivos, já que quem co-participa ativamente dos problemas de saúde das pessoas, ouvindo e conversando, estabelece cotas de responsabilidade em sentido duplo, cuida – faz clínica – e estabelece acolhimento e vice-versa (TEIXEIRA, 2003).

A revisão de literatura realizada sobre as dimensões vínculo e responsabilização revelou, com frequência significativa, a presença do desdobramento dessas ações em outra: a autonomia do usuário¹².

O vínculo (e conseqüentemente a responsabilização) entre profissional e paciente gera a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação do serviço. O encontro entre os dois atores deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SCHIMITH e LIMA, 2004).

A construção de sujeitos autônomos passa pelo *empowerment*, que, para Chiesa, et al (2008) e Mendes (2008) se coloca como um desafio a ser superado por usuários e por profissionais da saúde. Para tal são necessárias tecnologias leves, capazes de estabelecer uma relação de cidadania com o usuário. O empowerment permite que as famílias compreendam seus direitos e passam a ter voz ativa na tomada de decisões e o resultado final será uma maior adesão ao tratamento.

Fleury-Teixeira, et al (2008) definem a autonomia como a categoria norteadora da promoção de saúde, uma vez que a encaram como um determinante positivo fundamental para a saúde e sua ampliação é protetora à saúde assim como, inversamente, a restrição de autonomia é fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias, o que tem sido evidenciado pela epidemiologia dos determinantes sociais.

Considerando que o estabelecimento de vínculo pode se dar através da clínica ampliada (CAMPOS, 2003) e essa possui como aspecto fundamental a busca pela autonomia dos sujeitos, pode-se afirmar que através da clínica ampliada o profissional de saúde pode desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as

¹² Não deve ser confundido com a autonomia, categoria da bioética, anteriormente explicada em nota de rodapé. Nesse caso é a possibilidade do mesmo adquirir conhecimentos que lhe permita cada vez mais resolver e controlar seus problemas de saúde, bem como a ampliação das capacidades e possibilidades de escolha das pessoas (ONOCKO e CAMPOS, 2006).

doenças, mas a se transformarem, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de viver outras coisas na vida (CARVALHO e CUNHA, 2006).

Pelas razões apresentadas, para fins do presente estudo é desejável que profissionais de saúde apresentem, na APS, características relacionadas ao acolhimento e humanização junto aos seus pacientes e suas comunidades, notadamente o vínculo junto àqueles que buscam assistência e a responsabilização pelos problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas necessárias e com foco na autonomia dos mesmos.

Assim como foram analisadas conjuntamente o vínculo e a responsabilização, por apresentarem interseções em seus conteúdos, a ética e a solidariedade, por estarem intimamente ligadas, também merecerão uma análise conjunta.

Para Starfield (2004), a APS compreende

um nível da atenção à saúde dirigido por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética (...).

As mudanças pelas quais a sociedade passou na segunda metade do século passado trouxeram para os momentos atuais a necessidade de considerarmos na relação profissional-paciente, não só os preceitos legais e éticos já consagrados na literatura, mas acima de tudo os fundamentos da Bioética. Essas mudanças, muitas vezes ligadas ao desrespeito ao próximo e subjugação dos menos favorecidos, desaguarão na necessidade de elaboração de leis, códigos, normas e resoluções nacionais e internacionais, que nem sempre são seguidas pelos profissionais de saúde.

Soma-se a este cenário a pressão do mercado, representado por um lado pelos fabricantes e fornecedores de materiais cirúrgico-restauradores e por outro lado pelos pacientes e profissionais, pela incorporação de novas tecnologias, buscando soluções para os mais diversos problemas odontológicos. Esta pressão do mercado parece influenciar diretamente o distanciamento dos profissionais dos valores éticos. Isso é um equívoco já que esses avanços não deveriam ser opostos à aplicação de uma ética adequada, que servisse aos pacientes e profissionais. Dos profissionais de saúde

espera-se uma postura responsável e moral quando na sua tomada de decisões relacionadas à vida humana.

Para Bellino (1997) a Bioética não é uma nova ética, nem uma nova descoberta de princípios fundamentais, mas uma ética aplicada ao bioreino. Portanto, não é uma nova ética porque não são necessários novos princípios éticos básicos. Para o autor, ética é a escuta e avizinhamento do outro, a aproximação. Sendo assim, o seu destino se torna cada vez mais o destino da pessoa humana.

Cabe aos trabalhadores da saúde alterar o modo como se relacionam com seu objeto de trabalho, ou seja, a vida e o sofrimento humano, o que exige comportamento ético. Assim é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem saúde a toda população. A clínica ampliada possibilita um exame permanente dos próprios valores dos trabalhadores na saúde, uma vez que o que pode ser ótimo para um profissional da saúde pode contribuir para o adoecimento de um usuário (CARVALHO e CUNHA, 2006).

Ética para os profissionais da saúde envolvidos na produção do cuidado na APS passa pelo reconhecimento dos princípios doutrinários do SUS. Falar em universalidade, equidade e integralidade significa entender que esses princípios são repletos de um significado maior, relacionado à dignidade humana. Atuar nesse nível de atenção, tendo em mente o cumprimento desses princípios do sistema pode ser o maior compromisso ético que os profissionais de saúde terão em seu desempenho profissional (SANTOS, et al, 2008.).

Busato e França (2008) afirmam que a abordagem ética em estratégias viabilizadoras de APS, como a ESF, requer ações semelhantes à proposta de Garrafa e Porto (2003), a chamada Bioética de Intervenção (hard bioethics). Para esses últimos autores, a Bioética deve se preocupar, preferencialmente com as situações persistentes, ou seja, com aqueles problemas de saúde que continuam acontecendo e que não deveriam mais acontecer no séc. XXI, como a cárie dental e o edentulismo em jovens. Nesse sentido, ser ético significaria o respeito incondicional aos direitos humanos.

Outra proposta de Bioética é viável no contexto latino-americano, a chamada Bioética de Proteção, esta indicando a insuficiência da aplicação do modelo principialista da Bioética (centrada nos quatro princípios clássicos que norteiam a Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça) e apontando o papel mais elementar do Estado como responsável por uma ética de responsabilidade social, assumindo suas responsabilidades para com suas populações (SCHRAMM e KOTTOW, 2001).

Quando transposto para a realidade da odontologia, define-se que trabalhar em saúde bucal é complexo e moral, exigindo competências que extrapolam o saber técnico profissional. É necessário que haja integração dos saberes profissionais com os saberes das pessoas, construindo decisões construídas sob valores éticos (DEANGELILLO, 2006).

A Bioética pode ser vista como ferramenta adequada à abordagem de famílias, principalmente quando aspectos clássicos relacionados à saúde pública são lembrados, como a tendência de prescrições verticais, normativas e autoritárias baseadas em “normalidades” que são feitas pelos profissionais de saúde, muitas vezes com resultados de culpabilização de sujeitos que eticamente não poderiam assim ser considerados. O correto, do ponto de vista Bioético é a oferta de informações que possam proporcionar autonomia aos sujeitos na tomada de suas decisões (FORTES e ZOBOLI, 2004).

Santos (2006) ressalta a importância da ética no atendimento aos usuários, ressaltando que se por um lado nem sempre é possível curar uma necessidade apresentada por outro é sempre possível cuidar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro, que não é só dele mesmo, mas que é compartilhado por aqueles que o rodeiam, que o amam, sendo portanto necessária a formação de profissionais da saúde sensíveis, com forte embasamento ético.

Fagundes (2006) nos explica que o neoliberalismo, enquanto medida criada para garantir a reprodução e a continuação do capitalismo, transforma diversos aspectos da vida, entre eles a saúde, em mais uma mercadoria de troca. Logo, só é acessível

àqueles com poder de compra, gerando e agravando as desigualdades de acessos entre os indivíduos.

Nesta mesma compreensão, constata-se que o neoliberalismo é uma falácia porque ocorre somente para uma minoria incluída no projeto de consumo e, residualmente, para os que consomem na qualidade de cidadãos. O que ocorre especificamente é uma distribuição regressiva das riquezas, bem como a universalização da barbárie. E, assim, ressurgem conflitos entre etnias, religiões, raças, nacionalidades, além da má distribuição econômica que tem como consequência a evidente desigualdade social e consequente desigualdade epidemiológica (FAGUNDES, 2006).

Portanto, quando Starfield (2004) afirma que a APS deve se guiar por valores, é possível que a interpretação para tal esteja na necessidade de resgate desses valores para a humanidade, e nesse caso em específico o da solidariedade, em oposição ao universo individualista e excludente que o capitalismo, a partir de sua vertente neoliberal proporciona.

Solidariedade deve ser pensada não somente como uma dimensão ligada à filantropia, ajuda, desencadeada por sentimentos subjetivos, como dever moral, amizade, companheirismo ou cumplicidade, dissociadas de direitos e deveres. É necessária uma perspectiva que valorize a sociedade civil, tornando-a protagonista de seu próprio destino e trajetória. Ela também precisa ser politizada, transpondo os interesses particulares e reducionistas, aproximando-a dos interesses mais gerais. (FAGUNDES, 2006).

Selli e Garrafa (2005) possuem compreensão semelhante a respeito do tema solidariedade enquanto ação ou qualidade desejável para a atuação na APS quando afirmam a necessidade da incorporação da chamada solidariedade crítica¹³. Nesse sentido, a solidariedade não se restringiria a uma relação típica da sociedade civil. Ao

¹³ A solidariedade crítica consistiria na substituição de valores tradicionalmente agregados à solidariedade “tradicional”, como a beneficência e caridade (a beneficência sintetizando a deontologia médica hipocrática e a caridade representando os valores clássicos da tradição cristã na área da saúde) por um compromisso centrado na realidade social (SELLI e GARRAFA, 2005).

contrário, possuiria um elemento político que tem como referência o Estado. A capacidade de entendimento dessa dimensão política, intimamente relacionada à cidadania e à capacidade de intervenção de políticas públicas também é parte dessa solidariedade crítica. A solidariedade crítica exige dos sujeitos envolvidos, no caso dos profissionais da APS engajamento, politização e comprometimento com a causa social.

Boing, et al (2006) esclarecem que intensas disparidades sócio-econômicas são indicativas de comunidades com reduzido capital social. Esse conceito de capital social foi proposto por Townsend (1988) como uma retomada do referencial teórico proposto por Durkheim, que atribuía a coesão social à solidariedade. Para esse sociólogo as desigualdades derivadas da divisão do trabalho seriam fontes de interação e solidariedade, matéria prima do tecido social. Quando atinge certos níveis, a desigualdade contribui para a perda da coesão social, reduzindo a capacidade da sociedade de suprir necessidades individuais.

Na medida em que a correta operacionalização da APS passa pela valorização da solidariedade, passa a existir a possibilidade de valorização da coesão social e conseqüentemente o aumento do capital social, aumentando a solidariedade entre os indivíduos. Estes passam a não se sentir isolados, mas agregados e reconhecem a importância da solidariedade em seu cotidiano (PATTUSSI, 2008).

É oportuno ainda citar Souza (2008), que nos lembra o SUS democrático, portanto diretamente ligado aos ideais da Reforma Sanitária, que luta pela construção da cidadania em nosso país, sendo inclusivo e representando para muitos a única presença de um Estado qualificado na existência de suas vidas. Essa imagem do SUS representa ética e solidariedade.

É desejável que o contato profissional-paciente, em uma unidade de APS seja uma oportunidade na qual, no contexto e momento apropriado, sejam trabalhadas importantes discussões emancipatórias dos indivíduos, estimulando a cidadania plena, caracterizando assim a chamada solidariedade crítica. A atuação profissional deve se balizar pelo equilíbrio entre as diversas formas de solidariedade anteriormente

apresentadas, não desprezando a solidariedade tradicional no contato com os usuários. É necessária uma mudança de cultura nas vidas dos trabalhadores e usuários do SUS. Envolve modificar consagrados conceitos de fazer saúde e a consciência de cada trabalhador, fazendo-o incorporar, na concepção do seu trabalho, valores libertários, humanitários e de solidariedade, substituindo a fragmentação por práticas integrais.

2- Visão da determinação social da doença e atenção à pessoa e não à sua enfermidade:

Justifica-se a inclusão dessa dimensão desejável para a atuação na APS a partir do referencial proposto por Tavares et al. (2001), que definiram a necessidade de se

humanizar as práticas de saúde e ter uma visão ampliada do processo saúde/doença (TAVARES, et al, 2001).

Ao longo do tempo a humanidade desenvolveu teorias e modelos explicativos sobre os fenômenos do adoecer e da saúde. A teoria miasmática falava-nos de doenças que se manifestariam a partir de ares pútridos ou ainda a partir de ambientes pestilentos. A teoria monocausal, originada a partir do advento da microscopia, dizia-nos da gênese de doenças relacionada à presença de um agente biológico (e só), enquanto a teoria multicausal evoluiu, já considerando que a simples presença de um microorganismo não seria, por si só, passível de provocar o aparecimento de uma doença. Assistimos ainda a teoria de Leavell e Clarck e sua história “natural” das doenças e as possibilidades de diferentes momentos preventivos (PEREIRA, 2005). O amadurecimento desses modelos possibilitou que um outro modelo, que relaciona as condições de vida e existência e o aparecimento de doenças fosse elaborado. Não que essa fosse uma “descoberta”, haja visto que Virchow já observara, antes do início da era tecnológica, tal importância na saúde das pessoas.

A relação existente entre saúde e doença não é apenas uma relação do bom ou mau funcionamento do corpo mas uma interação muito mais ampla do homem com os ambientes físicos e sociais que o cercam, da sua maneira de relacionar-se com outros

homens, da sua condição de trabalho, da forma como é organizada a produção de riquezas e como essas riquezas são repartidas, das possibilidades que possui de se expressar, para desenvolver seu potencial criativo e se desenvolver como pessoa (MARQUES, 1998). Essa é uma maneira clássica de se conceituar o processo saúde-doença numa abordagem ampliada.

A explicação acima formulada está de acordo com o definido por Pereira(2005) para a chamada determinação social das doenças. Segundo este, o processo saúde-doença é resultante de múltiplas causas, em interação complexa; algumas podem ser encontradas na própria biologia do homem, outras não. Surge aí a conclusão de que saúde e doença são na realidade eventos biopsicosociais.

É a partir da compreensão que se tem do processo saúde-doença que a realidade se definirá para os trabalhadores/gestores, definindo também o que é problema de saúde, sendo que é a partir daí que será definido o modelo de atenção para determinada população. Portanto a visão do processo saúde-doença assume um papel determinante sobre as características organizativas do setor saúde. Mais ainda: modelos de intervenção que constroem projetos terapêuticos pautados na crença do corpo como uma máquina ou consideram saúde como ausência de doenças estão fadados ao insucesso. Faz-se necessário a mudança das práticas de saúde com a incorporação de práticas transdisciplinares elucidando as relações naturais e sociais envolvidas na saúde (CARVALHO E CUNHA, 2006).

A percepção de que as condições sociais têm papel determinante nas condições de saúde das populações data desde pelo menos a revolução industrial, manifestando-se em um grande número de artigos e livros em todo o século XX. O modo como a sociedade se ordena e as posições que os indivíduos ocupam nessa mesma sociedade determinam fortemente o modo como as pessoas interagem, o que por sua vez determina suas condições psíquicas. Isto constitui um elo básico nas cadeias causais de todos os principais agravos e patologias da contemporaneidade.(FLEURY-TEIXEIRA, et al, 2008).

Ainda segundo Fleury-Teixeira, et al (2008), as condições sociais são a base para o padrão sanitário de um povo. Quando séries causais das patologias que apresentam maior magnitude e transcendência nas diversas sociedades foram analisadas, foram encontrados, entre os determinantes finais, com maior peso, as condições sociais de vida. A qualidade, o padrão das relações sociais resulta, portanto, em elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde.

O reconhecimento dessa evidência respalda o postulado correspondente de alta eficácia potencial da intervenção nas relações sociais para o incremento da saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

Pensar ampliadamente em relação ao processo saúde-doença significa uma aproximação maior da pessoa que busca ajuda para a sua necessidade em saúde. Dessa forma, Starfield (2004) define a APS como sendo aquele nível de atenção à saúde caracterizado por apresentar atenção à pessoa (e não à sua enfermidade).

O modelo biomédico caracteriza-se fortemente pelo olhar do profissional de saúde voltado para a doença que o indivíduo ou comunidade traz ao seu contato. Após um contato inicial, exames deverão ser solicitados, medicamentos prescritos, intervenções sobre os corpos serão realizadas. Quase é esquecido aquele indivíduo, portador de histórias, culturas, representante do meio social e econômico no qual está inserido, em suas riquezas e misérias. Fica reduzido a um ser qualquer, descontextualizado no tempo e espaço, apenas um portador de uma situação incômoda que deve ser tratada.

Para Pasche e Hennington (2006) alguns aspectos caracterizam a chamada “síndrome da medicina moderna”, caracterizada, entre outros, pelo distanciamento do compromisso pela qualidade de vida, alta medicalização, descompromisso com a produção da saúde, degradação da clínica, que passa a ser orientada para a ação sobre a doença e não para o sujeito portador de necessidades de saúde.

A clínica ampliada, capaz de reconhecer o sujeito portador de necessidades em saúde como prioritário em relação à sua doença, valoriza o sujeito concreto e não sua enfermidade e busca resgatar a integralidade humana, o espaço de relações e de

responsabilização na ação de cuidar das pessoas. Este é um movimento voltado para a ampliação do ato terapêutico, que valoriza as singularidades. Nesse caminhar, a clínica ampliada não polariza o conceito de saúde e doença como coisas que se excluem, ao contrário, leva em conta a dialética desses conceitos, pois os compreende como imbricados num mesmo corpo, numa mesma sociedade, simultaneamente (SANTOS e ASSIS, 2006; CUNHA, 2005; CAMPOS, 2003).

Atender a pessoa e não sua enfermidade passa ainda pelo raciocínio de Costa, et al (2006), que afirmam a necessidade de mudança no ato clínico, uma vez que sujeitos e coletividades são tratados como objetos de ações isoladas e fragmentadas. Ainda de acordo com os autores,

o discurso dos usuários dos serviços é ignorado pelo saber médico, sua subjetividade é tratada por um especialista e seus hábitos ou modos de vida são frequentemente submetidos à ordem médico-sanitárias de regras uniformes (COSTA, et al, 2006).

A excessiva ênfase em fatores biológicos faz com que os profissionais imaginem que seu objeto de trabalho é a doença, e não as pessoas doentes, gerando desresponsabilização para com tudo que não diga respeito à doença como objeto de trabalho.

Úlceras são infinitamente mais simples que as pessoas, com suas histórias, trabalho, família, cultura, situação econômica, interesses e desejos. Ocorre aqui uma tensão entre a “ontologia da doença” e a “singularidade do sujeito” (CARVALHO e CUNHA, 2006)

A atenção a pessoa passa necessariamente pela humanização, entendida como a valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e dedicação profissional por alguém. (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

A orientação formulada pelo MS (BRASIL, 2004) é para que a atenção ao paciente se dê de tal forma que haja fomento da autonomia e protagonismo dos sujeitos (entendido como o papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de

produção de sua própria saúde). A orientação inclui ainda a identificação das necessidades sociais de saúde.

A atenção à pessoa e não sua enfermidade é aquela que contém a produção de atos de saúde centrados nos usuários e não nos procedimentos. A produção da saúde usuário-centrada é aquela que possibilita ganhos de autonomia para aquele que procura os serviços de saúde, enquanto a outra seria aquela que se esgota na produção de intervenções cirúrgicas ou de diagnóstico realizado (MERHY, 2002).

Nesse sentido a OPAS (OPAS, 2007) define que a APS deve basear seus serviços na observância das necessidades sociais e de saúde da pessoa, projetando respostas à comunidade local e a seu entorno ao longo da vida, a tempo que garanta que a pessoa não sofra danos ou prejuízos de nenhum tipo.

O CD que trata apenas a doença reflete ainda que parcialmente sua própria trajetória acadêmica e tem limitada sua prática por não perceber algo além da boca. Ao entende-la isolada do corpo, exclui outras possibilidades terapêuticas. Ao focalizar as ações na enfermidade, o CD especializa-se em tratamentos cada vez mais complexos, voltando a se distanciar do real sentido das práticas em saúde, que é o indivíduo e não, simplesmente, a doença ou suas seqüelas (SANTOS, et al, 2008).

3- Tecnologia necessária para o trabalho na APS:

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) afirma que a APS caracteriza-se, entre outros aspectos, por

utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2006).

Com freqüência cada vez maior, são divulgadas informações que exaltam as inúmeras possibilidades da informática e de outros recursos da alta tecnologia decorrentes da eletrônica e tudo o que eles podem representar no dia-a-dia e na vida dos indivíduos. Um dos desdobramentos das ciências ligadas à informática e à eletrônica é o crescente

aumento da densidade dos aparatos tecnológicos que se colocam à disposição dos profissionais da saúde, incluindo aqueles relacionados ao saber odontológico.

Esse tipo de tecnologia seduz a humanidade. É sem dúvida extremamente útil em nossas vidas e não se quer aqui questionar os benefícios que ela proporcionou em sua interface com a saúde, possibilitando tratamentos que eram considerados impossíveis no passado e abrindo muitas outras possibilidades terapêuticas no futuro, desde que sua íntima conexão com a ética não seja desmerecida. No entanto, é essa mesma tecnologia que se coloca como um dos grandes responsáveis por elevados custos na produção de saúde dos indivíduos, contribuindo para aumentar a iniquidade.

Contudo, para a adequada atuação na APS, é exigido um equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias, salientando-se aqui que todas as formas de tecnologia podem ser necessárias no cuidado dos indivíduos, haja visto o princípio da integralidade e a própria complexidade do ser humano.

A APS, em particular a ESF, vem se configurando como um nível de atenção que produz e ao mesmo tempo captura demandas por novas tecnologias na saúde. Essa afirmação é cabível uma vez que a ESF prevê um modelo de atenção à saúde centrado na família, entendida a partir de seu ambiente físico e social. A adoção desses pressupostos levaria a uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, bem como a identificação de necessidades que vão além dos processos de cura. (CHIESA, et al, 2008).

No entanto, Merhy e Onocko (1997) destacam o conceito de “trabalho vivo”, considerado um trabalho criador e “trabalho morto”, já instituído e oferecido ao trabalhador como um conjunto de situações que definem um universo tecnológico. O “trabalho morto” captura o “trabalho vivo” em ato de tal forma que esse último não encontra espaço criativo, ficando submisso ao “trabalho morto”.

Posteriormente Merhy (2002) analisa a crise de produção de saúde relacionada ao modelo assistencial hegemônico e ao trabalho médico no país. O entendimento da

tecnologia como uma máquina moderna vem dificultando a compreensão do que vem a ser, realmente, o trabalho em saúde. Para esse autor, a tecnologia em saúde pode ser entendida a partir de três formas distintas e complementares. Uma primeira seria a chamada tecnologia “dura”, centrada no uso de máquinas, instrumentos para exames, enfim, de materiais usados nas ações de intervenção diretas realizadas sobre os indivíduos. A segunda seria a chamada tecnologia “leve-dura”, ligada à organização e administração dos serviços, bem como ao conjunto de saberes biomédicos responsáveis pela atuação dos profissionais; seria “leve” por compreender todos os conhecimentos adquiridos e saberes profissionais e “dura” na medida em que é um saber estruturado, organizado, normatizado. A terceira seria a chamada tecnologia “leve”, entendida como o processo de relações estabelecidas entre o trabalhador da saúde e o usuário; implica em “falas, escutas, interpretações”, proporcionando acolhimento e a criação de vínculo e responsabilização.

Se confrontadas com as definições já apresentadas por outros autores (BOTAZZO, 1999; STARFIELD, 2004; CUNHA, 2005; FERRI, 2007) sobre o processo de trabalho na APS, percebe-se claramente uma grande aproximação entre o defendido por esses autores e o exposto por Merhy (2002) para a chamada tecnologia “leve”, considerada capaz de possibilitar novas práticas na saúde e contribuir para a mudança do modelo assistencial. No entanto, é necessário que haja um equilíbrio adequado entre os três tipos de tecnologia: se o paciente não for considerado em seus valores e necessidades, de nada adiantará a ênfase excessiva nas tecnologias leves ou no arsenal tecnológico e a integralidade estará ameaçada.

Desafios relacionados ao uso de tecnologias leves estão relacionadas às pressões de mercado e à formação acadêmica dos profissionais da saúde (que também reflete as mesmas pressões), de tal maneira que esses profissionais não conseguem facilmente executar ações baseadas em tecnologias leves e há uma grande tendência de sobreposição do “trabalho morto” sobre o “trabalho vivo” em suas atividades profissionais. O resultado imediato será a reprodução de práticas liberais e governadas pelo mercado (CHIESA, et al, 2008).

As principais tecnologias que os profissionais precisam para realizar as ações de saúde estão muito mais nos seus conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre os usuários e o serviço. São necessárias tecnologias leves, muito mais centradas nas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades por parte dos profissionais envolvidos na APS (SANTOS e ASSIS, 2006; FERRI, et al, 2007; CHIESA, et al, 2008).

Silveira Filho e Narvai (2006) apontam os benefícios do uso de tecnologias leves em abordagens familiares a partir de estudos realizados em Curitiba, PR. Afirmam os autores que tais tecnologias ajudaram a elucidar questões sociais, comportamentais e culturais, podendo interferir no processo saúde-doença dos envolvidos na comunidade.

Pattussi, et al (2008) corroboram a necessidade do uso de tecnologias relacionais na APS. Acrescentam a importância de se investir no capital social, dimensão entendida como as características da vida social – redes, normas e confiança, um verdadeiro sentimento de “pertencimento” – que habilitam os indivíduos a agirem mais efetivamente na busca de objetivos comuns. Os autores explicam que comunidades com aumentado capital social apresentam taxas mais elevadas de longevidade, menores índices de violência e avaliam melhor sua saúde. Para tal, as equipes de saúde devem, a partir do próprio capital social dos profissionais de saúde, investir em relacionamentos e engajar-se em movimentos políticos, estimulando a cidadania e a participação popular.

Indo além da conceituação da chamada tecnologia leve e sua importância para a APS, tecnologia apropriada é aquela que atende as pessoas, resolvendo seus problemas de saúde; depende, portanto, das características do lugar, da época e da população. A tecnologia pode ser conceituada como “socialmente apropriada” quando relacionada à contestação das grandes estruturas que, durante certa época, eram apresentadas como a maneira de solucionar os problemas da população. Alma-Ata ofereceu soluções voltadas para esse impasse ao propor a valorização de tecnologias acessíveis e humanas (PEREIRA, 2005).

Nesse sentido, Houpt e Guerrant (2008) trazem contribuição relacionada ao conceito de tecnologia expresso em Alma-Ata. Nessa ocasião, tecnologia foi conceituada como sendo aquela

cientificamente comprovada e socialmente aceitável, tornada universalmente acessível a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento(HOUPT e GUERRANT, 2008).

Para os autores o custo da tecnologia desenvolvida em países ricos, por mais eficiente que seja essa produção, são muitas vezes inacessíveis em países pobres. A solução seria aumentar a produção local de tecnologia, entendida aqui como soluções básicas e necessárias, como o aumento da cobertura de esgoto e provisão de água tratada àqueles indivíduos ou famílias que não possuem. Há também a necessidade de investimento em tecnologias que possibilitem diagnóstico acessível e eficaz a agravos responsáveis por altos índices de morbidade em países pobres, o que por sua vez poderia reduzir índices de mortalidade relacionados aos mesmos agravos. Essas mesmas tecnologias, atualmente cientificamente comprovadas e disponíveis em muitas nações desenvolvidas, mais ainda não naquelas com altos índices de pobreza, ainda se constituem em um desafio à APS adequada para muitos contingentes populacionais.

Outra forma de tecnologia adequada nesse nível de assistência seria a educação em saúde, entendida como uma prática na qual existe a participação ativa da comunidade, proporcionando informação, educação sanitária e aperfeiçoando atitudes indispensáveis para a vida (PEDROSA, 2006).

Os procedimentos da APS não são menos complexos que aqueles executados na atenção secundária e terciária. Podem ser de fato menos densos tecnologicamente, mas muito complexos. As tecnologias promocionais e preventivas na APS e o manejo de vários problemas de saúde não configuram um conjunto de tecnologias de baixa complexidade. A visão de APS pobre para pobres deve ser rapidamente afastada e substituída por outra, que demonstre uma concepção contemporânea de redes

horizontais e integradas de atenção à saúde, na qual a APS exerce um papel de organizador do sistema, em substituição à tradicionalmente entendida como sendo a vertical e piramidal (SOUZA, 2008).

Portanto, define-se para fins desse trabalho o entendimento de tecnologias como saberes diversos que devem ser usados em conjunto na APS, sem valorização de determinada tecnologia em detrimento de outra, haja visto a necessidade de se responder à integralidade das ações. Chama-se a atenção para as chamadas tecnologias leves ou relacionais, uma vez que essas podem desencadear novas formas de produção da saúde, fato desejável em um nível de atenção considerado estruturante e que busca a reversão do modelo assistencial. Também é ressaltado o aumento do capital social, a educação em saúde e a valorização de medidas sanitárias básicas como diferentes formas de tecnologias disponíveis e altamente desejáveis nesse nível de atenção.

Atenção Primária na Saúde e formação de recursos humanos

Gradativamente ganha no mundo a idéia de revisão do paradigma assistencial hegemônico e a conseqüente necessidade de substituição do mesmo por novas possibilidades assistenciais. Essa revisão é baseada na observação de que o paradigma é eticamente inaceitável, sendo que o crescimento explosivo dos custos passa a ser um ônus até para as camadas mais abastadas da sociedade, revigorando a noção da APS como porta de entrada para os demais níveis assistenciais. Esses fatos apontam para a necessidade de mudanças fundamentais tanto nos sistemas de saúde quanto nas escolas médicas e de formação profissional na saúde para atender as necessidades da população. Dentre os diversos problemas observados em relação à ESF nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender a essa necessidade (CAMPOS E BELISÁRIO, 2001).

Faz-se necessário promover um profundo processo de mudança, que transforme os estudantes em sujeitos do processo de aprendizagem, que tome como ambientes de prática a comunidade, o domicílio, a rede básica do SUS, que possa promover um real entendimento daquilo que causa sofrimento e morte. Um dos principais obstáculos à conformação de novas práticas reestruturantes do modelo assistencial, e conseqüentemente à uma APS resolutiva, é a formação de recursos humanos, uma vez que os profissionais disponíveis são ainda preparados dentro de uma abordagem que privilegia o individual, curativa e centrada no paradigma vigente. São portanto incapazes de intervir adequadamente na APS, considerada em sua complexidade e enquanto espaço que privilegia a atuação profissional contra-hegemônica (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001).

Inadequações relacionadas ao trabalho nas equipes de APS, decorrentes do processo de formação acadêmica dos profissionais envolvidos, também foram apontadas em estudo realizado por Pedrosa e Teles (2001), que verificaram entre os pesquisados o entendimento de que esse nível de atenção é voltado para os pobres, comunidades do interior e os dependentes do SUS e a saúde coletiva historicamente tem sido

identificada como sendo um campo de estudos voltado para os ignorantes e pobres. Ficou também demonstrado que a equipe não se considerava um coletivo organizado, incapaz de produzir ações de saúde adequadas para o nível de atenção e foi apontada a necessidade de novas relações entre os membros da equipe, da (re) construção do objeto de conhecimento/intervenção e a necessidade de uso de novas estratégias e tecnologias de intervenção.

Pesquisadores acrescentam ainda que algumas características quanto ao perfil desejável para o profissional de que busca trabalhar na APS seriam enxergar o paciente em sua integralidade e não de forma fragmentada, saber integrar-se com os outros profissionais envolvidos na equipe de APS, apresentar sensibilidade para as questões sociais, estabelecer vínculos e criar laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade, humanizando as práticas de saúde e ter uma visão ampliada do processo saúde/doença. A formação de profissionais que tenham um perfil como o apresentado permanece um desafio a ser superado nas IES (SCHRAIBER, 1999; RIBEIRO, 2004; TAVARES, et al, 2001).

A Organização Panamericana de Saúde também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais da saúde. Esses devem ser adequadamente qualificados e capacitados para atuarem na APS. Considerando o modelo adotado pelas IES, centrado no paradigma biomédico, tem-se que, não raro, ao ser contratado para atuação na APS o profissional tenha sua prática reduzida ao consultório, reproduzindo ações liberais e negligenciando determinantes mais amplos de saúde-doença (OPAS, 2001).

Ainda no campo das organizações, preocupada com a importância e necessidade de contar com mão-de-obra qualificada para atuação na APS, através do PSF e conseqüentemente no SUS, a Constituição Nacional de 1988 (BRASIL, 1988) definiu que caberia a esse órgão (SUS) ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Ceccim et al. (2002) esclarecem que, desde então, o tema vem sendo abordado e discutido nas diversas Conferências Nacionais de Saúde, com publicação de Normas Operacionais voltadas para o tema, com pouco avanço na construção de sistemas de

avaliação do ensino oferecido para detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, dos usuários e dos sistemas de saúde. Alguns anos mais tarde novas ações do governo federal com o mesmo objetivo de possibilitar uma formação adequada às necessidades do SUS se fizeram presentes com o lançamento de políticas como as DCN¹⁴ para os Cursos da área da saúde; no caso da odontologia, lançado em 2002 (BRASIL, 2002) e o Pró-Saúde (BRASIL, 2005).

As DCN valorizam o profissional generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social; apostam na formação de recursos humanos preparados para a atenção integral e humanizada, trabalho em equipe e compreensão da realidade. Buscam uma maior proximidade entre as entidades formadoras e o SUS, objetivando um compromisso com a ética e a cidadania (MORITA e KRIGER, 2004).

O Pró-Saúde tem por objetivos incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade. Para tal busca reorientar a formação na odontologia de modo que responda às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS, bem como incorporar no processo de formação uma abordagem integral do processo saúde doença e da promoção da saúde. Acredita em uma estratégia de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração do ensino às demandas da sociedade, às políticas sociais e ao SUS (BRASIL, 2005; MOYSÉS, 2003).

A formação de recursos humanos adequados envolve reflexões que devem ir além dos recursos estruturais disponíveis em dada instituição (sem dúvida necessários para possibilitar uma formação adequada). É necessário olhar para o modo como se dão os processos de ensino e aprendizagem e as variáveis que implicam na sua composição, tais como as maneiras como os docentes se vinculam às práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos, seus modos de agir na produção dos serviços, entre outros. Essas observações são aplicáveis em todas as escolas da área da saúde (MERHY, 2002).

¹⁴ Anexo 2

A busca deve ser pela formação de um profissional que possua uma “caixa de ferramentas” capaz de atuar em todas as formas de tecnologias – desde a dura, passando pela leve-dura até a leve – cujo compromisso final seja a produção do cuidado dos indivíduos que apresentem necessidades de saúde (MERHY, 2002).

No entanto, Merhy (2002) segue afirmando que as características predominantes do modelo de formação de recursos humanos na área da saúde seguem um modelo de atenção centrado nos procedimentos médicos, caracterizado por produzir um “cuidado” em saúde a partir de várias ações individuais, portanto fragmentado, muitas vezes baseado em interesses de capital na saúde, não centrado no indivíduo que busca o serviço de saúde. Afirma ainda que mesmo nós, que somos trabalhadores da saúde, quando nos submetemos aos serviços de saúde

sabemos que, quando somos “objeto” daquele percurso produtivo, há sempre algo que falta nas relações entre usuários e os trabalhadores, pois como usuários temos a nítida vivência de que a produção de procedimentos vale mais que nós mesmos.

Instituições de Ensino Superior que possuem tal perfil de formação profissional não podem almejar a formação de um profissional cuidador e responsável, que lute pelo direito do paciente e que aborde o mundo de forma mais humanizada. Ao contrário, forma profissionais “alienados”, preocupados em suas competências específicas sem colocar essas competências a serviço de um projeto maior, cuidador e integral, incapazes de fazerem uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que seja centrada no indivíduo (MERHY, 2002).

As sociedades apresentam dificuldades em promover e proteger a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Vivemos uma época de transição epidemiológica, convivemos com o desafio da equidade e a necessidade de contenção de custos. Há a necessidade de reorientação da atenção, ampliar a promoção, buscar a utilização mais racional de tecnologia e dos diferentes equipamentos em saúde. Esses argumentos são consistentes com os princípios que regem a APS. Por essas razões passa a ser indispensável redefinir a relação entre os profissionais da saúde e a

população e o caminho que pode tornar tal fato possível passa pela graduação desses profissionais dentro de um novo paradigma, adequado ao trabalho na APS (FEUERWERKER, 2004).

Os médicos de APS, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da saúde e da doença (STARFIELD, 2004). Gil (2005) aponta que, embora a afirmação de Starfield (2004) esteja voltada para o profissional da medicina, é aplicável a todo profissional de saúde que atua na APS, que deveria estar apto a reconhecer e agir sobre os determinantes mais amplos do processo saúde-doença. No entanto, devido à sua formação acadêmica marcadamente biomédica, voltada para a resolução dos problemas de forma curativa e pontual, fica impedido de ter essa visão ampliada.

A escassez de profissionais capacitados e/ou com perfil adequado talvez seja um dos grandes entraves à ruptura do modelo hegemônico, fortemente cristalizado nos serviços de saúde, que impede a construção de um novo modelo assistencial. Para mudar o modelo curativo, baseado na figura do médico, são necessárias ações que saibam interferir nos microprocessos de trabalho em saúde, bem como nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais. Para tal, existe a necessidade de mão de obra qualificada, processo que deve se dar em toda vida profissional dos envolvidos na APS e deve ter início na sua graduação (SCHERER, et al, 2005).

O perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva de uma atenção integral, com preocupações voltadas para a promoção da saúde, proteção, prevenção, atenção precoce ao lado das ações curativas e conseqüentemente não é capaz de romper o paradigma vigente e que precisa ser enfrentado. Esses dois processos - atenção à saúde e formação de recursos

humanos - são difíceis de serem discutidos separadamente, sendo imprescindível a discussão da formação de recursos humanos para o SUS (GIL, 2005).

A produção do cuidado em saúde é constituída por práticas pedagógicas e não somente de ações tecnológicas típicas. Existe uma relação que se dá de forma dialética: educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Os efeitos dessa relação se materializam tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo) (MERHY, 2005).

Esse processo educacional, baseado no próprio trabalho em saúde, tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, a partir da capacidade de problematizar a si mesmo no seu agir. Passa ainda pela capacidade de colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo. A necessidade de desenvolvimento de tal processo educacional significa um desafio de pensar uma nova pedagogia, que usufrua de todas as outras que tem buscado a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos com a construção da vida. À essa nova pedagogia, que busca a implicação dos trabalhadores da saúde com esse movimento reflexivo, capaz de produzir o cuidado e conseqüentemente possibilitar a mudança do modelo, é dado o nome de pedagogia da implicação. Construir esse modelo deve ser uma “perseguição implacável” para aqueles que desejam efetivar as mudanças necessárias no modo de produção da saúde (MERHY, 2005).

É crescente o consenso de que a formação dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Uma qualificação do profissional da APS deve ter por objetivo promover a autonomia intelectual do trabalhador, seu domínio do conhecimento técnico-científico e capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade, trabalho em equipe, interação com usuários, consciência da qualidade

e das implicações éticas e maior humanização das atividades de APS no SUS (COTTA, et al, 2006).

A odontologia, por meio de suas ações específicas, necessita se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Para isso é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade. Portanto, cabe também à odontologia a adoção de uma postura renovada, que saiba romper com um passado marcadamente iatrogênico de intervenção sobre aqueles que dela dependiam (MENDONÇA, 2001).

A atuação do CD junto à equipes de APS deve ser de tal forma que seja revalorizado o perfil desse profissional na comunidade, inserido em programas tanto individuais como coletivos em consonância com um movimento social mais amplo e cujas principais consequências refletem-se no mundo do trabalho e da educação (GONTIJO, 2007).

As ações de saúde bucal passaram a fazer parte das atividades do PSF a partir de 2001, em um claro esforço para responder ao princípio da integralidade. Pesquisadores, como Tavares et. al (2001), acrescentam que para que o CD assuma seu compromisso como profissional de saúde e contribua efetivamente para a melhoria das condições de vida da comunidade, sua formação profissional deverá resgatar o caráter coletivo da prática odontológica, com conseqüente capacitação para o PSF.

No entanto, Aerts et. Al (2004) apontaram em seu trabalho algumas dificuldades relacionadas à inserção dos CD no SUS, podendo ser citadas a limitação do conceito saúde/doença pela não incorporação da dimensão social; a baixa efetividade das práticas de saúde bucal determinada pela ausência de participação popular na organização e avaliação dos serviços; a baixa incorporação das diretrizes do SUS, em especial a integralidade e universalidade; prática de atenção fortemente pautada pelo modelo clínico e baixa participação em equipes multiprofissionais.

A formação acadêmica em odontologia já mereceu estudos por parte de pesquisadores diversos sendo que para os objetivos desse trabalho valem ser citados os resultados obtidos por Freitas et al. (2005) quando esses autores demonstraram uma inadequação da maior parte dos formandos em odontologia pesquisados para a prática da profissão pautada por valores éticos e de responsabilidade social. Moysés(2004) afirma que os (des) caminhos médico-odontológicos, desde o Relatório Gies, foram diversos, podendo ser citados a fragmentação dos sujeitos, com grande ênfase no processo curativo-reparador, gerando uma prática de alto custo, baixa cobertura e pouco impacto epidemiológico e desigualdades no acesso. Tais características não foram capazes de formar profissionais capazes de solucionar os graves problemas sanitários que a população enfrenta.

As inadequações anteriormente citadas não se dão ao acaso. As IES, em sua maioria, continuam privilegiando a formação de um profissional voltado para a prática liberal tradicional e para o atendimento das elites econômicas. Os serviços prestados pelas IES não guardam relação com políticas de saúde, regionais ou municipais, impedindo o acompanhamento longitudinal, vínculo e responsabilização sobre os resultados da saúde (MOYSÉS, 2005).

A educação odontológica deve estar voltada para a realidade o país, possibilitando melhor funcionamento do sistema e estando adaptada às necessidades da sociedade (BATISTA, 2005).

No entanto, a odontologia de mercado não perdeu sua hegemonia, mesmo após o advento do SUS, uma vez que manteve a concepção de prática no indivíduo doente, de base biológica e individual, transformando os cuidados em saúde (mercadoria) em produção capitalista, com conseqüentes deformações mercantilistas e éticas. Deste modo, boa parte dos órgãos formadores de recursos humanos reproduzem acriticamente esse modelo de prática no setor, resultando em dentistas desvirtuados de sua realidade e não conhecedores de seu papel social (NARVAI, 2006).

A formação odontológica é fortemente tecnicista, com currículos baseados na educação e adestramento das mãos, com conseqüente paralisia intelectual. Em oficinas de DCN parte considerável dos docentes presentes costuma acreditar que formar dentistas com capacidade crítica é “perda de tempo” ou ainda, seria a formação de dentistas para indivíduos de segunda categoria, pobres ou para o SUS, o que representa grande falta de ética. Uma adequada formação acadêmica em odontologia, entendida como capacitação de recursos humanos para as necessidades sociais da população, é necessária não somente do ponto de vista da ética envolvida no cuidado dessas comunidades mas também para a inserção do profissional no mercado de trabalho público (PEREIRA, 2008).

A saúde bucal produz tecnologia e desenvolve procedimentos clínicos complexos e onerosos, inacessíveis à maioria da população e, por outro, convive com problemas de saúde bucal, como a cárie e a doença periodontal, principalmente nos extratos populacionais que não possuem acesso à esses procedimentos. Refletir sobre esses problemas significa refletir sobre a formação do CD, pois mesmo as universidades, incluindo as públicas, têm formado esse profissional para atuar numa lógica liberalizante, com valorização excessiva da cura individual, muitas vezes, desconsiderando as ações públicas e coletivas em saúde (SANTOS, et al, 2008).

Narvai e Frazão (2008) acrescentam que o relatório final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal identificou quatro grandes eixos de trabalhos, sendo que a formação em recursos humanos na área representava um dos citados eixos. Nesse momento houve entendimento por parte dos representantes que a formação em recursos humanos na área não está cumprindo seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e o controle social. Afirmam ainda que

a formação dos trabalhadores na área da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais de saúde bucal e é conduzida sem debate com organismos de gestão e de participação social do SUS (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Para os autores, tanto as instituições formadoras quanto as instituições empregadoras devem orientar esforços no sentido do efetivo desenvolvimento do SUS, movimento esse imprescindível para a alteração em abrangência e profundidade do perfil epidemiológico de saúde bucal. Isso implica profundas mudanças no sistema brasileiro de formação de recursos humanos na área, tomando por base as DCN.

Como contraponto às dificuldades apresentadas anteriormente, Araújo (2006) aponta que a relação existente entre saúde e educação diz respeito à adequação dos profissionais às necessidades sociais da população e essa relação só será obtida pela interação entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços de saúde do SUS e as comunidades, constituindo importante estratégia para promover mudanças necessárias na formação acadêmica e conseqüente adequação dos profissionais para o serviço. Acrescenta a interdisciplinaridade como alternativa à fragmentação do conhecimento, opinião semelhante à apresentada por Ferreira et al. (2005) e por Mitre, et al (2008), que apontam, além da condição acima citada por Araújo(2006), a intersetorialidade e a necessidade de formar profissionais com responsabilidade social.

Cabe aqui ser ressaltado que preocupações relacionadas à formação acadêmica do CD com vistas a uma atuação adequada na APS não são exclusivas de países que se encontram em um estágio de baixo ou médio desenvolvimento econômico e social. Em estudo realizado na Inglaterra, Waterhouse, et al (2007), assim como Elkind, et al (2007), esclarecem que o futuro da educação odontológica em seu país deve ser focado em conteúdos de graduação relacionados à APS. O General Dental Council (GDC, 2002), órgão inglês que orienta as decisões relativas à formação de recursos humanos na área odontológica define que o ensino de odontologia deve se basear na mudança de um ambiente clínico convencional para outro que reflita a APS. Ainda de acordo com Waterhouse, et al (2007) e Elkind, et al (2007), do ponto de vista europeu, melhorar a saúde bucal de indivíduos, família e grupos na comunidade é uma competência considerada essencial para os dentistas europeus e esse aprendizado pode se dar a partir do ensino da APS em sua graduação. A operacionalização da APS seria responsável pela redução de iniquidades e o aprendizado da APS durante a graduação do CD se daria a partir de conteúdos, entre outros, que:

- refletissem sobre o papel do CD no contexto da APS;
- problematizassem o impacto das condições de vida sobre a saúde bucal dos indivíduos;
- possibilitasse o uso de uma abordagem holística sobre o paciente;
- incentivassem o trabalho em equipe multiprofissional;
- permitissem uma comunicação adequada com o paciente, verbal e não-verbal.

Em outra publicação, cujo conteúdo reflete a preocupação com o acesso da população, valorizando as atividades da odontologia em sua interface com a APS, Atchison, et al, (2002) definem a importância da odontologia se apresentar de forma igualitária para todos em seu país, no caso os Estados Unidos. A possibilidade de tal intento tornar-se realidade passaria pela adequada formação do CD em APS, com conseqüente diminuição da importância dada aos especialistas. A grande diferença que separa este estudo em relação ao citado anteriormente é que nesse os autores acreditam que o ensino das habilidades necessárias para a APS se daria na pós-graduação.

Mas, frente à questão da necessidade de adequada formação de recursos humanos para a atuação junto à APS, como pode se dar o aprendizado das dimensões que devem ser valorizadas junto aos recursos humanos que queiram atuar na APS?

O paradigma biomédico foi responsável pela valorização de aspectos que privilegiam o biológico na determinação do processo saúde doença e também na própria abordagem dos indivíduos, que sobre esse paradigma são reduzidos a seres passivos e descontextualizados, reduzidos à sua enfermidade.

Esse mesmo paradigma teve reflexos na formação de recursos humanos na saúde. Os estudos se dão a partir de disciplinas que se baseiam na doença e privilegiam a técnica dura, dispostas em especialização crescente, dividindo o corpo em unidades estanques que deveriam ser estudadas separadamente e em profundidade. Isto fez com que cada vez mais a noção do ser integral fosse perdida, sintetizando a cisão entre corpo e mente, a razão do sentimento, a ciência da ética. Enfim um conhecimento altamente

fragmentado e reducionista, que busca essencialmente a eficiência técnica, passou a fazer parte dos currículos acadêmicos na saúde.

Nesse contexto pouco espaço e prestígio passaram a ter as disciplinas que se preocupavam fundamentalmente nos aspectos ético-morais, políticos, econômicos, sociais, fatores esses que se não são totalmente relacionados com as ciências da saúde são absolutamente constitutivos delas (OBANDO e AMADO, 2007).

A necessidade de se formar profissionais com perfil ampliado para enfrentar os desafios cada vez maiores que o setor saúde enfrenta tem suscitado junto às IES movimentos necessários no sentido de possibilitar aos seus recursos humanos tal formação adequada.

Sendo assim, o ensino de dimensões desejáveis em um profissional de saúde, com vistas à atuação na APS tem sido buscado por IES, objetivando a formação de um profissional ético e sensível à realidade social, entendedor da importância das repercussões políticas e econômicas na determinação do estado de saúde/doença dos indivíduos, capaz de aprender sempre, sendo crítico e reflexivo em relação aos seus atos.

Dessa maneira vale ser citado o trabalho realizado por Rupaya (2008), que afirma que é relevante incluir o aprendizado de dimensões como as escolhidas no currículo acadêmico, sendo que essa formação não deve se limitar a um processo abstrato de transmissão de informações, no qual o estudante é um ser passivo na recepção da mensagem; este deve assumir uma postura ativa no processo ensino-aprendizagem para a construção de seus próprios valores. Para tal, conclui a autora, é fundamental o enfoque motivador e orientador do docente e do entorno acadêmico.

A educação de recursos humanos na saúde deve ser capaz de desencadear uma visão do todo no acadêmico. Existe atualmente crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico.

Possibilidades metodológicas inovadoras no ensino de recursos humanos na saúde seriam o ensino por problematização e a aprendizagem baseada em problemas (PBL).

O ensino por problematização baseia-se na perspectiva do aumento da capacidade do discente em se tornar um agente de transformação social, durante o processo de detecção de problemas reais e de busca por soluções originais. Marcada pela dimensão política da educação e da sociedade, o ensino pela problematização procura mobilizar o potencial social, político e ético do estudante, para que este atue como cidadão e profissional em formação (MITRE, et al, 2008).

A PBL surgiu da necessidade de romper com a postura de mera transmissão de informações, na qual os estudantes assumem o papel de receptáculos passivos (portanto apresentando forte influência da teoria de Paulo Freire) preocupados apenas em memorizar conteúdos e recuperá-los quando solicitado — habitualmente, por ocasião de uma prova. Esse é um dos principais pontos de partida que explicam a ascensão da PBL no ensino médico atual. De fato, uma das marcas da PBL é o processo educativo centrado no estudante, permitindo que este seja capaz de se tornar maduro, adquirindo graus crescentes de autonomia (MITRE, et al, 2008).

A PBL é uma metodologia inovadora que pode ser pensada no sentido de se possibilitar o ensino/aprendizagem de valores tais como a ética. Esta técnica favorece o desenvolvimento de habilidades e atitudes com relação a temas éticos, estimula o trabalho em equipe e a capacidade de escutar outras opiniões. Além disso, proporciona raciocínio ético e consequente tomada de decisões pelos alunos. Os casos de PBL são derivados de situações que ocorrem no exercício diário da profissão odontológica. A técnica estimula o aluno a reconhecer problemas, trabalhar com suas dúvidas e incertezas frente a certas situações, argumentar e fundamentar suas idéias e trocar opiniões que ajudem a clarificar seu próprio ponto de vista (SANCHEZ e GONZALEZ, 2008).

Empreender mudanças no processo ensino-aprendizagem e na formação profissional de saúde significa transformar a relação entre docente e discente, as diversas áreas e

as disciplinas, enfim, entre a universidade e a comunidade. O discente deve ser reconhecido como um indivíduo capaz de construir, modificar e integrar idéias se tiver a oportunidade de interagir com outros atores, com objetos e situações que exijam o seu envolvimento. É inegável, também, a importância da intervenção e da mediação do docente, assim como a troca com os pares na confrontação de modelos e expectativas (MITRE, et al, 2008).

A ênfase excessiva na tecnificação do “cuidado” faz com que muitas vezes os alunos se tornem frios e insensíveis frente às diversas situações profissionais que vivenciarão em sua carreira profissional. Nesse sentido, mecanismos diversos tem sido propostos para possibilitar o desenvolvimento de sensibilidade social entre os acadêmicos. Entre eles podem ser citados o envolvimento do aluno de odontologia junto a projetos comunitários (RICCI, et al, 1984) ou trabalhos extra-muros em conjunto com estudos dos processos saúde-doença junto à comunidade (DOCKHORN e HAHN, 1992). Presume-se que o ensino de odontologia, ao incorporar o dado realidade, contribui para a formação de profissionais dentro da perspectiva que exige a APS (MEDEIROS, 1997). Alguns autores acrescentam que apesar de ainda prevalecer em muitos cursos a idéia de que a universidade deve se preocupar em formar um profissional apenas tecnicamente competente, os aspectos educacionais de caráter humanista devem se fazer presente no ensino superior, para a formação do indivíduo como um todo (COSTA, et al, 2002).

Werneck (2008) explica o trabalho desenvolvido pela FO-UFMG através do Estágio Supervisionado/Internato em Saúde Coletiva, disciplina que ocorre no 9º período do curso e que se caracteriza pela inserção dos alunos em localidades assistidas por ESF. O início das atividades dessa disciplina esteve ligado à convicção dos potenciais da mesma em proporcionar aos alunos uma formação mais humana e politizada. Os alunos residem e trabalham temporariamente em tais comunidades, passam a conhecer a realidade social, compreendem as possibilidades e limites do serviço de APS lá instalado e se aproximam de diferentes instituições envolvidas nas ações de saúde coletiva. Além de a metodologia apoiar-se na existência de um cenário de

prática que difere do ambiente acadêmico¹⁵, leva em consideração o que Arroyo (2003) afirma quanto à riqueza contida nas possibilidades do aprendizado no mundo do trabalho, gerando a necessidade e possibilidade de produção de novos conhecimentos e novas ações. Foi partindo dessa premissa que o Internato em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) acredita no potencial pedagógico do trabalho enquanto instrumento capaz de contribuir para que docentes e alunos se sintam sujeitos na produção de novos saberes e fazeres na saúde.

Correa (2008), por sua vez, enumera alguns princípios importantes relacionados ao ensino da ética: a necessidade de desmistificar a crença na onipotência do cientificismo, entendido como capaz de “resolver tudo”; o esclarecimento que o poder econômico não deve se sobrepor ao cuidado dos cidadãos; ratificar a importância das disciplinas que tratam de bioética, que devem ser encaradas em uma situação de igualdade em relação às ciências “duras”.

Mas, podem essas estratégias, além de sensibilizar os acadêmicos em temas éticos, influir em seu comportamento? Sanchez e Gonzalez (2008) compilaram uma extensa quantidade de investigações de natureza psicológica que contradizem a crença de que os adultos mantêm uma firma e inalterada escala de valores que regem sua conduta. Corroborando os achados anteriores, Bebeau (2008) afirma que mudanças importantes podem ser produzidas em jovens de acordo com o tipo de técnica utilizada para enfrentar temas éticos. Estudos mostram que o desenvolvimento ético ocorre após a adolescência.

- Essas transformações se relacionam com os novos conceitos de como cada pessoa entende a sociedade e o mundo e sua função nesse contexto, interpretando e definindo problemas morais com relação à etapa de desenvolvimento em que se encontra, dando como resultado intuições diferentes sobre o que é correto e justo.

¹⁵ Cada vez mais diferentes cenários de prática tem sido preferidos em relação à cenários tradicionais, uma vez que tem a capacidade de suscitar nos alunos dúvidas e reflexões advindas de uma série de situações relacionadas às condições gerais de existência dos indivíduos, bem como ao contato com o novo e o desconhecido.

- A vocação universitária está associada com o desenvolvimento do juízo moral, que tende a estagnar quando a pessoa deixa a educação. As pessoas que tem mais desenvolvido o juízo moral tendem a ser mais reflexivas e interessadas em continuar seu próprio crescimento e educação, tendo também maior disposição para aprender mais sobre temas sociais e participar dos mesmos.
- Tentativas de desenvolver a consciência por problemas morais, assim como seu raciocínio e juízo através da educação são efetivos, especialmente em estudantes de 20 a 30 anos. Cursos teóricos curtos não parecem ser efetivos.
- Não há diferença significativa entre os gêneros com relação à sensibilidade ética e juízo moral, dependendo basicamente do nível de educação.
- Existem estudos que relacionam percepção e juízo moral com o comportamento do profissional na vida real; muito embora não existam garantias de que estratégias que buscam desenvolver ética e sensibilidade social possam assegurar um comportamento de fato ético, estudos mostram que o juízo moral se relaciona significativamente com uma ampla variedade de comportamentos e atitudes.

As propostas que foram aqui apontadas não tem a capacidade de esgotar o tema da qualificação ou preparo profissional em APS e esse trabalho não tem a pretensão de afirmar que tais propostas são suficientes para a mudança na formação dos profissionais. São ferramentas disponíveis que podem possibilitar uma formação mais adequada em direção aos desafios que o sistema de saúde, conseqüentemente a APS, apresenta.

Não se pode esquecer que profissionais, sejam eles da saúde ou de quaisquer outras áreas do conhecimento humano são produto não somente da formação acadêmica que receberam, mas também de suas relações familiares, sua cultura, suas crenças, seu meio sócio econômico.

Busca-se apenas uma contribuição junto à questão da adequação de recursos humanos para a APS, reconhecidamente importante para a conformação de novas práticas e mudanças do modelo assistencial.

Sendo assim é importante citar o trabalho de Fernandes, et al (2007), que aponta que não se devem indicar caminhos a serem percorridos pelas instituições/escolas/cursos para alcançarem as transformações necessárias. Constituir uma proposta que tudo viria a resolver seria inadequado, pois, nesse caso, estaria se desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multirreferencialidade desse agir. O que se busca é a superação das abordagens tradicionais e a necessidade de mudar paradigmas, fazer rupturas com práticas e crenças que impedem mudanças e enfrentar desafios que se apresentam frente às novas exigências em relação ao perfil dos profissionais, às novas modalidades de organização do mundo do trabalho, aos desafios da transdisciplinaridade na produção do conhecimento e à necessidade da universidade resgatar seu papel social e cultural.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Verificar a compreensão de alunos de odontologia com relação à atenção primária e sua relação com a prática profissional.

Objetivos específicos:

- 1- Verificar a compreensão e atitudes relatadas, relacionadas à humanização do atendimento, em Atenção Primária na Saúde
- 2- Verificar a compreensão e atitudes relatadas, relacionadas à visão ampliada do processo saúde-doença, em Atenção Primária na Saúde
- 3- Verificar a compreensão e atitudes relatadas, relacionadas às tecnologias necessárias, para o trabalho na Atenção Primária na Saúde
- 4- Verificar a possibilidade de formação de valores fundamentais para a prática humanizada na Atenção Primária na Saúde

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, realizado junto à acadêmicos de odontologia da FO-UFMG, no ano de 2008, em duas etapas, sendo a primeira etapa baseada em metodologia quantitativa e a segunda etapa em metodologia qualitativa.

Para Minayo (1999) a dicotomia criada entre as metodologias quantitativa e qualitativa é injustificável. Para a autora trata-se de instrumentos complementares entre si uma vez que se corre o risco de se contemplar, por um lado, apenas números, deixando-se de contemplar relevâncias e dados que não podem ser capturados a partir de estatísticas elaboradas; por outro lado, às vezes se contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada.

O instrumento de coleta de dados escolhido para a primeira etapa foi o questionário estruturado¹⁶. Tal questionário foi elaborado a partir das 3 dimensões escolhidas na revisão da literatura e continha 8 perguntas. Desse total, as 7 perguntas iniciais contemplavam conceitos ou concepções das dimensões desejáveis para atuação na APS, refletindo diferentes visões, com quatro alternativas de respostas. A última pergunta do questionário objetivava conhecer as possibilidades de aprendizado de alguns valores universais: “ética”, “solidariedade”, “estabelecimento de vínculo” e “responsabilidade no cuidar” na APS. Os acadêmicos deveriam enumerar em ordem crescente de importância na formação as instituições (escola de segundo grau, amigos, família, faculdade de odontologia e religião) que mais contribuíram na aquisição destes valores.

Buscou-se avaliar a formação de valores fundamentais para a prática humanizada na Atenção Primária na Saúde junto aos alunos em relação às dimensões essenciais à APS que foram escolhidas. As dimensões são: a visão ampliada do processo saúde-doença contemplando a pessoa e não somente a enfermidade; a tecnologia necessária para o trabalho na APS, entendida como um nível de atenção à saúde que utiliza tecnologias

¹⁶ Apêndice 2

de elevada complexidade e baixa densidade; a humanização no atendimento, entendida como vínculo e responsabilização, ética e solidariedade.

O questionário foi aplicado entre os alunos do 8º e 9º períodos. O 8º período contava, nessa ocasião, com 43 alunos, sendo que todos participaram do estudo. O 9º período contava com 63 alunos, sendo que também nesse período houve participação do universo dos alunos. A coleta de dados junto aos alunos do 9º. período se deu após as atividades do Internato Rural terem sido concluídas. Esse é um aspecto importante a ser ressaltado uma vez que as atividades do internato rural se dão em pequenas comunidades nas quais os alunos têm vivência direta com situações de APS, atuando em conjunto com ESF.

Previamente à realização da pesquisa propriamente dita foi realizado teste piloto, com 6 alunos do 7º. período da mesma instituição. Nesse momento foi verificada a necessidade de alterações no questionário inicialmente formulado. Feitas as mudanças apontadas nesse primeiro piloto, foi realizado segundo teste piloto, novamente com 6 alunos do 7º. período também da mesma instituição e o resultado desse segundo piloto mostrou que o questionário agora se encontrava adequado para a pesquisa.

O preenchimento foi realizado sem nenhum tipo de esclarecimento por parte do pesquisador e para cada pergunta deveria ser marcada uma opção de resposta. Foram entregues aos sujeitos da pesquisa e recolhidos assim que eram preenchidos, em momento de aula teórica.

Para a análise dos dados obtidos as opções de cada dimensão foram graduadas, com pesos de 1 a 3 (todas as dimensões apresentavam três opções), e cada aluno teve uma pontuação final (de 0 a 9 pontos). A pontuação total do 8º período poderia variar de 0 a 129 pontos e a do 9º, de 0 a 189 pontos. A análise estatística foi realizada no programa BioEstat versão 4.0, utilizando-se frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão e moda. Para a relação das respostas entre os dois períodos do curso (8º e 9º), utilizou-se o teste Mann Whitney (nível de confiança de 0,95).

Tal estudo quantitativo objetivou também elaborar um roteiro¹⁷ que possibilitasse a execução da segunda etapa, qualitativa.

Segundo Minayo (1999) o resultado mais aberrante do conhecimento produzido a partir dos dados mensuráveis desgarrados do contexto tem sido um tecnicismo carregado de especialização, que reflete a pobreza da reflexão social contemporânea:

a restrição se dá na pretensão de uma certa prática dominante de substituir as questões teóricas, ditas ideológicas, pela mensuração levada ao mais alto grau de sofisticação, como se nela estivesse contida a verdade (MINAYO, 1999).

Quando o objeto de estudo se preocupa com significados, motivos e valores correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, não podendo ser quantificados deve-se lançar mão da pesquisa qualitativa. Este método é usado para compreender os significados das ações e as relações humanas que não são detectáveis em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1999).

Para Minayo (1999), o roteiro é um instrumento facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação que permite aos participantes que suas visões, seus juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto de pesquisa sejam devidamente expressos e contemplados. O roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados.

Uma vez constituído o roteiro, como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Minayo (1999) explica que quando se trata de apreender sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo ou ainda quando se deseja compreender relações, o questionário é insuficiente. A entrevista semi-estruturada permite a apreensão das dimensões subjetivas dos sujeitos participantes, não limitando as respostas a uma padronização de alternativas

¹⁷ Apêndice 4

formuladas previamente em questionários. Para Triviños (1990) a entrevista semi-estruturada oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação.

Foi feita uma primeira entrevista como piloto, com uma aluna do 9º. período que já havia retornado do Estágio Supervisionado. O resultado desse piloto demonstrou que o roteiro não se encontrava adequado para os objetivos da pesquisa. Decidiu-se então pela elaboração de um novo roteiro e este foi testado em dois alunos do 9º. período, que também já haviam voltado de suas atividades do Estágio Supervisionado. Dessa vez o resultado apontou que o roteiro estava adequado para a pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em áudio, sob consentimento informado dos entrevistados. Foram realizadas oito entrevistas para obtenção de conteúdo considerado ideal pelo pesquisador, todas com alunos do 9º. período e escolhidos aleatoriamente, a partir de sorteio, entre todos os que se mostraram interessados em participar da pesquisa. A amostragem seguiu critérios próprios deste tipo de pesquisa, considerando suficiente o número de entrevistas no momento em que haviam certa repetição de conteúdos como também elementos suficientes para se proceder uma análise. Na pesquisa qualitativa a preocupação maior é com o aprofundamento e a abrangência das questões envolvidas e esses aspectos não estão limitados a um número fechado de entrevistados.

As entrevistas foram voltadas para a compreensão das concepções de alunos de odontologia com relação à atenção primária e sua relação com a prática profissional. Em um primeiro momento eles foram solicitados a expressar livremente suas concepções sobre a APS, quando foi possível obter o seu discurso teórico sobre a APS. Posteriormente foram feitas algumas perguntas problematizadoras, que refletem situações difíceis de existência dos indivíduos. Foi pedido aos entrevistados que explicassem como tais situações poderiam se refletir no tratamento odontológico do mesmo paciente que os tivesse marcado. As perguntas problematizadoras eram relacionadas ao uso de álcool e drogas na família, inexistência de água tratada e esgoto encanado, relato de tratamento anterior negativo com outro profissional devido à falta

de atendimento pautado por acolhimento e relato de que aquela consulta odontológica seria a primeira de sua vida, com o paciente apresentado muitas necessidades de tratamento. Essa segunda etapa da entrevista objetivava estimular a reflexão sobre a determinação social da doença e sua relação com a prática da APS, momento no qual foi obtida a atitude relatada dos alunos em relação à APS.

À medida que as entrevistas eram realizadas as falas eram transcritas pelo próprio pesquisador. Posteriormente os dados foram classificados, a partir de leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando apreender os temas e categorias centrais relatados. A seleção dos temas/categorias foi realizada por três pesquisadores simultânea e independentemente, com o intuito de permitir diferentes enfoques e abordagens contidas nos dados, objetivando uma análise mais cuidadosa do material.

Ao final das análises realizadas nas etapas quantitativa e qualitativa foi possível a elaboração de dois artigos científicos. O primeiro foi submetido à avaliação do periódico *Acta Bioethica*¹⁸ e o segundo foi submetido à revista *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*¹⁹.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) sob o número 248/08²⁰, obedecendo às exigências da legislação brasileira, conforme a resolução CNS nº 196/96.

¹⁸ Normas de publicação: Anexo 3

¹⁹ Normas de publicação: Anexo 4

²⁰ Anexo 1

5 REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.131-138, 2004.

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do Terceiro Milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*, Belo Horizonte, n.1, ano1, jan/jun 2002.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local. Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS). Ministério da Saúde, Brasil, 2006.

ARAÚJO, M. E.. Palavras e silêncios na educação odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.179-182, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Fiocruz. Editora Hucitec. Rio de Janeiro – São Paulo, 2006. 871p.

ARROYO, M. Produção de saber em situação de trabalho: o trabalho docente. *Trabalho e educação*, v.2, n.1, p.51-61, 2003.

ATCHISON, K. ; MITO, R.; LEFEVER, K.; McCAULEY, K. Introduction to section: dentistry and primary care – an evaluation of postgraduate general dentistry training. *Journal of Dental Education*. v.66, n.6, p.728-729, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.10, n.3, p.549-560, 2005.

BARROS, E.; CARVALHO, R. Desafios contemporâneos e promoção da saúde: trabalhadores da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS ressignificando a promoção da saúde*. Organização Panamericana de Saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.222p.

BATISTA, R. M. Educação em saúde para os profissionais da odontologia e para a população: um caminho para a participação e melhora da saúde. Disponível em www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=5978&idesp=12&ler=s. Acessado em 12 de novembro de 2008.

BEBEAU, M. Can Ethics be Taught? A look at the evidence. Disponível em: <https://www.dentaethics.org/index.shtml>. Acessado em 01/02/2009

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. Coleção história em movimento. Editora Ática. 4ª. ed.; 2ª impressão. 2001.

BHAYAT, A.; CLEATON-JONES, P. Dental clinic attendance in Soweto, South Africa, before and after the introduction of free primary dental health services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v.31, n.2, p.105-110, 2003.

BOING, A. F.; KOVALESKI, D. F.; ANTUNES, J. L. F. Medidas de Condições Socioeconômicas em Estudos Epidemiológicos de Saúde Bucal. In: JÚNIOR, O. C. (coord.), ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. P.. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006. 441p.

BOTAZZO, C. *Unidade Básica de Saúde*. A porta do sistema revisitada. Bauru, SP. Edusc, 1999. 237p.

BOTAZZO, C. Sobre a atenção básica. Os cuidados primários no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008a, 292p.

BOTAZZO, C. A subjetividade no trabalho com as famílias . In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. *Saúde Bucal das Famílias*. Trabalhando com evidências. Artes Médicas. 2008b. 308p.

BOTAZZO, C. A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008c, 292p.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988, 292p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais nos Cursos de Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 04 mar 2002, seção 1, p. 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Acessado em 04.11.2005. Disponível na Internet.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de atenção básica nº. 17 Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BUENO, WS; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> (acessado em 20 de novembro de 2008).

BUSATO, I. M. S.; FRANÇA, B. H. S. A Estratégia Saúde da Família e a Bioética. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. *Saúde Bucal das Famílias*. Trabalhando com evidências. Artes Médicas. 2008. 308p.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMARGO Jr, K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S58-S68, 2008.

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

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo, Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S17-S19, 2008.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.;

AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Fiocruz. Editora Hucitec. Rio de Janeiro – São Paulo, 2006. 871p.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação em recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.7, n.2, p. 373-388, 2002.

CHAN, M. Return to Alma-Ata. *The Lancet*, Londres, v.372, n.9642, p.865-866, 2008.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; BARBOZA, T. A. V. A complexidade tecnológica da Atenção Básica: um estudo de caso sobre a assistência às pessoas portadoras de lesões de pele crônicas. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da família em centros urbanos do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S7-S16, 2008.

CORREA, F. J. L. Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes e valores. *Acta Bioethica*, Santiago, v.14, n.1, p.11-18, 2008.

COSTA, A. M. D. D. ; COSTA, J. R. V.; COSTA, M. D. ; COSTA, R. D.; BOTREL, T. E. A. Contribuição do perfil do aluno de graduação em Odontologia para a redefinição dos recursos usados pelo professor no processo ensino/aprendizagem. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, Lins, v.14, n.1, p.30-34, jan./jun. 2002

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v.15, n.3, set, 2006.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. [acessado em 20 de março de 2008]. Disponível em <http://www.globalhealthtrust.org/doc/word%20Marcos%20Cueto.pdf>.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.212p.

DEANGELILLO, C. A.. Importância de las humanidades em odontoestomatologia. *Acta Bioethica*. Santiago, ano/vol.12, n.001, p.55-58, 2006.

DOCKHORN, D. M. C.; HAHN, M. A. S. A formação de cirurgiões dentistas para a Odontologia do próximo século: o papel da disciplina de Odontologia social. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v.7, n.14, p.177-186, dez. 1992.

DRUMOND, Marisa Maia. *A criança, seu “em torno” e a cárie* [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2002.

EDITORIAL. A renaissance in primary health care. *The Lancet*, Londres, v.372, n.9642, p.863, 2008.

ELKIND, A; BLINKHORN, FA; MACKIE, IC; TICKLE, M; DUXBURY, JT; BLINKHORN, AS. Service quality implications of dental undergraduate outreach teaching for Primary Care trusts in England, UK. *Community Dental Health*, v. 23, n.2, p.75-79, 2007.

FAGUNDES, H. S. O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais. *Revista Virtual Textos e Contextos*, nº 6, ano 5, dez. 2006.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-563, 2006.

FERNANDES, J.D.; ALMEIDA FILHO, N.; ROSA, D.O.S.; PONTES, M.; SANTANA, N. Ensinar saúde/enfermagem numa nova proposta de reestruturação acadêmica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.41, n. Esp,p.830-834, 2007.

FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D.; AMARAL, J. H. L.; VASCONCELOS, M.; MATTOS, F. F. O caminho da Integralidade: reflexões de professores da Faculdade de Odontologia da UFMG In: GARCIA, D.V.G. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade.* , Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005

FERRI, S.M.N; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; CACCIA-BAVA, M.C.G; PUNTEL, M.C.A. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu. v.23, n.11, p.515-529, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. No campo da saúde é indispensável que produção do conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática. *Revista da ABENO*. v.3, n.1, p.24-27, 2004.

FILHO, A. D. S. A Saúde Bucal no PSF: Um desafio de mudar a pratica. Programa de Saúde da Família. Dezembro de 2002.

FILHO, A. D. S. A saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema único de Saúde (SUS). In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J. ; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, sup.2, p.2115-2122, 2008.

FORTES, P. A.C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e promoção da saúde. In: LEFEVRE, F. e LEFEVRE, A. M. C. *Promoção da Saúde: a negação da negação*. Vieira & Lent. 2004.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Forense Universitária, 231p, 2006.

FREITAS, S. F. T.; KOVALESKI, D. F.; BOING, A. F. Desenvolvimento moral em alunos de um curso de Odontologia: uma avaliação construtivista. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10,n.2, p. 453-462, 2005.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention Bioethics: A Proposal For Peripheral Countries in A Context of Power and Injustice. *Bioethics*. v.17, n.5-6, p.399-416, 2003.

GENERAL DENTAL COUNCIL. The first five years: a framework for undergraduate dental education, 2nd ed. Disponível em: <http://www.gdc-uk.org/News+publications+events/Publications/Guidance+documents/The+First+Five+Years.htm> (acessado em 31.03.2008).

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.21, n.2, p.490-498, mar-abr, 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S21-S23, 2008.

GONTIJO, Liliâne Parreira Tannús. Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

HARZHEIN, E; STARFIELD, B; RAJMIL, L; ÁLVAREZ-DARDET C; STEIN, A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, 2006.

HOUPT, E; GUERRANT, R. *Technology in global health: the need for essential diagnostics*. *The Lancet*, Londres, v.372, n.9642, p.873-874, 2008.

HUMPHRIS, G.M.; FIELD, E.A. An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: results from two randomized controlled trials. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 32, n.2, p.143-149, 2004.

IBAÑEZ, N.; ROCHA, J. S. Y. ; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M.H.D.; VIANA, A. L d'A. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.683-703, 2006.

LAWN, J.E.; ROHDE, J.; RIFKIN, S.; WERE, M.; PAUL, V. K.; CHOPRA, M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. *The Lancet*, Londres, v.372, n.9642, p.917-927, 2008.

MARQUES, C. M. S. Processo Saúde-doença. In: Guia Curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS: Áreas I e II. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. 453p

MEDEIROS, U.V. Experiências inovadoras no ensino de Odontologia. *Odontólogo Moderno*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 9-12, jan./fev. 1997.

MENDES, E. V. *A atenção primária no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997, 320p.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec. 2002.189p.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.9, n.16, p.172-174. Set./Fev. 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, sup.2, p.2133-2144, 2008.

MORITA, M. C.; KRIGER, L.. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO*, v.4, n.1, p.58-64, 2004.

MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J.; KRIGER, L.; SCHMITT, E. J. Humanizando a educação em Odontologia. *Revista da ABENO*, v.3, n.1, p.58-64, 2003.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Os cursos de Odontologia devem avançar para um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como mediador do processo ensino-aprendizagem. *Revista da ABENO*. v.4, n.1, p. 30-37, 2004.

MOYSÉS, S. J. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em saúde Bucal no Brasil. In: GARCIA, D.V.G. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade.* , Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. Diferentes Abordagens de Estudos Epidemiológicos – do Individual ao Ecológico. In: JÚNIOR, O. C. (coord.), ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. P. *Epidemiologia da Saúde Bucal.* Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006. 441p.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V.G. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade.* Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.esp. p.141-147, 2006.

NARVAI, Paulo Carpel; FRAZÃO, Paulo. *Saúde bucal no Brasil.* Muito além do céu da boca. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008. 147p.

OBANDO, F. S.; AMADO, E. D.. La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal e el currículo oculto. *Acta Bioethica*, Santiago, v.13, n.1, p.107-113, 2007.

OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

ONOCKO R.C.; CAMPOS, G. W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. *Tratado de Saúde Coletiva.* Editora Fiocruz. Editora Hucitec. Rio de Janeiro – São Paulo, 2006. 871p.

ONOCKO, R.C., A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista”. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS resignificando a promoção da saúde.* Organização Panamericana de Saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.222p.

OPAS. Desempenho em equipes de saúde – manual. Rio de Janeiro, 2001.

OPAS. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. Washington, D.C. 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado de arte. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n.º. especial, p 73-78, 2006.

PAIXÃO, H H; CAMPOS, H; LIMA, W A. O paciente como objeto de ensino. *Arquivos do Centro de Estudos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, n.1/2, p.37-44, 1981.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS ressignificando a promoção da saúde*. Organização Panamericana de Saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.222p.

PATTUSSI, M. P.; JUNGES, J. R.; SELLI, L.; MOYSÉS, S. J. A influência do capital social no contexto da Estratégia Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. *Saúde Bucal das Famílias*. Trabalhando com evidências. Artes Médicas. 2008. 308p

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, n.3, p.303-311, 2001.

PEDROSA, J. I.S. Promoção da saúde e educação em saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS ressignificando a promoção da saúde*. Organização Panamericana de Saúde. Editora Hucitec. São Paulo, 2006.222p.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia*. Teoria e Prática. Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, A. C. Operatória Dentária. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

PEREZ, E. P.. A propósito da educação médica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.4, n.1, p.9-13, 2004.

PERIAGO, M. R.. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Publica*.v.21; n.2/3; p.65-69, 2007.

PETERSEN, P. E.; STEENGAARD, M. Dental caries among urban schoolchildren in Madagascar. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v.16, n.3, p.163-166, 1988.

PETERSEN, P. E.; YAMAMOTO, T. Improving oral health of old people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v.33, n.2, p. 81-92, 2005.

PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. Livraria Editora Santos. 4ª. Edição, 2000. 537 p.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. Ol. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1342-1353, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438-446, 2004.

ROHDE, J.; COUSENS, S.; CHOPRA, M.; TANGCHAROENSATHIEN, V.; BLACK, R.; BHUTTA, Z. A; LAWN, J. E. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *The Lancet*, Londres, v.372, n.9642, p.950-961, 2008.

RICCI, A.; BASTOS, J. R. M.; BIJELLA, V. T. Projetos comunitários no ensino da Odontologia: o desenvolvimento da sensibilidade social em estudantes de ciências da saúde e sociais. *RGO*, Porto Alegre, v.32, n.1, p. 82-90, jan./abr., 1984.

RUDOLPH, M.; CHIKTE, U.; LEWIS, H. A mobile dental system in southern Africa. *Journal of Public Health Dentistry*. v. 52, n.2, p. 59-63, 1992.

RUPAYA, C. R. G. Inclusión de la ética y bioética en la formación de pré y posgrado del cirujano-dentista en Perú. *Acta Bioethica*, Santiago, v.14, n.1, p.74-77, 2008.

SANCHEZ, C. Z.; GONZALEZ, C. V. Ética em el currículo de las carreras de odontologia. *Acta Bioethica*, Santiago, v.14, n.2, p.212-218, 2008.

SANTA ROSA, T.T.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. O internato rural e a formação de estudantes do curso de Odontologia da UFMG. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. Botucatu, v.11, n.23, p.451-466, 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61. 2006.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. L. A. OI.; NASCIMENTO, M. Â. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.75-85, jan. 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. Â. A.; JORGE, M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.3, p.464-470, 2008.

SANTOS, R. M. B.; BARBOSA, S. F.; BIGHETTI, T. I.; MENDONÇA, T. R. T. Atenção Básica: Pensando Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.9, n.16, p.53-66, set2004/fev 2005.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1487-1494, 2004.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, Mi. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones e propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.949-956, 2001.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I.; CASTANHERA, E. R.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B., orgs. *Saúde do adulto*. Programas e ações na unidade básica. 2ª ed. Editora Hucitec, São Paulo, 2000. 287p.

SELLI, L. GARRAFA, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. v.39, n.3, p. 473-478, 2005.

SILVEIRA FILHO, A. D. ; NARVAI, P. C . Relatos de uso das ferramentas saúde da família sob a perspectiva do cuidado, a partir das atividades da equipe saúde da família com saúde bucal no município de Curitiba. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, v. 7, p. 38-51, 2006

SONGPAISAN, Y.; DAVIES, G. Dental caries experience in the Chiangmai/Lamphun provinces of Thailand. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v.17, n.3, p. 131-135, 1989.

SOUZA, D. S. A participação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. *Saúde Bucal das Famílias*. Trabalhando com evidências. Artes Médicas. 2008. 308p.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO Brasil, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

STRALEN, C. J. van; BELISÁRIO, S. A.; STRALEN, T. B. S. van; LIMA, Â. M. D.; MASSOTE, A. W.; OLIVEIRA, C. L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S148-S158, 2008.

TAVARES M.J., VIANNA R., TURA L.F.R. O cirurgião-dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal. *UFES Revista de Odontologia*. Vitória, v. 3, n.1, p.16-22, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço entendido em rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; orgs. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e*

práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 89-111.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.585-597, 2005.

TOWNSEND, P.; PHILLIMORE, P; BEATTIE, A. *Health and deprivation: inequality and the north*. London. Croom Helm, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Editora Atlas, 1990, 175p.

VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, v.4, n.3, p.221-230, 1985.

WALLEY, J.; LAWN, J. E.; TINKER, A.; de FRANCISCO, A.; CHOPRA, M.; RUDAN, I.; BHUTTA, Z.; BLACK, R.; THE LANCET ALMA-ATA WORKING GROUP. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*, Londres, v.372, n.9642, p.1001-1007, 2008.

WATERHOUSE, P; MAGUIRE, A; TABARI, D; HIND, V; LLOYD, J. The development of a primary dental care outreach course. *European Journal of Dental Education*. v.12, p.8-16, 2008.

WERNECK, M. A. F. Internato em Saúde Coletiva. A disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. Páginas e Letras Editora & Gráfica, 2008, 292p.

6 RESULTADOS



6.1 ARTIGO 1

A FORMAÇÃO DE VALORES E A PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE

FORMATION OF VALUES AND PRACTICE IN PRIMARY HEALTH CARE

Heriberto Fiuza Sanchez

Especialista e Mestrando em Odontologia em Saúde Coletiva
heribertofsanchez@yahoo.com.br

Carlos José de Paula Silva

Especialista e Mestrando em Odontologia em Saúde Coletiva
case.odo@gmail.com

Marisa Maia Drumond

Doutora em Odontologia Social e Preventiva. Professora Adjunta. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia da UFMG
marisadrumond@yahoo.com.br

Efigênia Ferreira e Ferreira

Doutora em Epidemiologia. Professora Adjunta. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia da UFMG
efigeniaf@gmail.com

Termo de responsabilidade de autoria

Este trabalho é inédito e não será enviado a outras revistas até que se receba a decisão dos editores de Acta Bioethica.

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

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

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

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

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

Endereço para correspondência:

Heriberto Fiuza Sanchez
Rua Dr. Lucidio Avelar, 55/304
fone: 55 31 38799111
fax: 55 31 32612377
30455 790 Belo Horizonte MG

RESUMO

As ações que o sistema público de saúde brasileiro, chamado Sistema Único de Saúde propõe passam pela valorização da Atenção Primária na Saúde (APS). Para isso os recursos humanos envolvidos precisam estar preparados. O objetivo desse trabalho foi avaliar concepções de dimensões relacionadas à APS junto a alunos do 8º e 9º períodos de uma Faculdade de Odontologia de uma universidade pública no Brasil, com participação do universo dos alunos. Questionários individuais, abordando as dimensões, foram aplicados por um único pesquisador. As respostas foram analisadas pelo programa BioStat 4.0. Os pesquisados entendem “visão do processo saúde-doença” de maneira ampliada e que “tecnologias apropriadas” são limitadas às chamadas tecnologias duras e leve-duras, com muito pouca menção ao uso de tecnologias leves. Para “humanização do atendimento” definem que ética representa um compromisso com a dignidade da vida humana e solidariedade deve entendida de maneira politizada; vínculo é estabelecido além de competências técnicas profissionais e responsabilização reflete a priorização da pessoa. Por outro lado, não compreendem que ética e solidariedade são tecnologias passíveis de estudo aprofundado, sendo entendidas pelos alunos como “valores” que não podem ser sistematizados em conteúdos curriculares.

PALAVRAS CHAVE: ensino odontológico, bioética, odontologia, atenção primária

ABSTRACT

The actions that the Brazilian public health system, called Sistema Único de Saúde proposes passes by the enhancement of the Primary Health Care (PHC). Therefore, the human resources involved must be prepared. The aim of this study was to evaluate concepts of students related to dimensions of PHC with the 8^o and 9^o periods of one public school of dentistry of Brazil, with participation of the population of students. Individual questionnaires, addressing the dimensions, were applied by a single researcher. Answers were analyzed by the Biostat 4.0 software. The surveyed have a expanded concept of "health-disease process"; believe that "appropriate technology" is limited to hard technologies, with very little mention of the use of soft technologies. For "humanization of care" they define ethics as a commitment to the dignity of human life and solidarity should be understood as politicized; link is established beyond technical skills and professional responsibility reflects the prioritization of the individual. Furthermore, they do not understand that ethics and solidarity are technologies subject

to detailed study, being understood by students as "values" that can not be systematized into curricular content.

KEY WORDS: dental teaching, bioethics, dentistry, primary health care

INTRODUÇÃO

A necessidade de adequada atuação dos recursos humanos envolvidos na produção da saúde das comunidades é fato repetidamente lembrado e debatido em vários momentos da trajetória histórica do sistema público brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) (1).

O Ministério da Saúde Brasileiro definiu que o eixo estruturante do SUS passa pela valorização da atenção primária na saúde (APS), através de diferentes programas ou estratégias, sendo a principal delas a Estratégia Saúde da Família (2), que incluiu entre suas ações a odontologia, em 2000 (3).

A APS é considerada um nível da atenção à saúde dirigida por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética (4). A atuação dos cirurgiões dentistas não deve se limitar à um “adestramento” teórico-prático, devendo os profissionais ter amplos conhecimentos científicos relacionados aos valores das pessoas, cuidando da vida como um valor primário e respeitando a dignidade e integridade dos usuários, atuando com solidariedade, em busca de excelência e equidade (5). Existe ainda a necessidade de que o profissional de saúde tenha uma postura ética na relação com o paciente, com outros profissionais e com a sociedade em geral respeitando os interesses do indivíduo e da coletividade (6).

Todas as formas de tecnologia são necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde, mas no processo de trabalho da APS ganha importância o uso das chamadas tecnologias leves (7), entendidas como aquelas que possibilitam produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia (8).

Os profissionais de saúde na APS devem cultivar uma relação de confiança com a população, conquistada a partir da capacidade de diálogo (o que implica saber escutar) e em aceitar o outro e seus saberes, o que se reflete em humanização (9,10). A humanização é caracterizada pelo vínculo e o resultado natural deste é a responsabilização, ou seja, a implicação com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-o co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença (11).

O reconhecimento de que o processo saúde-doença das comunidades não possui uma etiologia única, biológica, sendo fruto de uma complexa teia de fatores, relacionados particularmente às condições de vida e existência dos indivíduos é outra característica desejável daqueles que desejam atuar na APS (12). Esse entendimento ampliado conduz a prática do profissional de saúde na APS para a atenção à pessoa e não à sua enfermidade, verdadeira valorização e priorização da responsabilidade por alguém (13).

É reconhecida a necessidade da adequada formação do cirurgião dentista para a APS, por se reconhecer a importância desse nível de atenção em um sistema de saúde organizado em níveis (14,15). No entanto, no campo da formação do profissional de saúde ainda se verifica a formação dissociada da realidade, com ênfase na especialização e práticas desintegradas de atenção (16). Além disso, as Instituições de

Ensino Superior possuem dificuldades em superar os entraves epistemológicos e mercadológicos, profundamente enraizados em seus interiores (17). Ou seja, profissionais continuam sendo formados em um modelo que não responde às necessidades e desafios que são colocados pelo SUS.

Profissionais de saúde que não conseguem romper com o modelo de formação hegemônico, considerado inadequado para a APS, tendem a apresentar uma prática clínica medicalizante e de altos custos, que gera baixa autonomia para os usuários, sendo incapaz de atuar em determinantes de saúde coletivos (18). Dessa forma, a dificuldade da Estratégia Saúde da Família em contribuir para a ruptura do modelo hegemônico parece estar associada à escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado (19).

A pergunta que motiva a execução deste trabalho é relacionada à capacidade de atuação do cirurgião dentista na APS. Deste modo, o propósito do presente estudo foi avaliar a formação de valores fundamentais para a prática humanizada na Atenção Primária na Saúde, junto à acadêmicos de um curso de graduação em odontologia.

METODOLOGIA:

Participaram deste estudo alunos do 8º e 9º períodos do curso de graduação em odontologia e a coleta dos dados se deu no final do período letivo, 1º semestre de 2008. A escolha por acadêmicos desses períodos foi proposital, uma vez que correspondem aos alunos que já receberam, ao longo do curso de odontologia, embasamento teórico e prático, incluindo o tema específico APS e são considerados capacitados para o

enfrentamento da prática profissional. A diferença entre os acadêmicos do 8º e 9º períodos é que, os primeiros ainda não realizaram as atividades do Internato Rural, disciplina que se desenvolve em pequenos municípios e que permite contato com situações reais de APS. Todos os acadêmicos do 8º período (43 alunos) e 9º período (63 alunos) participaram do estudo.

A coleta de dados se deu a partir da aplicação de um questionário estruturado contendo perguntas que contemplavam três dimensões. Procurou-se elaborar perguntas que refletissem diferentes visões acerca das citadas dimensões. Na escolha das dimensões que geraram as perguntas procurou-se verificar junto aos acadêmicos entrevistados, as suas concepções sobre dimensões essenciais à APS: a visão ampliada do processo saúde-doença contemplando a pessoa e não somente a enfermidade; a tecnologia necessária para o trabalho na APS, entendida como um nível de atenção à saúde que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade; a humanização no atendimento, entendida como vínculo e responsabilização, ética e solidariedade (4, 12 e 21).

A segunda etapa do questionário objetivava conhecer as possibilidades de aprendizado de alguns valores universais: “ética”, “solidariedade”, “estabelecimento de vínculo” e “responsabilidade no cuidar” na APS. Os acadêmicos deveriam enumerar em ordem crescente de importância na formação as instituições (escola de segundo grau, amigos, família, faculdade de odontologia e religião) que mais contribuíram na aquisição destes valores.

Previamente à realização da pesquisa foram realizados dois testes piloto, com 6 alunos do 7º. período da mesma instituição, para adequação do instrumento.

O preenchimento foi realizado sem nenhum tipo de esclarecimento por parte do pesquisador e para cada pergunta deveria ser marcada uma opção de resposta. Foram entregues aos sujeitos da pesquisa e recolhidos assim que eram preenchidos, em momento de aula teórica.

Para a análise dos dados obtidos as opções de cada dimensão foram graduadas, com pesos de 1 a 3 (todas as dimensões apresentavam três opções), e cada aluno teve uma pontuação final (de 0 a 9 pontos). A pontuação total do 8º período poderia variar de 0 a 129 pontos e a do 9º, de 0 a 189 pontos. A análise estatística foi realizada no programa BioEstat versão 4.0, utilizando-se frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão e moda. Para a relação das respostas entre os dois períodos do curso (8º e 9º), utilizou-se o teste Mann Whitney (nível de confiança de 0,95).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG através do Parecer nº. ETIC 248/08.

RESULTADOS

Os resultados da descrição e análise das dimensões estão expostos na tabela 1.

TABELA 1: Total da pontuação obtida, média e moda, por período, e valor de p resultante da comparação entre os grupos, 2008

Dimensão	8º período			9º período			Valor de p
	Total de pontos	média(dp)	Mo	Total de pontos	média(dp)	Mo	
Visão do processo saúde doença	116 (89,9%)	2,70 ± 0,56	3	180 (95,2%)	2,86 (0,47)	3	0,254
Tecnologias apropriadas	61 (47,3%)	1,42 ± 0,54	1	102 (53,9%)	1,62 ± 0,68	2	0,187
Humanização do atendimento	98 (75,9%)	2,29 ± 0,77	3	152 (80,4%)	2,42 ± 0,69	3	0,100

A Tabela 2 apresenta os resultados com relação às instituições responsáveis na formação de valores dos acadêmicos.

TABELA 2: Possibilidades de aprendizado de alguns valores universais, em percentuais, entre os grupos, 2008

Valores	8º período		9º período	
	1ª opção	2ª opção	1ª opção	2ª opção
Ser ético nas relações com pessoas, pacientes, comunidade	Família 65,1%	Faculdade 27,9%	Família 82,5 %	Religião 30,6%
Ser solidário com pessoas, pacientes, comunidades	Família 79,1%	Faculdade 37,2%	Família 83,9%	Faculdade 39,3%
Saber criar vínculo com aqueles que proporciono ações voltadas para a saúde	Faculdade 69,8%	Amigos 33,3%	Faculdade 57,4%	Faculdade 33,3%
Responsabilizar-me pelas minhas ações de cuidado aos meus pacientes	Faculdade 67,4%	Familia 45,2%	Faculdade 46,8%	Faculdade 41,0%

DISCUSSÃO

A partir da análise da Tabela 1, verifica-se inicialmente que entre os dois períodos estudados não se observou diferença estatisticamente significativa.

Na primeira dimensão analisada, “visão do processo saúde-doença”, observou-se uma pontuação elevada nos dois períodos. É importante afirmar que esta pontuação reflete uma visão ampliada da determinação social da saúde-doença entre os alunos, uma vez que a alternativa de resposta “*manifestação de doenças pela interação do homem com suas condições de trabalho, vida, moradia, existência*” recebeu peso 3 e essa foi a alternativa mais marcada pelos períodos estudados.

A relação existente entre saúde e doença não é apenas uma relação do bom ou mau funcionamento do corpo, mas uma interação muito mais ampla do homem com os ambientes físicos e sociais que o cercam, da sua maneira de relacionar-se com outros homens, da sua condição de trabalho, da forma como é organizada a produção de riquezas e como essas riquezas são repartidas, das possibilidades que possui de se expressar, para desenvolver seu potencial criativo e se desenvolver como pessoa (22).

Essa visão ampliada é altamente desejável para aqueles que pretendem trabalhar em um programa de APS. Fator positivo a ser destacado também é o fato de que a monocausalidade, tão ligada ao imaginário das doenças bucais, sobretudo cárie e doença periodontal, e muitas vezes reforçada pelos profissionais em sua prática profissional diária, foi fato muito pouco lembrado, tendo sido assinalado por apenas 1 aluno do 8º período.

O reconhecimento da determinação social da saúde-doença pode se constituir em crédito para uma prática do cuidado, baseado na atenção à saúde (reconhecendo essa complexa teia e tentando intervir nos fatores desencadeantes dos processos patológicos), e não meramente na assistência (23), portanto em uma atuação profissional mais efetiva.

Na dimensão “tecnologias apropriadas”, destaca-se que o 8º período assinalou com maior frequência a alternativa que possuía peso 1 (*aparelhos, instrumentos para exames, materiais de consumo que são utilizados nas ações de intervenção diretas realizadas sobre os pacientes*) enquanto o 9º período assinalou na sua maioria a alternativa que possuía peso 2 (*conhecimentos adquiridos e saberes profissionais aplicados de uma forma estruturada, organizada no contato com os pacientes*).

Uma pontuação mais reduzida para a dimensão “tecnologias apropriadas” (Tab. 1) demonstra que os alunos entendem “tecnologias apropriadas” como sendo o uso de tecnologias duras e leve-duras. A opção que representou o uso de tecnologias leves (*“capacidade de dialogar, escutar e aceitar o outro em sua história de vida”*), valorada com peso 3, foi a menos apontada (2,32% e 3,17% das respostas, 8º e 9º períodos respectivamente).

A pouca opção pelos alunos de ambos os períodos por uma tecnologia relacionada à humanização e valorização do cuidado revelam que na sua opinião o uso das chamadas tecnologias leves pode não se enquadrar bem no rol “tecnologias”. Pediu-se para marcar a opção que se identificasse melhor com “tecnologia adequada” e a associação feita pelo 8º período se relaciona fortemente a material, instrumental e equipamento. Este fato pode ser observado quando analisadas as repostas à terceira dimensão, humanização, com forte vínculo nas tecnologias leves. Não se pode afirmar que eles não dêem importância à tecnologia leve, mas esta modalidade, para eles, não é tecnologia.

Destaca-se que embora não explicitamente, o 9º período aventou para a hipótese de “*outros saberes*” necessários para o “*contato com os pacientes*”.

É possível que os alunos interpretem valores e atitudes relacionados à tecnologia leve, como a capacidade de relacionamento, humanização, ética, como sendo aspectos subjetivos do ser humano, não passíveis de uma teoria e aprendizado, sendo atributos que dependeriam de cada um e, portanto, não sendo encarados como uma forma de tecnologia, semelhante ao descrito por outros autores (18,24). Esses descreveram a existência de dois tipos de medicina: a hospitalar, ligada à medicina “científica” e a não hospitalar, que envolveria saberes “não científicos” e estaria ligada à atividades de APS.

Todas as formas de tecnologia são necessárias na prática diária dos profissionais de saúde, ainda mais se considerarmos o desafio imposto pela integralidade. Embora as tecnologias não sejam excludentes entre si, é desejável o correto manejo das tecnologias leves em ambientes de APS para conformação de novas práticas nesse nível de atenção (9,18). Os usuários de serviços de APS, identificam a necessidade das diversas formas de tecnologia. Ao avaliar os serviços, apontam desde a falta de eventuais aparelhos ou a dificuldade de acesso aos mesmos até a falta que sentem quando não são cumprimentados ou não recebem atenção quando procuram serviços de saúde (7). Seria desejável que os alunos identificassem também esta diferença, como forma de busca de aprimoramento em todas as tecnologias.

A terceira dimensão analisada, “humanização no atendimento”, mereceu pontuações mais altas entre os dois períodos. Esta pontuação verificada, em ambos os períodos, pode apontar para posturas profissionais adequadas para o trabalho na atenção primária. As alternativas mais marcadas pelos alunos pesquisados nas perguntas que analisavam essa dimensão foram aquelas que possuíam maior peso. Nessa dimensão foram analisadas a ética e a solidariedade; o vínculo e a responsabilização na atenção primária.

Para a maioria dos pesquisados, ética na atenção primária representa “*a reflexão sobre os atos humanos, o quanto são justos ou injustos, bons ou maus, corretos ou incorretos*”; entendem que essa dimensão vai muito além das preocupações de ordem científica das pesquisas que envolvem algumas das chamadas “situações limite” ou de “fronteiras da vida”, como as relacionadas às células tronco e engenharia genética (25). Conseguem definir que ética na atenção primária representa um compromisso maior, com a dignidade da vida humana.

Tais valores éticos são altamente desejáveis na atenção primária, especialmente se levarmos em consideração a pressão que o mercado exerce pela incorporação de novas tecnologias, com utilização cada vez mais frequente de técnicas e materiais, não só pelos fabricantes e fornecedores, como também pelos pacientes e profissionais que buscam soluções para os mais diversos problemas odontológicos. Esta pressão do mercado pode influenciar diretamente no distanciamento dos profissionais dos valores éticos, equivocadamente, uma vez que esses avanços não deveriam ser contrários à aplicação de uma ética adequada, que servisse aos pacientes e profissionais.

A solidariedade foi apontada pela maioria dos pesquisados como “*comprometimento com a causa social, buscando autonomia e cidadania do paciente*”. Essa visão desse valor é mais politizada e se aproxima da chamada solidariedade crítica (26). Nesse caso, a solidariedade não se restringiria a uma relação assistencialista, ao contrário, possuiria um elemento político que tem como referência o Estado. A capacidade de entendimento dessa dimensão política, intimamente relacionada à cidadania e à capacidade de intervenção de políticas públicas também é parte dessa solidariedade crítica. A

solidariedade crítica exige dos sujeitos envolvidos, no caso dos profissionais da atenção primária, engajamento, politização e comprometimento com a causa social.

Um dos sintomas mais marcantes da crise civilizacional que vivemos, caracterizada por promover distanciamento e solidão entre as pessoas, algo tão contraditório por partir da mesma sociedade que criou vários mecanismos de conhecimento e comunicação é a perda da essência humana, representada pelo cuidado. Caminhos de cura passam necessariamente pelo resgate do cuidado, entendido como a possibilidade de valorização da solidariedade, valor humano abalado pela hegemonia do neoliberalismo, que suporta o individualismo e exalta a propriedade privada, valoriza a estética em detrimento da ética; passa pela apreciação de valores éticos capazes de transformar a ciência e a tecnologia em medicina para a humanidade e não para a satisfação e enriquecimento de poucos (27).

Vale ser ressaltado, contudo, que em uma unidade de atenção primária é desejável que os profissionais envolvidos saibam cultivar diversas formas de solidariedade. A produção do cuidado envolve diretamente a abordagem respeitosa e humana, se aproximando assim das definições apresentadas para a ética. No contexto e momento apropriado, devem ser trabalhadas importantes discussões emancipatórias dos indivíduos, estimulando a cidadania plena, caracterizando assim a chamada solidariedade crítica. A atuação profissional deve se balizar pelo equilíbrio entre as diversas formas de solidariedade anteriormente apresentadas.

Sem o resgate da dimensão cuidadora, representada por valores éticos e de solidariedade, deixamos de ser seres humanos: mergulhamos em um mundo de

competição e alienação e ao desligarmos desses valores possivelmente perdemos muito do direito de sermos chamados de profissionais da saúde.

Para os pesquisados vínculo na atenção primária representa “*ligação com envolvimento, responsabilidade e participação, tanto do profissional quanto do paciente*”. Isso indica que os pesquisados entendem que estabelecer vínculo nesse nível de atenção se dá não somente a ligação entre as partes envolvidas (profissional e usuário) a partir de competências técnicas. Significa para eles que estabelecer vínculo vai além do envolvimento humano: os usuários precisam se envolver nos destinos que sua saúde pode tomar, conquistando sua autonomia e colocando-a em prática, com participação do profissional nessa conquista.

A responsabilização foi apontada como um valor que está acima da responsabilidade profissional, relacionada à procedimentos executados nos pacientes. Esteve ligada ao “*compromisso profissional junto aos pacientes*” ou “*valorização e priorização da pessoa; zelo e dedicação profissional por alguém*”.

Sendo assim, os pesquisados identificam a responsabilização, por um lado, como sendo intimamente relacionada ao profissionalismo dos recursos humanos na área, entendido como a capacidade de ser assíduo, pontual, tecnicamente competente, responsável enfim pela população que assiste, mas com visão reduzida do processo saúde doença, o que não lhe permite entender a complexidade dos problemas sanitários que envolve a população pela qual é responsável.

Por outro lado definem a responsabilização dentro de um referencial mais aproximado ao ideal para o trabalho na atenção primária, ligado à priorização do ser humano. Tal postura por parte dos alunos pode ser um reflexo da própria formação acadêmica na odontologia, que prioriza a técnica e pouco enfatiza a abordagem social dos problemas de saúde e pouco compreende a historicidade do ser humano, corroborando outro estudo realizado que apontou ainda que a qualificação do cirurgião-dentista para o SUS apresenta deficiências no campo da humanização do atendimento (28).

A humanização representa “*uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana*”. Embora o termo assuma várias conotações, de acordo com o referencial teórico que diferentes autores se apropriam, na maioria das vezes humanização na saúde representa a crítica à tecnologia que representou o início da desumanização da medicina e por consequência das demais profissões da saúde (13).

Quanto à pergunta final (Tab. 2) verificou-se o peso que valores familiares possuem na aquisição dos valores ética e solidariedade pelos alunos, o que contradiz pesquisa anteriormente feita (29). Mas, com relação à análise relativa ao vínculo e responsabilidade na atenção primária, os resultados apontam a faculdade como principal instituição responsável (29, 30).

Os resultados obtidos nessa última pergunta da pesquisa parecem mais uma vez indicar que os alunos pesquisados não compreendem que os valores ética e solidariedade são tecnologias passíveis de estudo aprofundado a ser utilizado no cuidado dos pacientes e comunidades, sendo portanto adquiridas principalmente através de vias familiares e

entendidas pelos alunos como valores que não podem ser sistematizados em conteúdos curriculares, o que parece comprovar a existência de uma odontologia “clínica”, relacionada à existência de “verdades científicas” em oposição à uma odontologia “não clínica”, que se ocuparia de subjetividades não passíveis de mensuração científica. Por outro lado parecem compreender que vínculo e responsabilização são aprendidos pelas vias pedagógicas da faculdade. Essa dicotomia estabelecida entre o aprendido pela família ou pela faculdade de odontologia pode ser uma incoerência uma vez que todas essas dimensões refletem um sentido maior de valorização e dignificação do ser humano.

CONCLUSÕES

Torna-se cada vez mais evidente a necessidade de correto desenvolvimento ético e moral de alunos de cursos superiores da área da saúde. Esse fato se dá, por um lado, pelo reconhecimento de que encontros entre profissionais de saúde e usuários baseados em posições verticais e autoritárias não são adequados por não gerarem vínculos, sendo caracterizados por desinteresse e descompromisso, não possibilitando a construção de projetos terapêuticos que promovam a autonomia dos sujeitos. Por outro lado observamos atualmente a uma significativa crise dos sistemas de saúde que baseiam suas ações a partir do modelo hegemônico, extremamente dispendioso, excludente por impossibilitar que contingentes populacionais significativos possam comprar os seus serviços. Isso leva ao surgimento de duas categorias de indivíduos, definidos pelo seu poder financeiro, situação absolutamente inadequada do ponto de vista ético, especialmente se considerarmos que o bem em questão é o acesso à serviços de saúde.

Estratégias baseadas em atenção primária objetivam a construção de projetos inclusivos, éticos, solidários e atendem à necessidade de racionalização dos custos envolvidos. Por outro lado é indiscutível a força que o paradigma dominante ainda exerce na formação de recursos humanos para a área e esse pode ser um grande obstáculo à conformação de novas práticas.

Dentre os resultados obtidos no presente trabalho observou-se que os alunos apresentaram padrão semelhante de respostas para o valor humano da ética. Esse dado também é considerado adequado para a atividade na atenção primária. Pode representar para a saúde bucal a superação de um desafio: a necessidade de romper o universo “da boca” e a necessidade de considerar sua prática pautada em respeito ao outro, tolerância e humildade. Saber trilhar esse caminho faz com que o trabalho na atenção primária se afaste de referenciais biomédicos e se aproxime da incorporação da bioética na atenção primária.

Por outro lado a crença que valores essenciais não podem ser desenvolvidos a partir de estudo sistematizado pode representar uma desafio sobre o qual devem se debruçar as IES, não se limitando à uma disciplina, devendo ser objeto de esforço de todos para que se possa construir uma sociedade mais justa e humana.

REFERÊNCIAS

- 1 Ceccim, RB; Armani, TB; Rocha, CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002;7(2):373-383.

- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria No. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.
- 4 Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
- 5 Deangelillo, CA. Importancia de las humanidades en odontoestomatología. Acta Bioethica, 2006; 12(01): 55-58.
- 6 Musse, JO.; Boing, AF.; Martino, FS.; Silva, RHA. da; Vaccarezza, GF.; Ramos, DLP. O Ensino da bioética nos cursos de graduação em odontologia do estado de São Paulo Arquivo de Ciências da Saúde, 2007;14(1): 13-16.
- 7 Ferri, SMN; Pereira, MJB, Mishima, SM. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2007;11(23):515-529.
- 8 Merhy, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo. Hucitec. 2002.
- 9 Schraiber, LB; Nemes, MIB; Mendes-Gonçalves, RB, orgs. Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica. 2ª ed. Editora Hucitec, São Paulo, 2000. 287p.
- 10 Teixeira, MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Ciência e Saúde Coletiva, 2006;11(1): 45-51.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

- 12 Tavares, MJ; Vianna, R; Tura, LFR. O cirurgião-dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal. UFES Revista de Odontologia,2001;3(1):16-22.
- 13 Puccini, T; Cecílio, LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2004;20(5):1342-1353.
- 14 Atchison, K; Mito, R; Lefever, K; McCauley, K. Introduction to section: dentistry and primary care – an evaluation of postgraduate general dentistry training. Journal of Dental Education, 2002;66(6):728-729.
- 15 Waterhouse, P; Maguire, A; Tabari, D; Hind, V; Lloyd, J. The development of a primary dental care outreach course. European Journal of Dental Education,2008; 12(8) 8-16.
- 16 Gontijo, LPT. Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde [Tese]. Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.
- 17 Moysés, SJ. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em saúde Bucal no Brasil. In: Garcia, Danielle do Valle Garcia. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005.
- 18 Cunha, GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.212p.
- 19 Scherer, MDA; Marino, SRA; Ramos, FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface- Comunicação, Saúde, Educação,2005;9(16):53-66.
- 20 Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3, de19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais nos Cursos de Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 04 mar 2002, seção1, p. 10.

- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de atenção básica n°. 17 Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- 22 Marques, CMS. Processo Saúde-doença. In: Guia Curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS: Áreas I e II. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. 453p
- 23 Narvai, PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia, DVG. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade, Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO;2005
- 24 Almeida, E.L.V. Medicina hospitalar – medicina extra hospitalar: duas medicinas? Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1988. In: Cunha, GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.212p.
- 25 Berlinguer, G. Ética da saúde. São Paulo. Hucitec, 1996.
- 26 Selli, L. Garrafa, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. Revista de Saúde Pública, 2005;39(3):473-478.
- 27 Boff, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 199p.
- 28 Matos, PES; Tomita, NE. A inserção da saúde bucal no Programa saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. Cadernos de Saúde Pública, 2004;20(6):1538-1544.
- 29 Sanchez, HF; Drumond, MM; Vilaça, EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepções de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Ciência e Saúde Coletiva,2008;13(2):523-531.

- 30 Sanchez, CZ; Gonzalez, CV. Ética em el currículo de las carreras de odontologia. Acta Bioethica,2008;14(2):212-218.



6.2 ARTIGO 2

TEORIA E PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ENTRE ALUNOS DE GRADUAÇÃO DE UM CURSO DE ODONTOLOGIA

THEORY AND PRACTICE OF PRIMARY HEALTH CARE AMONG DENTISTRY STUDENTS

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ENTRE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

Heriberto Fiuza Sanchez

Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia da UFMG

Rua Dr. Lucidio Avelar, 55/304
30455 790

Belo Horizonte MG

heribertofsanchez@yahoo.com.br

João Henrique Lara

Professor Adjunto. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia da UFMG

jhamaral2@gmail.com

Marisa Maia Drumond

Professora Adjunta. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia da UFMG

marisadrumond@yahoo.com.br

Efigênia Ferreira e Ferreira

Professora Adjunta. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia da UFMG

efigeniaf@gmail.com

Texto inédito, resultado de dissertação de mestrado, sem conflitos de interesse, aprovado junto ao COEP-UFMG sob número 248/08. Heriberto Fiuza Sanchez trabalhou na elaboração do projeto, coleta e análise de dados e redação do artigo. Marisa Maia Drumond, João Henrique Lara e Efigênia Ferreira e Ferreira trabalharam na análise dos dados, correção e revisão do artigo.

TEORIA E PRÁTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ENTRE ALUNOS DE GRADUAÇÃO DE UM CURSO DE ODONTOLOGIA

Estudo qualitativo que pretende compreender as concepções de alunos de odontologia com relação à atenção primária e sua relação com a prática profissional. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semi estruturada e o universo pesquisado foram alunos do último período do curso de odontologia, num total de oito entrevistas. Os pesquisados enxergam a atenção primária como um nível caracterizado por procedimentos clínicos simples, de baixo custo, baixa resolutividade, não mencionano a complexidade epidemiológica desse nível. Apontam a importância do professor como um elemento ativo e de cenários que os aproximem da realidade, no processo de aprendizagem da atenção primária. Sentem-se sensibilizados com as situações adversas dos assistidos, apresentando tendência a uma visão integral dos indivíduos, mas sua prática não se modifica. Existe a necessidade da vivência de solução dos problemas próprios da atenção primária para que possam formular atitudes não biomédicas para o enfrentamento dessas situações.

Palavras-chave: educação; odontologia; atenção primária na saúde

THEORY AND PRACTICE OF PRIMARY HEALTH CARE AMONG DENTISTRY STUDENTS

Qualitative study which objective is verify conceptions of dentistry students in relation to primary health and its relation to their practice. The instrument used for data collection were interviews and the searched universe were students of the last period of a dentistry course, in a total of eight interviews. The searched ones consider the primary health as a level characterized by simple clinical procedures, low cost, low resolutivity and they don't mention the epidemiological complexity of this level; they point the importance of the professor as an active element and different pedagogical strategies in the process of learning of the primary health; felt sensitized with the adverse situations of the ones attended in primary health, present a trend to an integral vision of the individuals but its practical tends not to modify itself. It is pointed the need to live solutions to the problems so they may be able to propose non biomedical attitudes to the confrontation of proper problems of this level.

Key words: education; dentistry; primary health care

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ENTRE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA

Estudio de carácter cualitativo que tiene por objeto los conceptos de los estudiantes de la odontología en relación con la atención primaria e su relación com la práctica profesional. El instrumento de recolección de datos utilizado fue una entrevista semi estructurada y el grupo estudiado fueron los estudiantes del último período del curso de Odontología, un total de ocho entrevistas. La búsqueda para ver la atención primaria como un nivel caracterizado por procedimientos clínicos simples, de bajo costo, baja resolución y no mencionan la complejidad del nivel epidemiológico. Señalan la importancia del docente como un activo y que la hipótesis más cercana a la realidad en el proceso de aprendizaje de la atención primaria. Ellos son conscientes de las situaciones adversas con la asistencia, tienen la tendencia a una visión integral de las personas, pero su práctica no tiende a cambiar. Hay una necesidad de experiencia para resolver los problemas específicos de atención primaria para que no puedan hacer biomédica actitudes para hacer frente a estas situaciones.

Palabras clave: odontología; atención primaria; educación

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA:

Atualmente nos deparamos com um desafio imposto pela modernidade: assistimos a grandes avanços tecnológicos responsáveis por mudanças e ganhos na qualidade de vida de seres humanos; por outro lado assistimos à manutenção de contingentes populacionais significativos que se encontram à margem desse processo “modernizador”. Frente a essa realidade, reflexões se fazem necessárias junto às Instituições de Ensino Superior (IES) uma vez que o perfil dos recursos humanos formados, incluindo-se os da saúde, é um fator a ser considerado. O objetivo dessas instituições é formar profissionais que possam atender às demandas e exigências impostas por essas

transformações, ou seja, é preciso formar profissionais adequados à realidade da sociedade (Araújo e Zilbovicius, 2008, p.277)

A formação de recursos humanos para a área da saúde tem sido tema abordado com frequência na literatura (Campos e Belisário, 2001, p.134; Ceccim, et al, 2002, p.375; Moysés, 2005, p.49; Musse, et al, 2007,p.15). Tal preocupação passou a ser mais evidente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem buscado consolidar um novo modo de produção da saúde, baseado no cuidado e na integralidade da atenção, superando os modelos anteriormente praticados.

O modelo hegemônico de ensino em saúde, modelo biomédico (fundamentalmente biológico, mecanicista, cultuando a doença e não a saúde e com ênfase em alta tecnologia) foi legitimado dentro das universidades, regendo a formação profissional de todas as áreas da saúde, aí incluindo a odontologia. Esse modelo teve consequências diretas sobre o perfil profissional dos acadêmicos, que passaram a priorizar na sua prática clínica diária a doença e sua cura com muito pouca ênfase sobre o conhecimento dos determinantes e condicionantes sociais das doenças, gerando profissionais despreparados para perceber e compreender essa complexa determinação (Werneck, 2008). Além disso, essa formação acadêmica pode representar uma dificuldade para o surgimento de novas práticas na saúde.

As instituições de ensino superior têm buscado romper com esse modelo, apoiadas por ações governamentais, entre elas as proposições do SUS que

envolvem o ensino dos profissionais de saúde possibilitando aos mesmos uma postura adequada para o trabalho no serviço público de saúde (Brasil, 1990).

A manutenção desse modo de ensinar se reflete no serviço de saúde, na reprodução de práticas que geram medicalização, incapacidade de atuação sobre determinantes sociais de saúde/doença, pouco (ou nenhum) vínculo e responsabilização pelo indivíduo, que é visto a partir de sua enfermidade, postura acrítica para as pressões exercidas pelo capital, com reflexos em possíveis desvios éticos e pouco espaço para valores humanos essenciais, como a solidariedade (Freitas, 2005, p. 460; Cunha, 2005, p.18).

A odontologia foi inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2000 (Brasil, 2000), trazendo a possibilidade de fazer com que a saúde bucal se tornasse um direito humano no Brasil. Essa inserção segue a mesma orientação dada pelo Ministério da Saúde (MS) no processo de efetivação das ações que o SUS propõe, ou seja, via atenção primária na saúde (APS) e reconhecendo a necessidade dos níveis secundário e terciário para a integralidade das ações.

Nessa reorganização torna-se fundamental, além da compreensão dos modelos de atenção, a preocupação com a qualificação do cirurgião-dentista (Conill, 2008, p.S9) para atuação nesta nova prática profissional (Matos e Tomita, 2004, p.1541).

Alguns autores descrevem o perfil adequado do profissional de saúde para atuação na atenção primária como tecnicamente competente, crítico e reflexivo (Brasil, 2002), sensível para as questões sociais, não negligenciando a situação de famílias e comunidades (Lawn, et al, 2008, p.920), estabelecendo vínculos e criando laços de compromisso com a comunidade, humanizando as práticas de saúde e tendo uma visão ampliada do processo saúde/doença (Cunha, 2005). Para tal é desejável que o profissional seja capaz de lidar com todas as formas de tecnologias, reconhecendo a importância das tecnologias leves (Merhy, 2002), importantes na produção de novas práticas em saúde (Santos, et al, 2007, p.75). O resultado dessas ações será a atenção à pessoa e não à sua enfermidade, caracterizando assim a atenção primária como um nível de atenção movido por valores éticos e de solidariedade (Starfield, 2004).

Os cursos superiores na área da saúde, incluindo-se aí os de odontologia, receberam nos últimos tempos diretrizes que deveriam ser implementadas para aperfeiçoamento de seus currículos, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Brasil, 2002) e o Pró Saúde (Brasil, 2005), ambas apontando para um perfil profissional semelhante ao descrito no parágrafo anterior.

Dessa forma, questões relacionadas à competência dos profissionais de saúde para a atuação em um nível de atenção que agrega particularidades, como é a atenção primária, precisam ser investigadas, de tal maneira que os resultados contribuam para a formação adequada de recursos humanos e para o sucesso efetivo de estratégias importantes como a ESF.

Procurando contribuir com esse debate foi concebido esse trabalho que pretende compreender as concepções de alunos de odontologia com relação à atenção primária e sua relação com a prática profissional.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que busca compreender uma realidade específica em profundidade e em suas múltiplas dimensões. Essa metodologia é a mais indicada quando se desejam conhecer significados, motivos e valores correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos e que não podem ser quantificados (Minayo, 1999).

A pesquisa foi realizada junto a alunos do curso de odontologia de uma instituição de ensino superior, no final da graduação. O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, que oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação (Triviños, 1990). Os pesquisados foram selecionados aleatoriamente a partir de sorteio.

Inicialmente foi elaborado um roteiro, considerado um instrumento facilitador de abertura e de ampliação da comunicação e que pode permitir aos participantes que suas visões, seus juízos e relevâncias a respeito dos fatos relacionados à pesquisa sejam devidamente contemplados. O roteiro procurou servir de baliza para o pesquisador, evitando o cerceamento da fala dos pesquisados (Minayo, 1999) e foi elaborado a partir de um questionário estruturado que foi

previamente aplicado a todos os alunos do 8º e 9º períodos da IES pesquisada. Esse questionário continha perguntas fechadas relacionadas a percepções e valores desejáveis na atuação na APS.

O roteiro foi testado com alunos do último período, em semestre anterior, por meio de dois estudos pilotos.

As entrevistas foram realizadas em local reservado para essa finalidade na Faculdade de Odontologia, proporcionando condições adequadas para realização das mesmas. Objetivavam a apreensão do discurso dos pesquisados em relação à atenção primária. Em um primeiro momento da entrevista os pesquisados foram solicitados a se expressar, pelo método de livre associação de idéias, suas concepções sobre esse nível de atenção. A livre associação de idéias permite a manifestação do conteúdo intra-psíquico, específico e peculiar de cada pessoa sobre o estudo ou ainda o fluxo do pensamento a partir de uma palavra chave (Chaves, 1993; Mendonça, et al, 2001). Posteriormente os entrevistados foram estimulados a descrever as atitudes tomadas frente a situações reais do cotidiano profissional, através do relato de 4 casos. A partir da apresentação de fatos concretos e passíveis de ocorrer no dia a dia, buscou-se verificar suas atitudes em relação às dimensões vínculo e responsabilização; ética e solidariedade; visão do processo saúde doença e atenção à pessoa (não à sua enfermidade) e tecnologias necessárias para o trabalho na atenção primária.

As entrevistas foram gravadas em áudio. Foram realizadas 8 entrevistas para obtenção de conteúdo considerado ideal pelo pesquisador, ou seja, quando haviam elementos suficientes para se proceder uma análise.

À medida que as entrevistas eram realizadas as falas eram transcritas pelo próprio pesquisador. Posteriormente os dados foram analisados, a partir de leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando apreender os temas e categorias centrais relatados (Minayo, 1999). A seleção dos temas/categorias foi realizada por três pesquisadores simultânea e independentemente, com o intuito de permitir diferentes enfoques e abordagens contidas nos dados, objetivando uma análise mais cuidadosa do material. Após discussão entre os pesquisadores os temas foram consensados.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG através do Parecer nº. ETIC 248/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Três grandes temas foram obtidos a partir da análise do material: as concepções, o aprendizado e a prática relatada em Atenção Primária na Saúde.

Concepções de atenção primária

Foi pedido aos pesquisados que falassem livremente o que lhes conviesse após ouvirem a expressão “atenção primária na saúde”. Em relação a esse tema, os alunos se manifestaram quanto ao entendimento da atenção primária enquanto nível de atenção relacionado à ações simples e pouco resolutivas e com carência de tecnologias que possibilitariam uma odontologia de qualidade.

“as coisas mais básicas...mais simples, que a gente pode fazer pro paciente, a princípio”

“tem menos recurso, precisa de menos coisa, menor custo”

“meio que uma adequação antes do paciente passar por procedimentos de atenção secundária”

A atenção primária é vista algumas vezes como uma etapa na assistência dos usuários, antes do tratamento propriamente dito. Para os entrevistados esse nível de atenção se limita a realizar procedimentos clínicos preparatórios, definidos vagamente pelo termo “adequação”, para a etapa seguinte, a atenção secundária, ou seja, a atenção primária era encarada como um “pré tratamento”. O momento nobre se daria na atenção secundária e nesse sentido a atenção primária seria pobre por “apenas adequar” o paciente para essa segunda etapa.

Na maioria das vezes, entre profissionais da saúde, a odontologia ganha grau de qualidade à medida que avança em complexidade de procedimentos, tecnologias sofisticadas e, portanto, maior custo. Deste modo, se não há compreensão do modelo de atenção, organizado em níveis, não independentes e integrados, complica-se o entendimento de que esta etapa não se basta, faz parte do todo maior, não se configurando como um “pré-tratamento”.

“então, sempre partindo da melhor opção de tratamento para uma opção mais...um custo menor”

Na literatura, a atenção primária é definida, quanto ao uso de tecnologias, como aquele nível de atenção caracterizado por apresentar baixa densidade tecnológica e alta complexidade epidemiológica, sendo necessária a articulação de diversos saberes e múltiplos profissionais em um correto trabalho de equipe (Cunha, 2005; Schraiber, et al, 2000; Merhy, 2002; Brasil, 2006; Santos, et al, 2007, p.79). Porém, os pesquisados não fazem menção a essas particularidades tecnológicas da APS. Para eles a APS caracteriza-se, quanto ao uso de tecnologias, como sendo um lócus que utiliza a técnica odontológica, expressa através de ações clínicas e esse foi um fato expressivo entre os resultados obtidos.

“Atenção primária seria (...), tratamentos interceptativos, tipo remoção de cárie, restaurações em amálgama, resinas, raspagem pra melhorar a função gengival, aplicação de flúor para paralisação de cárie, ionômero em crianças pra restauração.”

A correlação feita entre APS e procedimentos clínicos diversos pode ser explicada a partir de Botazzo (2008, p.222), que nos lembra a própria história da odontologia, quando ainda no final do século XIX, teve entre suas propostas a formação de um profissional que privilegiasse “o trabalho de bancada e a habilidade das mãos”. Essa concepção mecanicista da atividade do dentista persiste na contemporaneidade e esse “centramento dentário”, mais uma vez corroborando o apontado anteriormente, se opõe frontalmente ao defendido pelas DCN (Brasil,2002) para os cursos de odontologia.

Para os entrevistados, não terminar um tratamento clínico na atenção primária faz com que se sintam frustrados. Quando perguntados se o paciente ficou satisfeito com o tratamento ou se consideram que prestaram um serviço de qualidade, a análise circula sempre nas possibilidades de tratamento clínico, “completo ou incompleto”.

“eu não fiquei satisfeita (com o tratamento da paciente) porque eu queria ter concluído o caso dela, era uma coroa total, era importante”

Na ânsia de completar o tratamento a integralidade passa a ser condicionada à possibilidade de aumentar o rol de procedimentos na atenção primária e este é o rumo relatado para se chegar à resolutividade.

“a gente fazia era atenção primária, né, exodontias, não sendo ciso incluso, exodontias mais simples a gente fazia, em permanentes, adultos e crianças...acho que a endodontia até caberia na atenção primária...”

Uma das explicações possíveis para isso pode estar na falta de um adequado sistema de referência e contra-referência que poderiam efetivamente contribuir para uma maior resolutividade dos tratamentos.

“atenção primária lá...atenção primária lá não tem continuidade, não dá prá fazer muitas coisas”

A visão que os entrevistados possuem da atenção primária enquanto um nível “pobre” reflete alguns dos temores da XI Conferência Nacional de Saúde, quando debates buscavam não associar a ESF a uma estratégia “pobre para pobres. Esse temor não era inédito nesse momento uma vez que entre as interpretações existentes de atenção primária estaria aquela que a concebe como programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade, tomando corpo na proposta da atenção

primária seletiva, destinada a populações pobres (Mendes, 1996; Gil, 2006, p.1175).

Nada mais natural que uma atividade, classificada como simples e incompleta seja concebida como não resolutive. Fica assim demonstrada a força da clínica e do uso de tecnologias duras no imaginário dos pesquisados, provavelmente porque a clínica consegue oferecer de maneira pragmática muitas soluções para as demandas por tratamento cirúrgico-restaurador que a população apresenta. Os pesquisados caracterizaram a APS como limitada em sua resolutividade.

“quanto ao tratamento, muitos (tratamentos) vão além da atenção primária”

“atenção primária lá não tem complemento, igual eu te falei, não tem tratamento endodôntico”

Dessa forma ignoram que muitos os que procuram a APS assim o fazem porque algumas vezes precisam conversar e se sentirem acolhidos. Se tivessem noção dessa realidade poderiam usar tecnologias apropriadas, ampliando significativamente o grau de resolutividade de suas ações, que não se limitariam mais ao aspecto biológico. Agindo assim reproduzem o paradigma hegemônico pela redução dos usuários à simples biologia. Se por um lado não há dúvida que as necessidades clínicas dos usuários devem ser devidamente atendidas, é necessário também que haja o reconhecimento dos usuários como indivíduos, em suas condições de existência, seus hábitos, sua cultura, suas limitações, riquezas e fragilidades. Resolutividade na atenção primária só é alcançada através do equilíbrio entre atividades promocionais, preventivas e curativas. Não pode ser esquecida a realidade epidemiológica de saúde bucal

do povo brasileiro, que aponta que indivíduos adultos apresentam grande demanda por próteses, que não são obtidas na atenção primária. Esse fato pode explicar porque os alunos possuem uma visão de baixa resolutividade desse nível de atenção.

Essa concepção de baixa resolutividade apontada pelos alunos está em desacordo com o preconizado pela ESF, apontada como um programa estratégico para reorientar o modelo assistencial com a perspectiva de superar os dilemas relacionados à falta de resolutividade da atenção primária, bem como ampliar o acesso aos cuidados de saúde. É importante lembrar que o sucesso da ESF em qualquer município depende, em boa parte, da resolutividade dos serviços de média e alta complexidade tecnológica para dar seguimento ao processo de assistência à saúde. Caso contrário, o risco é de que a ESF se restrinja a uma cesta minimalista (Monnerat, et al, 2002, p.513).

Entre os procedimentos clínicos destacados pelos pesquisados incluíram-se os preventivos, considerados de baixo custo, largo alcance porém com forte componente normativo e unilateral, de mão única: de profissional para paciente.

“pro paciente ter uma noção dos cuidados que ele deve ter prá não desenvolver nenhum tipo de doença, como cárie, doença periodontal, evitar doces, como escovar...”

“promoção da saúde também, né, que a gente pode estar passando informações, tirando dúvidas, passando informações a respeito de escovação”

“com certeza (importância do preventivismo) porque senão a gente não tinha perdido tanto tempo fazendo orientação”

Relatos descrevem a necessidade da realização de profilaxias, orientação de higiene, dieta, enfim, todos voltados para a odontologia preventiva. Mesmo quando o termo promoção da saúde foi usado algumas vezes, as respostas apontavam que promover saúde representaria a execução de ações tradicionalmente preventivistas.

As falas dos alunos em relação ao preventivismo expressam suas concepções sobre a profissão odontológica, entendida como um dos dispositivos de controle sobre os indivíduos. Esses devem aprender a limpar o corpo (conseqüentemente a boca), sendo necessário o discurso reiterado sobre a necessidade (que se inicia na infância) de se escovar os dentes e recalcar o desejo por alimentos doces (Botazzo, 2008, p.223).

O contato com os pacientes é marcadamente normativo, vertical e autoritário. De tal forma que parece haver entre os entrevistados duas categorias de pacientes: os colaboradores ou não. Demonstra-se assim a existência de uma relação de poder e de responsabilidade única dos pacientes.

“porque eu falava “você tem que escovar” aí chegava na outra semana e estava do mesmo jeito”

“vou falando tudo que ele precisa saber, o que ele não precisa, quando ele tem alguma dúvida...”

“mas eu acho que a pessoa tem que estar disposta também”

Esse comportamento evidenciado pelos pesquisados evidencia a força do paradigma hegemônico na sua formação acadêmica. A clínica odontológica, local de espaço de reprodução de saberes hegemônicos herdou padrões autoritários, verticais, nas relações entre profissional de saúde e usuário,

gerando condições assimétricas de convivência entre as partes (Foucault, 2006). Esses saberes permanecem cristalizados no processo ensino-aprendizagem das IES. Conseqüentemente são reproduzidos pelos profissionais na sua prática clínica. Essa reprodução se dá de tal maneira que mesmo em situações de APS há a tendência dos profissionais reproduzirem o comportamento típico de ambientes que privilegiam os saberes e a postura biomédica. Em situações de APS é necessário conquistar a participação e compreensão das pessoas. Uma relação horizontal, dialógica e ética são os caminhos possíveis para alcançar esse objetivo. Fica cada vez maior a necessidade de disposição e técnica para escuta, aceitação do outro e seus saberes (Cunha, 2005).

Aprendizado de atenção primária

Com relação ao aprendizado da atenção primária os entrevistados destacaram a importância do professor facilitador, a identificação entre a atenção primária e as vantagens observadas em diferentes cenários de prática.

“eu conversava muito com meu professor, (...), ele me falou que eu precisava entender o que o paciente queria de mim, porque ele não queria só que eu olhasse o que ele tava precisando o que ele tinha de doença e pronto (conseqüentemente) eu comecei a enxergar o paciente não só como uma boca que tem cárie, que tem outras necessidades que aos nossos olhos não são tão importantes mas são para ele”

Fica clara a importância do professor como um elemento ativo no processo de aprendizagem, a partir de reflexões compartilhadas com os alunos, possibilitando a tomada de atitudes favoráveis que se reverterão positivamente no tratamento dos pacientes. No tocante a professores facilitadores, notou-se

que a postura, a atitude de educador, não apenas “ensinando” o conteúdo, é um dos fatores que se destaca, corroborando outro estudo realizado (Castanho,2002, p.381).

A formação em odontologia é caracterizada pela elevação cada vez maior do nível de sofisticação dos procedimentos clínicos, bem como pela manutenção de um processo de ensino-aprendizagem predominantemente psicomotor, devido à sua característica tecnicista. As observações colhidas são positivas e apontam definitivamente para a valorização do bom professor, como sendo aquele capacitado para intervir em diferentes situações no processo de ensino-aprendizagem e proporcionando uma formação mais adequada do aluno para o enfrentamento de diferentes situações, incluindo-se aí aquelas da atenção primária.

A presença do professor facilitador é um elemento fundamental na consolidação (ou não) de novas práticas profissionais, gerando reflexão e produção de um profissional mais crítico, com mais recursos e mais preparado para perceber e enfrentar a realidade. Para que o processo pedagógico se dê de fato em um novo formato, são necessárias atitudes fundamentais dos docentes uma vez que há grande tendência de que momentos pedagógicos ricos sejam reduzidos a uma discussão de casos clínicos centrada na definição de procedimentos, reproduzindo-se assim o modelo hegemônico (Werneck, 2008, p.191).

“eu me lembro do meu internato, atenção primária, CIAP aqui na faculdade, é isso que eu lembro de atenção primária...”

“é o que a gente faz muito no internato rural, a gente fica mais na área de atenção primária”

Foi possível identificar a correlação que os pesquisados fazem entre a atenção primária e diferentes disciplinas usadas para possibilitar o seu aprendizado. Assim, para os pesquisados a atenção primária foi lembrada como relacionada a um locus no qual houve esse aprendizado, muitas vezes ligado às atividades do internato rural ou à macro disciplina Clínica Integrada de Atenção Primária (CIAP).

A análise das situações expressas pelos relatos dos alunos aponta para o entendimento da APS como uma disciplina, uma área do conhecimento como qualquer outra, relacionada a um local de aprendizagem e com conteúdo definido. A Faculdade como prestadora de serviços para o SUS, as clínicas de referência ou o modelo de atendimento previsto no currículo não foram relatados.

Também chama a atenção a correlação feita entre a atenção primária e diferentes cenários de prática.

“em relação à atenção primária, eu sempre cito o internato porque o internato foi o lugar que eu aprendi mesmo”

“você tem que fazer uma coisa prá saúde dela, não prá boca dela só, entendeu, que era o que a gente tava tentando fazer nas escolas saudáveis, a gente tentava mostrar higiene, saúde como um todo, aí já muda completamente, abordar tudo na vida da pessoa”

Ambientes que tem a tendência de possibilitar um processo de ensino-aprendizagem em moldes tradicionais têm sido preteridos em favor de diferentes cenários de prática, que têm sido valorizados. Práticas assistenciais podem se desenvolver de maneira mais eficiente e com menores custos nas

unidades básicas, na comunidade e nos domicílios. Provavelmente têm um potencial maior de despertar os alunos para questões ampliadas que envolvem os indivíduos e famílias, capacitando-os para o enfrentamento dessas mesmas situações, levando-os a uma visão mais reflexiva a respeito dos determinantes sociais de saúde/doença.

Seja através de disciplinas como o CIAP, seja através do internato rural ou através de projetos de extensão, é desejável a interação ativa do aluno com a população, tendo a mediação ativa do professor nesse processo. Isso deve se dar preferencialmente desde o início da formação, proporcionando ao aluno a oportunidade de trabalhar sobre problemas reais, e de assumir responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia (Campos, et al, 2001, p.55).

Prática relatada da APS

Observou-se entre os relatos que as diferentes experiências, sobretudo em cenários diferenciados, conseguem sensibilizar os alunos para as diferentes situações com as quais são confrontados.

“sensibilidade, sabe, sensibilidade com o que tava acontecendo e é uma coisa que a gente não convive...a gente não convive, a gente não tem isso, né...”

Essa sensibilização frente às diferentes condições de existência dos indivíduos é desejável junto àqueles que pretendem trabalhar na APS, pois como afirmam Caprara e Franco (2004, p.142), além do suporte técnico-diagnóstico, os profissionais da saúde necessitam de sensibilidade frente à realidade do

paciente, para ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem o enfrentamento da doença.

Diversas foram as reflexões relacionadas a uma visão “integral” do usuário, muitas delas revestidas com a insígnia do “todo”, mas observou-se que essas reflexões refletem na verdade que o sentido concreto de integralidade para os pesquisados é uma ação profissional relacionada ao tratamento cirúrgico restaurador (completo ou não). Ou seja, para os alunos a atenção integral é aquela que consegue suprir as necessidades clínicas do usuário, “concluir os casos”.

“que o tratamento não é só do dente, que a gente trata da pessoa como um todo, ... eu acho que a nossa vontade nossa mesmo como aluno é concluir os casos, fazer o máximo que a gente puder”

Corroborando os aspectos acima Botazzo (2008, p.224) nos lembra que a atuação do “verdadeiro dentista” historicamente nunca havia ultrapassado os limites gengivo-dentários. Esse limite estabelecido para atuação do CD se fundamentava a partir de um respaldo alcançado no mundo acadêmico e científico e que legitimava o trabalho do profissional da odontologia na sociedade. Apesar de considerar o “todo” na abordagem dos usuários, os pesquisados mantêm a concepção biológica como a única que fundamenta a “integralidade” do indivíduo.

Apesar disso, os relatos demonstram o olhar dos pesquisados em direção a uma visão mais “integral” do usuário. Apesar de não significar que os entrevistados assimilaram o princípio da integralidade, reconhecidamente complexo e polissêmico (Moysés, 2005, p.49), existe um avanço nessa visão.

“acho que é assim por esse lado, de você estar pegando o paciente, né analisando como um todo”

“que o tratamento não é só do dente, que a gente trata da pessoa como um todo”

O usuário começa a ser reconhecido como um indivíduo, em um movimento que pode indicar, ainda que de maneira incipiente, o início do rompimento com o universo restrito da boca, em um movimento que indica uma evolução em relação ao apontado por Paixão, et al (1981, p.41), quando esses autores definiram que nessa ocasião e na mesma instituição pesquisada havia uma visão desumanizada do usuário em clínicas odontológicas de ensino sendo que muitas vezes o paciente era “identificado” pela patologia ou necessidade odontológica que carregava.

Não foram raros os relatos que evidenciam incompreensão por parte dos pesquisados quando confrontados com as perguntas problematizadoras. Nas situações de existência apresentadas, alguns definiram que as condutas passariam por soluções biomédicas, abstraindo-se outras possibilidades éticas ou solidárias. Na situação de o usuário relatar a inexistência de água tratada e esgoto encanado foi possível obter algumas respostas como:

“então, já que ela não tem água tratada não tem flúor na água, né”.

“eu poderia passar um, um, uma orientação pra que ele fervesse água, tinha de ferver água e tudo, que ele tentasse um dentifrício fluoretado mais em conta...”

Já em outra dimensão abordada, a resposta definiu categoricamente que a opção do pesquisado se dariam em relação às questões clínicas do usuário:

“eu acho que é sempre conversando “oh, não vai ser o fato de esquecer da saúde bucal que vai te ajudar em outro assunto”

Os pesquisados conseguem enxergar a realidade e, como apontado anteriormente, sentem-se sensibilizados com essas situações. No entanto esse impacto é insuficiente para alterar sua prática.

“talvez a gente fosse enxergar que na realidade dele era uma coisa distante, sabe, mas eu acho que com relação ao meu trabalho, ao que eu fiz na boca dele, acho que não mudaria nada”.

Foi possível ainda definir nos relatos que, embora houvesse sensibilização dos pesquisados frente às diversas situações de APS vividas no curso de odontologia e em diferentes momentos do curso também tivesse havido participação ativa dos professores no sentido de despertar-lhes o espírito crítico, não havia uma definição sobre qual melhor conduta frente a tais situações.

“eu acho que eu vou ficar com dó dele, sabe, no tratamento mesmo não ia mudar em nada, acho que eu podia ser uma dentista mais psicóloga, escutar mais, dar conselhos, ajudar a esposa a procurar um AA, uma coisa do tipo mas, o meu tratamento não ia mudar nada, talvez eu fosse mais psicóloga...o tratamento dele, dentro da boca dele não ia mudar nada”

Essa falta de definição por parte dos pesquisados quanto a uma conduta frente às dimensões colocadas permitiu uma divisão desses mesmos pesquisados em grupos: haviam aqueles que ofereceriam uma orientação e conversariam; haviam ainda aqueles que não se sentiriam capacitados para o enfrentamento dessas situações e respondem oferecendo a ajuda de um amigo; outros ainda acreditam na possibilidade de procura de outra instituição. É surpreendente a frequência pela qual o psicólogo é lembrado como sendo aquele capacitado para o enfrentamento das situações. A explicação para tal fato pode ser que para os alunos a solução para os diversos problemas colocados na entrevista passa por ações individuais e não coletivas, fato que já havia sido apontado por

Paim e Filho (1998, p.310) quando esse autores apontaram a força do modelo conceitual biomédico, responsável pela separação entre individual e coletivo. Ou seja, como para os pesquisados o tratamento é a base da atenção “integral”, bastaria cada profissional tratar isoladamente a sua parte que os problemas estariam resolvidos. Possivelmente também os alunos não se enxergam como profissionais de saúde capazes de intervir em situações adversas de existência dos indivíduos. Entendem-se como profissionais limitados às ações de ordem bucal e lhes falta o sentido do trabalho em equipe, tão desejável para a atuação na APS. Incapazes de lidar com essas situações, muito embora as mesmas tenham reflexos diretos e diversos na saúde dos indivíduos, mais uma vez definem que reconhecem o problema, mas sua conduta clínica se manteria intocada.

“talvez ele precisasse de outro tipo de suporte, é, clínico que eu pudesse oferecer eu ofereceria mas os outros tipos de suporte eu acho que eu não seria capaz de oferecer, sabe...mas quanto ao meu atendimento, não mudaria nada”

Muitas vezes os indivíduos procuram o serviço médico por problemas de saúde menores, mas com evidentes sintomas de estarem necessitando falar sobre seus problemas pessoais. Em contraste, a maioria dos profissionais, formados apenas com essa visão fragmentada e organicista do modelo biomédico, e até por limitações estruturais de tempo e espaço, estão apenas preocupados em definir, na maior brevidade de tempo, o diagnóstico de uma patologia física que explique os sintomas do paciente, desconsiderando os problemas psicológicos e sociais dessas pessoas. São relativamente poucos os casos em que o profissional de saúde reconhece as necessidades de escuta dos pacientes, atividade que faria parte de práticas de prevenção e promoção da saúde. Por um lado isso implica no reconhecimento da necessidade da participação de

outros profissionais da saúde, como psicólogo e assistente social, preparados de forma mais específica para esse tipo de situação, possibilitando um verdadeiro trabalho interdisciplinar e práticas mais humanizadas de saúde (Traverso-Yépez, 2001, p.52; Cunha, 2005). Por outro lado suscita a necessária discussão relacionada à formação dos profissionais que atualmente são mais envolvidos na APS, como os cirurgiões-dentistas, de tal forma que na sua graduação sejam incorporados elementos que possibilitem a esse profissionais um atendimento adequado, menos fragmentado, verdadeiramente integral e humano.

Preparados para atuarem sobre as patologias definidas pelas nosologias biomédicas, ao se defrontarem com situações complexas que os indivíduos lhes apresentam e que não mereceram ênfase em seu curso de graduação (não se configuram como as citadas nosologias), consideram tais situações complexas e nada mais natural que transferir a responsabilidade da resolução de tais problemas para outros profissionais.

O discurso dos pesquisados, que aponta uma solução só individual, anteriormente lembrada através da pessoa do psicólogo, nos permite interpretar que os participantes apresentam uma visão limitada do processo saúde-doença, do modelo, da equipe de saúde. Observou-se em outros momentos que conceitos ampliados do processo saúde doença foram formulados pelos alunos, mas quando confrontados com suas atitudes relatadas, fica claro que tais conceitos formulados, na verdade não passam de

discursos. Não há possibilidade de avanço sobre o discurso, se ele não se transforma em prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se cada vez mais urgente a utilização de estratégias baseadas em APS em políticas de saúde de diferentes países, de diferentes realidades. Os altos custos relacionados ao modelo hegemônico, que não representaram semelhantes ganhos em qualidade de vida e que foram responsáveis pelo surgimento de uma sociedade dividida entre aqueles que podem ou não comprar os serviços de saúde, definindo assim cidadãos de “primeira” e “segunda” categoria tem sido cada vez mais questionados não só em função da questão econômica envolvida, mas também em função dos aspectos éticos e humanitários que esses fatos suscitam.

A correta operacionalização da APS passa necessariamente pela utilização de mão de obra qualificada e esse permanece um desafio junto às IES. Essas precisam romper com entraves em seus interiores que impedem significativamente a adequada formação dos seus egressos não somente com vistas à atuação na APS, mas conseqüentemente às suas potencialidades na construção de um verdadeiro projeto de sociedade.

Observou-se uma evolução dos pesquisados em relação a outros alunos de odontologia da mesma IES, graduados décadas atrás. Essa evolução aponta para um processo de sensibilização dos alunos frente a situações diversas de

existência dos atendidos em APS. A tendência na construção de uma visão “integral” dos atendidos é fato positivo, muito embora tenha ficado claro que essa “integralidade” está associada à clínica, provavelmente por ser capaz de solucionar, do ponto de vista biológico, as necessidades dos indivíduos. No entanto, não foi possível obter através dos relatos dos pesquisados atitudes que possam apontar que essa sensibilização transformou sua prática. Embora haja uma tendência no sentido de se “extrapolar” o universo da boca pelo reconhecimento dos indivíduos como um “todo”, na prática as atitudes relatadas foram convencionais, similares à atividade do CD que não é vinculado ao sistema de saúde. Os formandos não se sentem como agentes capazes de intervir e propor soluções a nível macro dos problemas dos indivíduos.

Uma possível resposta para esse comportamento (ou ausência de comportamento) por parte deles está no fato de que há a vivência do problema em si, o que os sensibiliza. Provavelmente não há vivência da solução do problema, o que lhes impede de formular atitudes ou respostas a tais situações.

Existe, portanto, uma necessária reflexão em torno das estratégias pedagógicas usadas para preparar o aluno de odontologia no interior das IES. Essas devem estar comprometidas com adequada formação profissional, não exclusivamente do ponto de vista técnico científico (sem dúvida necessária para o enfrentamento de diversas situações com as quais os alunos irão enfrentar em sua vida profissional), mas também com o aprendizado da APS e

do sistema público de saúde no sentido de que haja incorporação de situações possibilitadoras de aprendizado voltado para intervenções sobre os problemas dos indivíduos.

Também é importante afirmar que transformações mais profundas no modo como profissionais são formados só são possíveis com a participação de todo o corpo docente. Conceber a atenção digna, através da APS, a uma maioria historicamente excluída não deveria ser objeto de preocupação de um grupo restrito de professores, e sim de todos os envolvidos no processo de aprendizagem dos alunos.

É muito precoce afirmar que o assunto encontra-se encerrado com as conclusões alcançadas através dessa pesquisa. Espera-se que tais resultados possam ser objeto de reflexão tanto naquilo que aponta de positivo quanto nos aspectos relacionados ao aprendizado da APS que se mostraram deficientes e que deveriam ser trabalhados em todas IES comprometidas com a formação profissional voltada para dignidade do atendimento humano.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M E; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSÉS, S T; KRIGER, L; MOYSÉS, S J. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências**. Artes Médicas. 2008. 308p.

BOTAZZO, C. A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas. In: BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem**

interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo, Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

BRASIL. Lei 8080 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. Brasília, 1990. Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em www.cfo.org.br/jornal/n42/leiseprojetos.htm

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais nos Cursos de Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 04 mar 2002, seção 1, p. 10. Disponível em portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. Acessado em 04.11.2005. Disponível em www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro_saude.pdf

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de atenção básica nº. 17 Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad17.pdf

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

CAMPOS, FE; FERREIRA, JR; FEUERWERKER, L; SENA, RR; CAMPOS, JJB; CORDEIRO, H; JÚNIOR, LC. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.25, n.2, mai/ago, 2001.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico- paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CASTANHO, ME. Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.51-62, 2002.

CECCIM, R B; ARMANI, T B; ROCHA, C F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.7, n.2, p.373-383. 2002.

CHAVES, Eliane Correa. O desempenho de papéis sociais numa relação de ensino-aprendizagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n. especial, p.35-42, 1993.

CONILL, E M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da família em centros urbanos do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p.S7-S16, 2008.

CUNHA, G T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.212p.

FREITAS, S F T; KOVALESKI, D F; BOING, A F. Desenvolvimento moral em alunos de um curso de Odontologia: uma avaliação construtivista. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10,n.2, p. 453-462, 2005.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Forense Universitária, 231p, 2006.

GIL, C R R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, 2006.

LAWN, J E; ROHDE, J; RIFKIN, S; WERE, M; PAUL, V K; CHOPRA, M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. **The Lancet**, v.37 n.9642, p.917-927, 2008.

MATOS, P E S; TOMITA, N E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1538-1544, 2004.

MENDES, E V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996.

MENDONÇA, Paulo Bueno de; PICCININ, Lucy Campos; CAPUCHO, Celso Medeiros; CAMPOS, Carlos José Reis de. Efeito de descargas epiléticas lateralizadas no fluxo do pensamento. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, v.59, n.2B, p.318-323, 2001.

MERHY, E E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p

MONNERAT, G L; SENNA, M C M; SOUZA, R G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.509-521, 2002.

MOYSÉS, S J. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em saúde Bucal no Brasil. In: GARCIA, D V G. **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro, 120p. 2005.

MUSSE, J O.; BOING, A F.; MARTINO, F S.; SILVA, R H A da; VACCAREZZA, G F.; RAMOS, D L P. O Ensino da bioética nos cursos de graduação em odontologia do estado de São Paulo. **Arquivos em Ciência da Saúde**. São Paulo; v.14, n.1, p.13-16, 2007.

PAIM, J S; FILHO, N A. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.

PAIXÃO, H H; CAMPOS, H; LIMA, W A. O paciente como objeto de ensino. **Arquivos do Centro de Estudos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais**, v. 18, n.1/2, p.37-44, 1981.

SANTOS, A M; ASSIS, M M A; RODRIGUES, A L A O; NASCIMENTO, M Â A; JORGE, M S B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.1, p.75-85, jan. 2007.

SCHRAIBER, L B; NEMES, M I B; MENDES-GONÇALVES, R B, orgs. **Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica**. 2ª ed. Editora Hucitec, São Paulo, 2000. 287p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO Brasil, Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.brasilia.unesco.org/publicacoes/livros/atencaprimaria>

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e a saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, v.6, n.2, p.49-56, 2001.

TRIVIÑOS, A N S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Editora Atlas, 1990, 175p.

WERNECK, M A F. Internato em Saúde Coletiva – a disciplina do Internato rural em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG. In: BOTAZZO, C; OLIVEIRA, M A. **Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo, Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

7 COMENTÁRIOS FINAIS

Não importa se examinada pelo olhar de uma instituição centenária (aqui considerando o início a partir de Lord Dawson) ou a partir de seu 30º aniversário (nesse caso considerando Alma Ata), a APS encontra-se cada vez mais em evidência e sua importância para as sociedades atualmente é indiscutível.

Muitos anos de predomínio (sim, até hoje hegemônico) do paradigma biomédico possibilitaram na verdade o surgimento de uma modalidade de produção de serviços e bens em saúde que se caracteriza por ser altamente contraditória. Assim, nada aconteceu por um acaso e o momento histórico no qual esse paradigma teve início foi justamente aquele no qual o capitalismo mais precisava de força para se desenvolver.

Dessa maneira, e essa é a vertente positiva do paradigma, inúmeras possibilidades terapêuticas se tornaram viáveis a partir de indústrias (farmacêuticas e de equipamentos) que então se desenvolviam e que foram beneficiadas pelo mesmo paradigma. Novos tratamentos, novos medicamentos, novas possibilidades para a humanidade (sim, aquela mesma que busca a utopia da vida eterna através da saúde) começaram a acontecer. Doenças que hoje são tratáveis, preveníveis, situações até então impensáveis do ponto de vista do arsenal médico passaram a ser realidade.

Ao mesmo tempo foi observado um aumento da crença na ciência como sendo uma “entidade” capaz de proporcionar soluções para os mais diferentes dilemas da saúde. As ciências da saúde, principalmente a medicina, apresentavam-se cada vez mais como sendo “ferramentas” possibilitadoras de uma “nova vida”, um “novo horizonte” para a humanidade. Ou seja, bastava que se recorresse aos médicos, aos hospitais, às clínicas para que as dores estivessem aliviadas, as feridas cicatrizadas e, quase isso, a morte estivesse afastada. Os recursos humanos seriam formados de acordo com as necessidades desse momento, tudo estaria garantido, seria uma engrenagem perfeita: grande ênfase nos tratamentos, na cura, nas doenças; pouca preocupação com as pessoas; estas eram na verdade patologias incômodas e seus corpos seriam adequadamente despídos, investigados, fracionados, submetidos a intervenções

dolorosas (desumanas?). Sua qualidade de vida não se consistiria em preocupação. Sua cultura era desprezível frente à “ciência” e suas condições de existência não fariam parte das questões que a saúde deveria se preocupar. Essa situação alimentaria o sistema, que venderia medicamentos, que possibilitaria exames, que disponibilizaria insumos diversos.

Tanto barulho praticamente impediu que críticas e reflexões sobre esse modelo quase “milagroso” fossem formuladas. Em um primeiro momento não devia haver dúvidas: a humanidade havia chegado ao futuro. Mas o caminho para uma viagem tão distante não devia ter custado barato. Algum preço deveria estar lá a ser pago. E a conta devia ser paga por alguém. E aí surge o lado obscuro do paradigma. E aí também surgem os questionamentos sobre ele, as insatisfações, o reconhecimento de que muito daquilo que então parecia verdade era de fato uma utopia. A conta veio logo. E veio alta. E, pior ainda, veio desigual e injusta. E, é lógico, cheia de insatisfações.

A realidade chegou às pessoas. Cansadas de serem divididas e fragmentadas, insatisfeitas com o custo que não correspondia a avanços concretos em suas vidas, bem como com a maneira como eram (são?) atendidas, de forma descompromissada e desinteressada, começaram a entender que esse modelo não é adequado.

São essas as principais razões pelas quais se faz necessário o surgimento de um novo paradigma, libertador, baseado na promoção da saúde, capaz de colocar as pessoas na condução de suas próprias vidas, humano, ético e solidário e sensível à determinação social das doenças dos sujeitos, ciente de que sua atuação por vezes se limitará na assistência, mas o horizonte e a “imagem objetivo” serão a atenção e a integralidade.

Mas como colocar em prática um novo paradigma, uma nova forma de produção de serviços em saúde? Um novo modelo se estabelece por si próprio? Ele opera, produz e torna suas ações concretas de maneira espontânea?

Por isso acredito que a superação desse desafio, que é o de transformar um modelo baseado na doença para outro baseado na promoção da saúde, passa necessariamente

por aqueles que na prática irão efetivamente desenvolver as ações de saúde junto à população, que são os profissionais de saúde. E é também por essa razão que acredito que o início desse processo passa por sua formação acadêmica. Torna-se para mim cada vez mais evidente que o profissional formado deve saber se equilibrar adequadamente entre diferentes saberes e permitir que sua prática profissional seja balizada por tal equilíbrio: todas as formas de tecnologia são necessárias (como dar conta de tamanho desafio imposto pela integralidade sem que, pelo menos, haja o entendimento da complexidade do ser humano e o necessário arsenal para o seu cuidado?); sua conduta deve permitir a crítica e a reflexão constante de seus atos, possibilitando a condução de encontros éticos e solidários entre sujeitos, cada vez mais demandados, pois cada vez mais torna-se claro que a produção de encontros desinteressados e descompromissados não é aceitável; devem exercer sua profissão de maneira adequada ao contexto social aonde estão inseridos, entendendo que esse exercício nada mais é que uma forma de participação e contribuição social; devem enfim reconhecer que o paradigma hegemônico não é onipotente, tem muitos limites e que as posturas baseadas em “certezas” que ele traz podem muitas vezes conduzir a mais males que benefícios para a saúde dos sujeitos.

E é natural imaginar que o aprendizado dessas habilidades, entre outras que também poderiam ter sido citadas e que definem o perfil desejável do “novo” profissional de saúde pode se dar a partir das IES. E como devem ser adequados ao contexto social onde estão inseridos, entendendo e contribuindo para a política de saúde do país, a ênfase deve ser na APS, local aonde legitimamente deve se dar a dignidade, o acesso, a crítica e a reflexão, a contribuição e construção de uma nova realidade, de um novo paradigma.

Essa nova realidade, que pode ser construída a partir da APS, passa por essa postura profissional renovada, menos normatizadora, mais afetiva, mais solidária, buscando compromisso entre os sujeitos. As pessoas precisam se sentir amparadas, entender que o profissional de saúde está lá ao lado delas não como alguém que irá fazer cobranças e sim alguém que irá possibilitar apoio quando estiverem em dificuldade de colocar em prática determinadas atitudes. Não se trata de adotar uma postura

paternalista: é necessário reconhecer o problema, escutar as pessoas e permitir que elas construam caminhos para a solução de seus problemas, amparados pelos profissionais de saúde, ao invés de impor verticalmente “soluções” que para elas muitas vezes não são factíveis. Assim feito iremos, profissionais da saúde, aproximarmos cada vez mais das pessoas, entender suas dificuldades diárias e limites impostos por essas dificuldades, respeitá-las e fazer da luta diária que travam por sua sobrevivência a nossa própria luta.

Os resultados obtidos a partir desse trabalho podem de fato apontar para um perfil profissional mais adequado para a solução dos desafios que são colocados, especialmente se forem comparados com outros estudos feitos anteriormente e que apontam uma evidente inadequação do egresso de odontologia (PAIXÃO, et, al, 1981). Mas estão longe de encerrar a questão. A construção dessa nova tão sonhada realidade passa tanto pela efetivação dos princípios que definem a APS (sim, é nela que efetivamente tem início a tão desejada chamada dignidade) quanto pela adequada formação dos recursos humanos envolvidos, sendo que é praticamente impossível no meu entendimento a dissociação dessas duas metas. Também é importante que se afirme que a sociedade se modifica constantemente, com reflexos diretos sobre os processos ligados à saúde e ao adoecimento e assim investigações se tornam necessárias para a atualização das diferentes possibilidades de ação (DRUMOND, 2002).

O momento econômico que o mundo vive e que serve mais uma vez como um grande questionamento do sistema capitalista, excludente e egoísta, chama a todos a trabalhar arduamente pela efetivação da APS, inclusivo e solidário, um verdadeiro projeto de mundo e sociedade. A formação dos profissionais de saúde deve, portanto, ser constantemente revista e examinada para que atendam a esse novo imperativo de construção desse projeto, na verdade muito mais que um novo modo de se atender pessoas.

O desafio está lançado. Mais que coragem, devemos encará-lo de frente, nunca perdendo a esperança, mas lutando sempre...

ANEXOS

ANEXO1: Parecer do COEP



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 248/08

**Interessado(a): Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de junho de 2008, o projeto de pesquisa intitulado "**Atenção primária na saúde e ensino de graduação em Odontologia**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Teresa Marques Amaral".

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO 2: Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES 3, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.^(*)

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do
Curso de Graduação em Odontologia.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.300/2001, de 06 de novembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 4 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Art. 4º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros

^(*) CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.

profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

- IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e
- VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

- I - respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- III - atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;
- IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- V - exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- VI - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- VII - desenvolver assistência odontológica individual e coletiva;
- VIII - identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;
- IX - cumprir investigações básicas e procedimentos operatórios;
- X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;
- XI - comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações;
- XII - obter e eficientemente gravar informações confiáveis e avaliá-las objetivamente;
- XIII - aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;
- XIV - analisar e interpretar os resultados de relevantes pesquisas experimentais, epidemiológicas e clínicas;
- XV - organizar, manusear e avaliar recursos de cuidados de saúde efetiva e eficientemente;
- XVI - aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;

- XXVII - participar em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;
- XXVIII - participar de investigações científicas sobre doenças e saúde bucal e estar preparado para aplicar os resultados de pesquisas para os cuidados de saúde;
- XIX - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade;
- XX - manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional;
- XXI - estar ciente das regras dos trabalhadores da área da saúde bucal na sociedade e ter responsabilidade pessoal para com tais regras;
- XXII - reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais;
- XXIII - colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico;
- XXIV - identificar as afecções buco-maxilo-faciais prevalentes;
- XXV - propor e executar planos de tratamento adequados;
- XXVI - realizar a preservação da saúde bucal;
- XXVII - comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral;
- XXVIII - trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde;
- XXIX - planejar e administrar serviços de saúde comunitária;
- XXX - acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Parágrafo único. A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

- I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.
- II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- III - Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:
 - a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;
 - b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e
 - c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.

Art. 7º A formação do Cirurgião Dentista deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser desenvolvido de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Odontologia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Odontologia deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Odontologia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Odontologia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Odontologia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Odontologia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:

- I - estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, envolvendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:
 - a) formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico-cultural do aluno;
 - b) formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes; e
 - c) cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.
- II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica; viabilização pela integração curricular; e
- III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos neste processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e, instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem.

Parágrafo único. É importante e conveniente que a estrutura curricular do curso, preservada a sua articulação, contemple mecanismos capazes de lhe conferir um grau de flexibilidade que permita ao estudante desenvolver/trabalhar vocações, interesses e potenciais específicos (individuais).

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Odontologia que deverão ser acompanhadas e

permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Odontologia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior

ANEXO 3: Normas de publicação revista Acta Bioethica

Acta Bioethica publica estudos e artigos de revisão sobre temas bioéticos, sobretudo os problemas e dilemas éticos provenientes do avanço tecnocientífico da sociedade contemporânea, de campos de investigação científica, como: biomedicina, direito, saúde pública, entre outros. Dirige-se a especialistas profissionais, pesquisadores e docentes, além de considerar outros interessados por esta área.

Cada edição aborda um tema monográfico de bioética, ao mesmo tempo que contempla artigos de temas variados, desde que apresentem uma interface com esta temática.

Os autores poderão enviar seus manuscritos por vontade própria ou por solicitação da editora, os quais serão submetidos à revisão por um comitê avaliador. O prazo de publicação dos artigos aceitos vincula-se à disponibilidade de cada uma das seções e da oportunidade em relação às respectivas monografias.

Forma e preparação de manuscritos

1. Apresentação dos manuscritos

Os trabalhos encaminhados à Acta Bioethica deverão ser formatados em conformidade à quinta edição (1997) dos "Requisitos uniformes para manuscritos enviados a Revistas Biomédicas" (Vancouver), estabelecidos pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Ver, por exemplo: International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47.

2. Requisitos técnicos

Os manuscritos deverão ser encaminhados a:

- a) endereço eletrônico: bioetica@chi.ops-oms.org (atachados); ou
- b) correio: texto impresso em papel bond branco, formato A4, com margens de pelo menos 2,5 cm, impressão somente na frente do papel, espaçamento duplo. Os originais deverão vir acompanhados de cópia em versão eletrônica (disquete 3-1/2") em formato MS Word.

As páginas deverão ser numeradas de modo consecutivo, a partir da página de rosto. A extensão do texto não deve exceder 6000 palavras, incluindo quadros e gráficos. Conserve cópias de todo o material enviado.

3. Esquema estrutural do trabalho

3.1 Página de rosto: a primeira página do manuscrito deverá conter:

- 1) título do trabalho – conciso, considerando o conteúdo central da publicação;
- 2) nome e sobrenome de cada autor, acompanhado de titulações acadêmicas mais importantes e sua afiliação institucional;
- 3) nome das seções, departamentos, serviços e instituições a que se deve atribuir crédito pela execução do trabalho;

4) declaração com Termo de responsabilidade de autoria;

5) nome completo, endereço, número de fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência do manuscrito e solicitação de separatas.

3.2 Resumo e palavras-chave: a segunda página deverá conter um resumo não excedente a 200 palavras que descreva os propósitos do estudo e da pesquisa, metodologia adotada e as conclusões mais significativas.

Ao final do resumo, os autores deverão mencionar de três a dez "palavras-chave" que permitam aos indexadores classificar o artigo, os quais serão publicados junto ao resumo. Recomenda-se utilizar a lista de descritores do Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. No caso de termos que não se configuram no MeSH, permite-se usá-los como expressões atuais.

Consultar a seguinte URL:

- <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Recomenda-se aos autores enviar a tradução do resumo em inglês (abstract), o qual também deve incluir a menção de palavras-chave (keywords). No entanto, Acta Bioética realizará a tradução dos resumos aos autores que assim desejarem.

3.3 Introdução: expressa o propósito do artigo e resume o fundamento lógico do estudo ou observação. Destaca as referências estritamente pertinentes, sem, no entanto, proceder a uma extensa revisão do tema. Não inclui dados e nem conclusões do trabalho investigado.

3.4 Metodologia: propõe o detalhamento dos métodos, técnicas e procedimentos utilizados na organização dos dados e informações.

3.5 Resultados: apresentá-los em uma sequência lógica no texto, acrescidos de quadros e gráficos, sem repetições. Enfatizar resumidamente os dados mais significativos.

3.6 Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas desta investigação. Recomenda-se não repetir detalhadamente dados e outras informações já apresentadas nas seções Introdução e Resultados. Na seção Discussão, justificar o significado dos resultados e suas limitações, mencionando também as implicações nas investigações futuras. Estabelecer o nexo das conclusões com os objetivos do estudo, evitando afirmações gerais e conclusões não plenamente respaldadas pelos dados apresentados. Podem ser mencionadas Recomendações caso se julgue apropriado.

3.7 Agradecimentos: como Apêndice do texto, pode-se mencionar a) colaboradores que mereçam ser reconhecidos, desde que com a anuência do chefe do departamento; b) colaboração técnica recebida; c) apoio financeiro e material; d) as relações financeiras que possam desencadear conflitos de interesse. Expressar agradecimentos somente a pessoas e instituições que de fato contribuíram substancialmente ao trabalho.

3.8 Referências: - as referências devem ser numeradas consecutivamente obedecendo a ordem de menção do texto (Sistema de ordem de menção). Caso uma referência seja citada mais de uma vez, será utilizado o número original citado anteriormente.

-se for necessário citar o número das páginas, esta deverá ser incluída em parêntesis com o número de referência. Recomenda-se esta prática ao referenciar transcrições textuais.

Por exemplo:

A resolução instou aos Governos Membros a «realizarem esforços especiais por meio de contribuições voluntárias para o desenvolvimento da investigação catalítica» (17, p.240).

- identificar as referências no texto, tabelas e legendas por meio de numeração arábica, colocada entre parêntesis ao final da frase ou do parágrafo correspondente.
- as referências citadas somente em quadros ou ilustrações serão numeradas obedecendo a uma sequência de apresentação destes no corpo do texto.
- as referências deverão ser mencionadas em ordem numérica ao final do texto.
- recomenda-se não citar referências nos resumos.
- os artigos aprovados, porém não publicados, deverão ser referenciados como «no prelo» ou «proximamente publicados»; os autores receberão por escrito documento comprobatório de autorização de aceite dos artigos.
- os autores poderão conferir as referências cotejando-as com os originais.
- considere, também, como exemplo de referência o formato da U. S. National Library of Medicine (NLM), utilizado no Index Medicus.
- ao referenciar revistas científicas, cite-as entrando pelo nome completo (não abreviado).

(Consultar: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190. o URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Exemplos

3.8.1 Artigos de revistas científicas

Autor Individual, artigo que forma parte de uma série

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1985;44(4):225-260.

Mais de seis autores

Mencione os seis primeiros autores seguidos por «et al»

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. British Journal of Cancer 1996;73:1006-12.

Autor corporativo

Organização Panamericana da Saúde, Programa Ampliado de Imunização. Estratégias para a certificação da erradicação da transmissão do poliovírus selvagem autóctono nas Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1993;115(4):281-290.

3.8.2 Livros e outras monografias

Indivíduos como autores

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Editores ou organizadores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). Mental health for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd. ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Referência eletrônica**Artigo de revista em formato eletrônico**

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens].

Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Para mais informações e outros exemplos, consultar:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997;126:36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (inglês)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISUB.htm> (espanhol)

3.9 Quadros e ilustrações

A quantidade de inserção de quadros e ilustrações vincula-se estritamente ao que é essencial para a compreensão do texto.

4. Separatas: deverão ser solicitadas por escrito à Acta Bioethica, depois do recebimento da comunicação oficial de aceite do manuscrito enviado. Ficam asseguradas a cada autor cinco separatas livres de custo.

NOTA: Para a elaboração do presente documento, o Departamento de Publicações e Difusão do Programa Regional de Bioética - OPS/OMS consultou as seguintes fontes bibliográficas:

Organização Panamericana da Saúde. Manual de estilo OPS. Washington, DC:OPS;1995 (Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.

Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación Científica 526).

Sociedad Médica de Santiago. Revista Médica de Chile 1998; 126: 875-887.

National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190.

E a seguinte URL:

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISUB.htm>

ANEXO 4: Normas de publicação revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (até sete mil palavras).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevista - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência (título e resumo em português e inglês - até quinhentas palavras - e palavras-chave em português e inglês). Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Observação: na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

ENVIO DOS MANUSCRITOS

Submissão de Originais

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Times New Roman, corpo 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática.

Da folha de rosto devem constar título (em português, espanhol e inglês) e dados do (s) autor (es) (nome completo, formação, titulação, vínculo institucional, endereço completo, telefone e e-mail). A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo**. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas as contribuições individuais de cada um na preparação do mesmo.

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Observação: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo:

"...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31).

As referências citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas **adaptadas** da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

ARTIGOS em REVISTAS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

CAPÍTULOS DE LIVROS: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Ilustrações - tabelas, figuras, gráficos e desenhos devem ser inseridas no sistema como documentos suplementares, com legendas, numeração e indicação do local de inserção no texto. Especificações: resolução de 400 dpi, até 18 x 24 cm, gerados em programas de imagem (corel draw ou photoshop) ou arquivos TIFF ou JPEG, preto e branco ou tons de cinza.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço: (<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>).

Análise e Aprovação dos Originais

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termo de consentimento da pesquisa quantitativa

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado(a),

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa que tem o nome **“Atenção Primária na Saúde e ensino de graduação em odontologia”**.

Sou aluno do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, e essa pesquisa é necessária para conclusão do meu curso. Tal pesquisa tem por objetivo conhecer se conhecimentos e atitudes relacionadas à atenção primária na saúde que foram transmitidos ao longo do curso de graduação foram incorporados pelos alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Considerando que você é aluno de graduação do 8º período, já tendo recebido conteúdos a esse respeito ao longo de seu curso, preciso que preencha um questionário sobre esse tema para realizar minha pesquisa. O preenchimento do questionário será feito a partir de um grupo de alunos que, como você, são do 8º período e irá durar mais ou menos 10 minutos.

Todas as respostas serão guardadas em segredo e serão lidas e estudadas somente por mim. A divulgação dos resultados desta pesquisa se dará de forma global e anônima, sendo que sua identidade será totalmente preservada. Você não precisará efetuar qualquer pagamento.

Você poderá abandonar o estudo se quiser, mesmo que já tenha concordado em participar. Se tiver dúvidas, poderá ligar para mim ou para o comitê de Ética em Pesquisa, órgão da Universidade Federal de Minas Gerais que aprovou esta pesquisa.

Obrigado pela participação.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, identidade no. _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido dos objetivos da pesquisa e concordo em participar do trabalho, por minha livre vontade.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura

Em caso de dúvidas:

**Comitê de Ética em Pesquisa (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627
Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005
Campus Pampulha Belo Hte. fone:3409-4592**

Heriberto Fiúza Sanchez: 3261-2377

Orientadora: Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira: 3409-2457

APÊNDICE 2: Questionário quantitativo

1- Para cada uma das questões colocadas abaixo, foram feitas três considerações diferentes. Não existem alternativas certas ou erradas. Existem pensamentos diferentes. Marque a alternativa que para você é a mais adequada.

Uso de tecnologias em atenção primária para você significa:

- conhecimentos profissionais aplicados de uma forma estruturada, organizada no contato com os pacientes.
- capacidade de dialogar, escutar e aceitar o outro em sua história de vida;
- aparelhos, instrumentos, materiais utilizados no tratamento dos pacientes
- nenhuma das alternativas acima

Visão do processo saúde-doença na atenção primária para você significa:

- manifestação de doenças relacionada à presença de uma causa específica
- manifestação de doenças pela interação do homem com as suas condições de vida, trabalho, moradia, existência
- manifestação de doenças relacionada à interação de diferentes causas
- nenhuma das alternativas acima

Solidariedade na atenção primária para você significa:

- comprometimento com a causa social, buscando autonomia e cidadania do paciente.
- reconhecer no outro um ser humano como nós mesmos, e como tal, digno
- relação de ajuda e colaboração entre as pessoas;
- nenhuma das alternativas acima

Criação de vínculo na atenção primária para você significa:

- ligação afetiva entre profissional e paciente, numa convivência de ajuda e respeito mútuos;
- ligação profissional construída através da competência técnica;
- ligação com envolvimento, responsabilidade e participação tanto do paciente quanto do profissional.
- nenhuma das alternativas acima

Ética aplicada na atenção primária para você significa:

- reflete sobre os atos humanos o quanto são justos ou injustos, bons ou maus, corretos ou incorretos;
- ações na da área da saúde, sobretudo no atendimento e na pesquisa científica com seres humanos;
- a busca de padrões nas relações humanas que possibilitem a convivência
- nenhuma das alternativas acima

Responsabilização na atenção primária para você significa:

- responder pelos resultados dos procedimentos que executar em meus pacientes
- valorização e priorização da pessoa; zelo e dedicação profissional por alguém
- compromisso profissional junto aos meus pacientes
- nenhuma das alternativas acima

Atenção à pessoa (não à sua enfermidade) na atenção primária para você significa:

- atendimento não só das necessidades clínicas como de suas causas
- compreensão do paciente com suas relações de trabalho, família e vida
- compreensão das expectativas e desejos do paciente
- nenhuma das alternativas acima

2- Nossos comportamentos são resultantes de aprendizados que temos ao longo da vida, através de experiências ou vivências diversas. Dentre essas vivências ou experiências, destacamos:

- A- Escola de segundo grau
- B- Amigos
- C- Família
- D- Faculdade de odontologia
- E- Valores espirituais

Marque, no quadro abaixo, as letras correspondentes aos grupos sociais ou locais acima citados que mais influenciaram o seu aprendizado, em primeiro e segundo lugar, dos seguintes comportamentos.

COMPORTAMENTO	1º.	2º.
Ser ético nas relações com pessoas, pacientes, comunidade		
Ser solidário com pessoas, pacientes, comunidades		
Saber criar vínculo com aqueles que proporciono ações voltadas para a saúde		
Responsabilizar-me pelas minhas ações de cuidado aos meus pacientes		

APÊNDICE 3: Termo de consentimento da pesquisa qualitativa

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado(a),

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, de uma pesquisa que tem o nome “**Atenção Primária na Saúde e ensino de graduação em odontologia**”.

Sou aluno do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, e essa pesquisa é necessária para conclusão do meu curso. Tal pesquisa tem por objetivo conhecer se conhecimentos e atitudes relacionadas à atenção primária na saúde que foram transmitidos ao longo do curso de graduação foram incorporados pelos alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Considerando que você é aluno de graduação do 9º período, já tendo recebido conteúdos a esse respeito ao longo de seu curso, preciso entrevista-lo sobre esse tema para realizar minha pesquisa. A entrevista será feita a partir de um grupo de alunos que, como você, são do 9º período e irá durar mais ou menos 30 minutos.

Todas as respostas serão gravadas em fitas cassete, guardadas em segredo e serão lidas e estudadas somente por mim. A divulgação dos resultados desta pesquisa se dará de forma global e anônima, sendo que sua identidade será totalmente preservada. Você não precisará efetuar qualquer pagamento.

Você poderá abandonar o estudo se quiser, mesmo que já tenha concordado em participar. Se tiver dúvidas, poderá ligar para mim ou para o comitê de Ética em Pesquisa, órgão da Universidade Federal de Minas Gerais que aprovou esta pesquisa.

Obrigado pela participação.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, identidade no. _____, declaro que fui devidamente informado e esclarecido dos objetivos da pesquisa e concordo em participar do trabalho, por minha livre vontade.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura

Em caso de dúvidas:

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627
Unidade Administrativa II, 2º Andar, sala 2005
Campus Pampulha Belo Hte. fone:3409-4592

Heriberto Fiúza Sanchez: 3261-2377

Orientadora: Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira: 3409-2457

APÊNDICE 4: Roteiro para entrevista semi-estruturada

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:

1- PERGUNTA QUEBRA GELO:

Inicialmente vou apresentar uma palavra para você e imediatamente você vai fazer associações com essa palavra.

Exemplo: Carro

Agora valendo: atenção primária

2- PERGUNTAS CENTRAIS:

Tente se lembrar de um paciente que você atendeu numa clínica de APS, em qualquer lugar, alguém que foi especial.

Como ele se chamava?

Como foi a chegada dele?

Como foram seus primeiros contatos com esse paciente?

Durante o tratamento dele, aconteceu algo que você queira me contar?

Porque isso te marcou?

Porque ele foi especial?

Foi tudo solucionado?

Ele ficou satisfeito? Porque?

Ele teve bom atendimento? Porque?

Teria alguma maneira de fazer melhor?

Como assim...

Me explique um pouco melhor...

3- PERGUNTAS ORIENTADORAS:

1- Imagine que esse paciente que você acabou de me descrever te diz que o lugar aonde ele mora não tem esgoto canalizado. Como essa informação vai se refletir no tratamento dele?

2- Imagine que esse paciente que você acabou de me descrever apresenta muitas necessidades odontológicas e que a odontologia é para ele uma novidade (é a primeira consulta odontológica do seu paciente). Como essa informação vai se refletir no tratamento dele?

3 - Imagine que esse paciente que você acabou de me descrever te diga espontaneamente que certa vez um outro tratamento que ele fez o marcou muito: "o dentista já foi pedindo pra abrir a boca (nem me cumprimentou direito), pediu radiografias, ele só falou dos problemas que eu tinha para "consertar" e me passou um orçamento". Como essa informação vai se refletir no tratamento dele?

4 - Imagine que esse paciente que você acabou de me descrever te diz que está vivendo sérios problemas caseiros de uso abusivo de álcool e drogas pelo marido (ou esposa). Sua maior preocupação são os filhos e a segurança da família. Como essa informação vai se refletir no tratamento dele?