

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE
GILSIMARY SANTANA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE COLETIVA: INDICATIVO DE INTEGRALIDADE
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO SUS?**

Diamantina

2015

GILSIMARY SANTANA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE COLETIVA: INDICATIVO DE INTEGRALIDADE
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO SUS?**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. **João Luiz de Miranda**

Diamantina

2015

GILSIMARY SANTANA SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE COLETIVA: INDICATIVO DE INTEGRALIDADE
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO SUS?**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Ensino em Saúde.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. João Luiz de Miranda

Orientador – UFVJM

Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

Membro – Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Prof. Dr. Alisson Araújo

Membro – Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ)

Aprovada em: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

“Agradeço a Deus por ter me dado condições de lutar e alcançar os objetivos pretendidos. Não nasci rico, mas isso não me impediu de ver riquezas na capacidade de transformar a vida em presente e conquistas” (Autor desconhecido).

Aos meus pais pelo carinho, pelo apoio, pela proteção.

Às minhas irmãs Janaína e Márcia pela cumplicidade e compreensão.

Aos colegas de mestrado Júnior, Letícia e Érica pelo companheirismo e pelos momentos que passamos juntos.

A João, meu orientador pelos ensinamentos, pelo apoio e condução deste trabalho.

Aos professores pela importante contribuição para minha formação.

À Thamara Campos por me incentivar a iniciar o mestrado.

Aos colegas dentistas pela participação e pela convivência.

Obrigada a todos que torceram por mim de alguma maneira!

*“Ninguém ignora tudo.
Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa.
Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”*
Paulo Freire

RESUMO

O presente trabalho objetivou analisar se o conhecimento sobre Saúde Coletiva é indicativo de práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS em um município do Vale do Jequitinhonha, MG. Trata-se de um estudo qualitativo cuja coleta de dados foi entrevista aberta com os dentistas do SUS do referido município. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, da qual emergiram seis categorias: percepção sobre integralidade; práticas baseadas na integralidade; percepção sobre Saúde Coletiva; formação em Saúde Coletiva; contribuição do conhecimento sobre Saúde Coletiva na prática do princípio da integralidade; exercício da integralidade na prática. Concluiu-se que o conhecimento sobre Saúde Coletiva contribui para o exercício da integralidade nos serviços de saúde bucal. Todavia, nem sempre a integralidade é alcançada porque outras questões como condições inadequadas de trabalho, baixo investimento na saúde bucal e inexistência de contra referência podem se constituir como entraves para o exercício da mesma.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Integralidade. Odontologia. SUS.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze if the knowledge about Collective Health is indicator of practice of integrality in the public oral health services of the Unified Health System in a County from the Vale do Jequitinhonha, MG. This is a qualitative study in which the data collection was an open-ended interview with the dentists of the Unified Health System from the aforementioned municipality. The data were subjected to thematic content analysis, in which six categories were identified: perception of integrality; practices based on integrality; perception of Collective Health; training in Collective Health; contribution of knowledge about Collective Health for the practice of integrality principle; integrality in practice. It was concluded that the knowledge about Collective Health contributes to the practice of integrality in the public oral health services. Nevertheless, the integrality not always is achieved because of other issues such as inappropriate work conditions, low investment in oral health and nonexistence of counter-reference may be obstacles for the integrality in health.

Key- words: Collective health. Integrality in health. Dentistry. Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Unidades de Registro (UR) e Unidades de Significação (US) na análise de conteúdo..... 44

Quadro 2 - Síntese da construção de categorias na análise de conteúdo..... 46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos informantes quanto ao ano da graduação e tipo de pós- graduação.....	22
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF - Estratégia de Saúde da Família

LDB/96 - Lei de Diretrizes e Bases nº 9.394/96

OSP - Odontologia Social e Preventiva

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

SBC – Saúde Bucal Coletiva

SC – Saúde Coletiva

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	12
2. ARTIGO CIENTÍFICO	17
2.1 INTRODUÇÃO	18
2.2 PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
2.4 CONSIDERAÇÕES.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
3. CONCLUSÕES.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES.....	39
ANEXOS.....	48

1. INTRODUÇÃO GERAL

A odontologia de mercado sempre foi hegemônica no Brasil, preconizando um conjunto de práticas centradas na doença e na assistência clínica sendo produzido no serviço público o modelo de práticas do setor privado (NARVAI, 2006). Esta forma hegemônica da odontologia, cujo enfoque é orgânico, se baseia nos modos de produção capitalista resultando na transformação do cuidado em saúde em mercadoria (NARVAI, 2006). Historicamente isso se deu porque a odontologia reproduziu os paradigmas flexineriano e de Gies como base para o currículo (MATTOS, 2008). O reflexo deste modelo biomédico, conseqüentemente, se deu na formação para o trabalho em saúde bucal, de onde se observa profissionais pouco comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o controle social resultando em uma dificuldade para exercer práticas integrais no âmbito do referido sistema (NARVAI, 2006).

No entanto, a contraposição a esse modelo biomédico no cenário mundial, começa a se desenhar em 1960 através da Medicina Preventiva cujos momentos marcantes se deram na Declaração Alma Ata em 1978 e na Conferência de Ottawa de 1986 (MATTOS, 2008). Esta contraposição continuou se formando no Brasil, com a Constituição Federal de 1988 que garante a saúde como um direito fundamental do ser humano, responsabilizando o Estado por prover as condições necessárias ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). Para garantia deste direito, foi criado o SUS como um dispositivo institucional cujos princípios doutrinários são basicamente resumidos na universalidade do acesso, na equidade e na integralidade, além da participação popular, regionalização e hierarquização dos serviços (BRASIL, 1990). Juntamente à Constituição de 1988, à implantação do SUS, a Lei de Diretrizes e Bases nº 9.394/96 (LDB/96) que impulsionaram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, levaram a um paradigma de formação baseado na integralidade (MATTOS, 2008). Assim, todas as mudanças na formação juntamente com a mudança do cenário econômico brasileiro, com o setor privado marcado por crises econômicas, resultaram em uma migração no campo de atuação do dentista no setor privado para o público (MATTOS, 2008). Este fato foi, sobretudo, notadamente reforçado pela inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011). Associado a isso, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004 corroborou para um deslocamento do

campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

Cada vez mais o dentista se vê frente à necessidade de atuar em outras diferentes áreas da clínica tradicional. Uma dessas áreas é a Saúde Coletiva (SC). “A expressão saúde coletiva não nasceu pronta, ao contrário, é um desafio ainda em construção, fruto de muita reflexão ao longo dos anos” (BADAN et al., 2010, p. 1812). Nela convergem os movimentos de mudança da saúde pública institucionalizada seja nos campos das atividades profissionais, das práticas e do campo científico. Ela ultrapassa os limites biológicos, considerando o contexto social (BADAN; et al., 2010). O projeto preventivista que originou a SC critica o modelo biomédico vinculado ao projeto pedagógico originando, portanto, departamentos de medicina social e preventiva nas escolas médicas, bem como, as disciplinas de epidemiologia, bioestatística, ciências da conduta e administração dos serviços de saúde. Começa-se uma preocupação com o biopsicossocial e a criação de trabalhos comunitários para além-muros dos hospitais. Em meados de 60, o projeto preventivista é realidade em muitas escolas de medicina (NUNES, 2009). A estruturação formal da Saúde Coletiva no que diz respeito à formação de recursos humanos, avanços das ciências sociais na saúde e fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovação ocorreu nos anos 70. Sob o ponto de vista teórico-acadêmico, surgem diversos trabalhos nesta década, destacando-se dentre muitos os de Arouca em 1975. Surge no Rio de Janeiro o primeiro curso de pós-graduação em medicina social no ano de 1974. Firma-se o momento da medicina social se estendendo de 1974 a 1979 de onde foi construído o referencial teórico-conceitual baseado em pesquisas epidemiológicas e sociais “sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde associado à discussão de propostas alternativas para o sistema de saúde vigente” (NUNES, 2009, p. 25). Para Nunes (2009) o final dos anos 70 remonta o repensar a saúde de maneira ampliada culminando com a abertura de cursos de pós-graduação em saúde pública e medicina social que foram posteriormente agrupados no campo das ciências da saúde sob a denominação de Saúde Coletiva. Em 1979 surge a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e a década de 80 é marcada pela construção do campo em si (Idem, 2009). Assim, diante do contexto histórico da Saúde Coletiva e pelo fato de ter sido organizada em associação com as medicinas social e preventiva, o planejamento em saúde, as pesquisas epidemiológicas,

políticas de saúde e ciências sociais em saúde, tornou-se difícil conceituá-la. A SC seria “um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos” (NUNES, 2009, p. 27). Ela é um campo apropriado para a discussão da relevância social e do reencontro desta com a o caráter técnico-científico com a formação dos profissionais da saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

E qual a ligação entre Saúde Bucal Coletiva e Saúde Coletiva? Para Narvai e Frazão (2006) a SBC se integraria a um campo mais amplo que é o da Saúde Coletiva e simultaneamente se integraria ao campo da odontologia, redefinindo e transcendendo o mesmo. Deste modo,

[...] os problemas teórico-práticos enfrentados pela saúde coletiva, vistos como os da sua cientificidade e do específico modo como participa da reprodução social e considerados seus limites quanto à organização coletiva dos cuidados de saúde, como efeito das políticas neoliberais. Os problemas derivados do conceito da saúde bucal coletiva foram vistos como sendo da mesma natureza, cujo enfrentamento só pode ser realizado com o uso das categorias de análise da saúde coletiva ou teoria social da saúde. (BOTAZZO, 2006, p. 7)

Assim, a Saúde Bucal Coletiva reconstrói uma teoria articulada com as ações e pensamentos da Saúde Coletiva, de maneira a reafirmar o compromisso desta última com a qualidade de vida e a cidadania (NARVAI, 2006). As ações da SC estão pautadas nas necessidades sociais, ou seja, há uma preocupação com a saúde do público, estimulando uma participação efetiva da sociedade “nas questões de vida, da saúde, do sofrimento e da morte na dimensão do coletivo e do social” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p. 4).

A Saúde Coletiva apresenta alguns marcos essenciais (CARVALHO; CECCIM, 2006) e dentre eles podemos citar: o cruzamento entre práticas e saberes; a superação do modelo hospitalocêntrico; o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e a população; a valorização da subjetividade e do social e a ênfase na integralidade na lógica do SUS sendo este último um dos enfoques centrais da discussão aqui proposta. “O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde” (CAMPOS, 2003, p. 573). A integralidade pode ser entendida como atendimento integral priorizando as atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1990).

O conceito de integralidade, porém, é mais amplo, ele engloba ações de prevenção, promoção e atendimento integral, humanizado. Talvez seja o princípio

que menos se evidência na história do SUS, ao contrário da universalidade, por exemplo, que estendeu o acesso para além-muros da previdência social, embora ainda existam obstáculos que privam a acessibilidade da população aos serviços. Assim como a universalidade, os outros princípios e diretrizes são notadamente mais evidentes que a integralidade. Todavia, ela merece atenção haja vista que suas práticas ainda não atingiram a visibilidade desejada (MATTOS, 2004). A integralidade seria uma “forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes” (MATTOS, 2004, p. 1411). Assim, incluir práticas de integralidade nos serviços, não significa meramente a prestação de assistência ao sofrimento apresentado. Esta inclusão representa mais do que o assistência porque ela significa incluir no “cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento”. (Idem, 2004, p. 1413). Ela estimula o vínculo profissional/ usuário uma vez que para o desenvolvimento de ações preventivas, pressupõe-se conhecimento profundo das condições sociais que cercam os indivíduos envolvidos em uma situação de sofrimento. Assim,

[...] imaginemos um homem obeso, com vida sedentária, fumante inveterado, que procura ser prontamente atendido por apresentar forte dor lombar provocada por um cálculo renal. É claro que no momento em que procura o serviço de saúde, nem ele nem os profissionais sabem que seu sofrimento se deve a litíase renal. A equipe que o atende, na perspectiva da integralidade, deve ser capaz de identificar a doença que causa o sofrimento manifesto, dar uma resposta imediata à dor, e reconhecer a necessidade de uma conversa sobre os fatores de risco de doenças cardiovasculares e pulmonares que o paciente apresenta. Mas note-se que, nessa situação hipotética, não é aceitável que a conversa sobre a vida sedentária ocorra antes que as medicações capazes de eliminar a dor surtam seu efeito (MATTOS, 2004, p. 1414).

Na situação citada, a integralidade se manifesta na postura de não aceitação de se limitar a reduzir as ações dos serviços de saúde tão somente ao sofrimento manifesto. É preciso uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, ou seja, envolver ações assistenciais voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros e contextualizar as ofertas de maneira adequada ao sujeito em questão em um momento apropriado (MATTOS, 2004). Na perspectiva da integralidade, não se deve reduzir o sujeito à doença que origina seu sofrimento. Deve-se sim, aplicar não só os conhecimentos que se tem sobre doença, mas também aquele conhecimento sobre os modos de andar a vida dos sujeitos que interagem com os profissionais de saúde

(Idem, 2004). Desta maneira, a integralidade é um dos marcos conceituais importantes da Saúde Coletiva no sentido de que ela estimula a convivência entre os profissionais de saúde e a população e valoriza a autonomia das pessoas na construção de projetos terapêuticos individuais e da autodeterminação no andar a vida (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Considerando a importância da integralidade e a Saúde Coletiva como um espaço de discussão e reflexão para a primeira, pergunta-se: seriam possíveis práticas de integralidade no cotidiano dos serviços de saúde bucal do SUS, sem um conhecimento sobre Saúde Coletiva? Na tentativa de dar maior enfoque a integralidade e responder a uma necessidade que emerge do serviço, o presente trabalho objetiva analisar se o conhecimento sobre Saúde Coletiva contribui para o exercício profissional baseado em práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS em um município do Vale do Jequitinhonha, MG.

Foi elaborado um artigo com base nos critérios de submissão ao Periódico Interface- Comunicação, Saúde, Educação (Anexo A).

2. ARTIGO CIENTÍFICO

CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE COLETIVA: INDICATIVO DE INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO SUS?

IS THE KNOWLEDGE ABOUT COLLECTIVE HEALTH INDICATOR OF INTEGRALITY IN THE PUBLIC ORAL HEALTH SERVICES OF THE SUS?

¿ES EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD COLECTIVA INDICADOR DE INTEGRALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL DEL SUS?

Gilsimary Santana Santos^(a)

João Luiz de Miranda^(b)

RESUMO

Objetivou-se analisar se o conhecimento sobre Saúde Coletiva é indicativo de práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS. Realizou-se estudo qualitativo, cuja coleta de dados foi entrevista aberta com dentistas do SUS de um município do Vale do Jequitinhonha, MG. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, da qual emergiram seis categorias: percepção sobre integralidade; práticas baseadas na integralidade; percepção sobre Saúde Coletiva; formação em Saúde Coletiva; contribuição do conhecimento sobre Saúde Coletiva na prática do princípio da integralidade; exercício da integralidade na prática. Concluiu-se que o conhecimento sobre Saúde Coletiva contribui para o exercício da integralidade nos serviços de saúde bucal. Todavia, nem sempre a integralidade é alcançada porque condições inadequadas de trabalho, baixo investimento na saúde bucal e inexistência de contra referência constituem-se entraves para exercício da mesma.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Integralidade. Odontologia. SUS.

ABSTRACT

This study analyzed if the knowledge about Collective Health is indicator of practice of integrality in the public oral health services of the SUS. This is a qualitative study in which the data collection was an open-ended interview with the dentists of a County from the Vale do Jequitinhonha, MG. The data were subjected to thematic content analysis, in which six categories were identified: perception of integrality; practices based on integrality; perception of Collective Health; training in Collective Health; contribution of knowledge about Collective Health for the practice of integrality principle; integrality in practice. It was concluded that the knowledge about Collective Health contributes to the practice of integrality in the public oral health services. Nevertheless, the integrality not always is achieved because of other issues such as inappropriate work conditions, low investment in oral health and nonexistence of counter- reference may be obstacles for the integrality in health.

Key- words: Collective health. Integrality in health. Dentistry. Unified Health System.

^(a) Estudante do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG. E-mail: gilsimary@yahoo.com.br

^(b) Professor do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG. E-mail: joao@ufvjm.edu.br

2.1 INTRODUÇÃO

A odontologia de mercado sempre foi hegemônica no Brasil, preconizando um conjunto de práticas centradas na doença e na assistência clínica sendo produzido no serviço público o modelo de práticas do setor privado¹. Historicamente isso se deu porque a odontologia reproduziu os paradigmas flexneriano e de Gies como base para o currículo². O reflexo deste modelo biomédico, conseqüentemente, se deu na formação para o trabalho em saúde bucal, de onde se observa profissionais pouco comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o controle social resultando em uma dificuldade para exercer práticas integrais no âmbito do referido sistema¹.

Entretanto, com o surgimento da Saúde Coletiva (SC) no final da década de 70 impulsionado pelo movimento da reforma sanitária, a Constituição Federal de 1988, a Lei de Diretrizes e Bases de 96 (LDB/96) que levou às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001 para as áreas da saúde, vêm redesenhando o paradigma da formação para um modelo baseado na integralidade². Os novos parâmetros de formação, juntamente com crises econômicas no setor privado têm provocado uma migração do dentista deste setor para o público². Este fato foi, sobretudo, notadamente reforçado pela inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF)³. Associado a isso, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2004 corroborou para um deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC)⁴.

Cada vez mais o dentista se vê frente à necessidade de atuar em outras áreas diferentes da clínica tradicional. Uma dessas áreas é a SC. “A expressão saúde coletiva não nasceu pronta, ao contrário, é um desafio ainda em construção, fruto de muita reflexão ao longo dos anos”⁵ (p. 1812). Nela convergem os movimentos de mudança da saúde pública institucionalizada seja nos campos das atividades profissionais, das práticas e do campo científico. Ela ultrapassa os limites biológicos, considerando o contexto social⁵. A SC é um campo apropriado para a discussão da relevância social e do reencontro desta com a o caráter técnico-

científico com a formação dos profissionais da saúde ⁶. Já a SBC pode ser definida como a saúde que se integraria a um campo mais amplo que é o da Saúde Coletiva e simultaneamente se integraria ao campo da odontologia, redefinindo e transcendendo o mesmo ⁷. Assim, a Saúde Bucal Coletiva reconstrói uma teoria articulada com as ações e pensamentos da Saúde Coletiva, de maneira a reafirmar o compromisso desta última com a qualidade de vida e a cidadania¹.

A SC apresenta alguns marcos essenciais e dentre eles podemos citar: o cruzamento entre práticas e saberes; a superação do modelo hospitalocêntrico; o estabelecimento de vínculos entre os profissionais de saúde e a população; a valorização da subjetividade e do social e a ênfase na integralidade na lógica do SUS ⁶, sendo esta última um dos enfoques centrais da discussão aqui proposta. A integralidade pode ser entendida como atendimento integral, sendo priorizadas as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais⁸. Este conceito, porém, é mais amplo, pois, engloba ações de prevenção, promoção e atendimento integral humanizado. A integralidade seria uma “forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes” ⁹ (p.1411). Assim, incluir práticas de integralidade nos serviços, não significa meramente a prestação de assistência ao sofrimento apresentado. Esta inclusão representa mais do que o assistência porque ela significa incluir no “cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento” ⁹ (p. 1413). Ela estimula o vínculo profissional/ usuário uma vez que para o desenvolvimento de ações preventivas, pressupõe-se conhecimento profundo das condições sociais que cercam os indivíduos envolvidos em uma situação de sofrimento⁹.

Assim, considerando a importância da integralidade e a Saúde Coletiva como um espaço de discussão e reflexão para a primeira e para onde deve convergir uma formação condizente o SUS, um profissional de saúde em concordância com a SC, estaria apto a exercer práticas baseadas na integralidade no cotidiano dos serviços. Entretanto, seriam possíveis tais práticas sem um conhecimento sobre Saúde Coletiva?

O presente trabalho objetiva analisar se o conhecimento sobre Saúde Coletiva contribui para o exercício profissional baseado em práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS em um município do Vale do Jequitinhonha, MG.

2.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa que buscou entrevistar os dentistas que trabalham no SUS, em um município do Vale do Jequitinhonha, MG, entre os meses de novembro e dezembro de 2014. O local do estudo foram as unidades de ESF e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do referido município.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob o número de registro CAAE: 36417414.2.0000.5109 (Anexo B).

O quadro de dentistas do SUS, no município totalizava 17 profissionais. Quatro deles estavam afastados por licença ou férias no período da pesquisa e três não quiseram participar, sendo todos estes excluídos da amostra. O universo amostral, portanto, foi de 10 dentistas, que quiseram contribuir com a pesquisa de forma voluntária, mediante a assinatura Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Para uma amostra ser considerada significativa na pesquisa qualitativa, o critério não é numérico, pois a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado ¹⁰. Assim, a “amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões”¹⁰ (p.197).

Como instrumentos de coletas de dados, foram utilizadas fichas de autopreenchimento (Apêndice B) e a entrevista aberta (Apêndice C). As fichas, que não identificavam os sujeitos, objetivaram caracterizá-los. Continham dados referentes à: ano de conclusão do curso de graduação, instituição de graduação e tipo de pós-graduação, caso houvesse. A entrevista é um instrumento que possibilita revelar várias situações através das falas, razão pelo qual foi o método escolhido para a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no local de trabalho dos sujeitos, sendo agendadas em hora e data pré-definidos por eles. Elas foram gravadas utilizando-se aparelho digital de áudio, e tiveram duração média de 20 minutos. Imediatamente após, foram transcritas a fim de garantir a totalidade e fidedignidade das informações. Para identificação dos discursos, foi utilizada uma letra do alfabeto para manter o anonimato dos sujeitos, sendo a letra A para o

primeiro dentista informante, seguida das letras subsequentes para os próximos informantes.

Logo após esta etapa, os depoimentos foram analisados e divididos em categorias para posterior discussão. Os dados foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo Temática de Bardin ¹¹, que em conformidade com a proposta da autora, foi orientada em três fases distintas:

- Pré-análise que consistiu na organização e sistematização das ideias. Foi feita a leitura flutuante, que é o contato exaustivo com material a ser analisado e constituição do *Corpus* que é a organização do material de acordo com a representatividade, a pertinência, homogeneidade e exaustividade, além da formulação de pressupostos que permitiram o levantamento de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios;
- Exploração do material : o material foi codificado objetivando alcançar a ideia central do texto. Para isto, foi realizada a definição dos temas (unidades de registro), seleção das unidades de significação e contagem da frequência de aparecimento das unidades de significação.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase, a partir das unidades de significação encontradas, as categorias foram elaboradas e posteriormente interpretadas e discutidas. A interpretação dos dados baseou-se nos autores estudados na revisão bibliográfica. Deste modo, as falas foram expostas e os dados foram interpretados posteriormente, fundamentando a argumentação e retomando o pensamento dos autores no contexto dos depoimentos.

Foram elaborados quadros síntese para facilitar a compreensão da análise categorial (Apêndices D e E). Os quadros são referentes às unidades de registro (UR) e às unidades de significação (US) destacadas das análises das falas e das frequências de aparecimento da UR e construção das categorias.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os participantes foram formados na mesma instituição ensino. O ano de conclusão da graduação variou, sendo 1976 a graduação mais antiga e 2005 a mais recente. Do total, seis apresentam pós-graduação, nas quais dois deles declararam ter pós-graduação em Saúde Pública (tabela 1).

Tabela 1: Caracterização dos informantes quanto ao ano da graduação e tipo de pós- graduação.

Ano de conclusão da graduação	Tipo de pós-graduação
1976	Especialização em Saúde Pública para a Educação
1977	Aperfeiçoamento em Prótese, Dentística e Periodontia
1981	Não tem
1987	Não tem
1988	Não tem
1989	Ortodontia
1991	Não tem
1996	Saúde Pública e Implantodontia
1996	Especialização em Periodontia e Odontopediatria e mestrado em Clínica Odontológica
2005	Endodontia

Fonte: Dados da pesquisadora

A caracterização do grupo é importante, visto que as informações complementares podem “esclarecer o contexto e as condições sociais e políticas presentes e, historicamente, contidas nas mensagens emitidas” ¹² (p. 55). O grupo é bastante homogêneo uma vez que seus integrantes trabalham na mesma instituição no SUS, porém, em unidades de saúde diferentes. Assim, apresentam um contexto de atuação profissional semelhante. O ano de conclusão das formações mais antigas coincide com a década de 70, que de acordo com Nunes ¹³, foi a década de estruturação formal da SC no que diz respeito à formação de recursos humanos, avanços das ciências sociais na saúde e fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovação. Na academia surgiu a partir da segunda metade do século XX, a Odontologia Social e Preventiva (OSP). Entre o final do século XX e início do século XXI, emergiu, sobre forte influência do movimento da SC, o termo Saúde Bucal Coletiva¹, coincidindo com os anos de conclusão das formações mais recentes.

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram seis categorias: Percepção sobre integralidade; Práticas baseadas na integralidade; Percepção sobre Saúde Coletiva; Formação em Saúde Coletiva; Contribuição do conhecimento

sobre Saúde Coletiva na prática do princípio da integralidade; Exercício da integralidade na prática.

Percepção sobre integralidade

Quando questionados sobre qual o entendimento sobre o princípio da integralidade do SUS, foram mencionados apontamentos que levaram à compreensão da integralidade como um princípio que perpassa pela universalidade, como a assistência que o usuário do SUS necessita e como um profissional que entenda as dificuldades e necessidades dos usuários. A ideia de integralidade foi associada pela maioria como a assistência nos diversos níveis de atenção, o que pode ser identificado nas falas:

“É um doutrinário, em que o paciente, a pessoa que procura o SUS, vai ter um atendimento desde a prevenção e promoção à saúde até uma atenção da mais alta complexidade” (F).

“[...] Assim, a partir do primeiro momento que ele deu entrada no SUS, seja por uma urgência em um pronto atendimento, num atendimento de urgência, não é? Ou seja, na atenção primária todo o problema dele deve ser resolvido, em todas as esferas, seja na atenção primária, na média complexidade, na alta complexidade. A integralidade consiste em que o SUS é responsável pela saúde integral do paciente” (J).

“[...] Dentro da odontologia, por exemplo, você teria o paciente desde o momento da consulta, né? [...] da previsão de tratamento até atendê-lo em todas as suas necessidades, vamos supor: [...] os procedimentos de atenção básica até os procedimentos especializados, endodontia, periodontia, cirurgia, o que for necessário, então atendendo a ele de uma forma integral. Isso que eu entendo” (H).

A integralidade tem “múltiplas dimensões”¹⁴ (p.5). Na dimensão da assistência, ela compreende a junção de ações de prevenção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde oral¹⁵. Todavia, somente o plano da assistência não causa impacto positivo na saúde da população¹⁶. Defender a integralidade não significa abandonar o conhecimento técnico sobre doenças, sendo prudente que tal conhecimento seja guiado por uma visão ampla das necessidades dos indivíduos¹⁷. Nos serviços denota-se uma preocupação em conciliar necessidades de prevenção, promoção e ações assistenciais, ficando à cargo destes e dos profissionais compreender o contexto social das pessoas a fim de identificar essas necessidades¹⁶. Portanto, as necessidades assistenciais requerem mais do que um saber técnico, uma vez que para identificá-las é preciso entender o contexto social.

O entendimento sobre integralidade foi ligado ao de universalidade como nota-se a seguir:

“Que é todo mundo que procurar o serviço, você teria que atender, ‘né’?” (G).

[...] assim uma igualdade ‘pra’ todo mundo indiferente de raça e de condição social, seja lá do que for, eu acho que a integralidade do SUS se resume nisto, igualdade ‘pra’ todo mundo...” (A).

Neste sentido, a compreensão de integralidade pode ser entendida na dimensão da universalidade, porque esta última está relacionada ao direito ao acesso de todas as pessoas às ações e serviços de saúde¹⁸. A integralidade também é tratada na literatura como garantia de acesso a todos os níveis do sistema de saúde, de modo que o acesso igualitário e universal pode assumir o formato da defesa ao acesso aos diversos níveis do SUS⁹. Isso poderia explicar certa incompreensão ocorrida entre os dois princípios.

A integralidade entendida como um profissional com perfil que entenda as necessidades do usuário, foi percebida assim, por apenas um participante e representa a noção do usuário como um ser que apresenta diferentes dimensões. Assim, para entender o usuário é preciso desenvolver habilidades que propiciem entender as reais necessidades do mesmo, abrindo mão de dispositivos como escuta, responsabilização e vínculo¹⁹. A fala, a seguir, pode ilustrar isso:

[...] um bom profissional, claro, esteja ali cumprindo seu horário fazendo seu trabalho, tenha o perfil de PSF. Que saiba lidar com os pacientes, com as suas dificuldades, suas necessidades. [...]” (C).

Práticas baseadas na integralidade

Essa categoria veio a ilustrar a anterior. Diante do questionamento sobre o que os participantes entendiam o que seriam práticas baseadas na integralidade no dia-a-dia dos serviços, observou-se nas respostas certa preocupação com as ações curativas podendo ser este fato resquício da hegemonia do modelo de atenção preconizado na odontologia. Segundo Botazzo¹⁴ (p. 3), funciona certo “currículo oculto” dentro do aparelho formador odontológico que contrapõe o SUS porque permite uma formação que enfatiza o “adestramento técnico e o consumo tecnológico.” A maioria relacionou práticas integrais ao atendimento assistencial e curativo, nos diversos níveis de atenção:

[...] Uai, aqui a gente faz como prática os tratamentos curativos, né? As obturações, a gente faz moldagens, as emergências, casos de dor, abscesso, tal. Fazemos escovações com crianças, com adultos também,

escovação supervisionada. Atendimentos ao diabético, à gestante. Então acho que as práticas de modo geral são essas. Escovação, falei, né?” O acolhimento também, ‘né’?[...]” (C).

“Da odontologia: eu diria, por exemplo, atender um paciente aqui na atenção primária, com pulpíte foi atendido na urgência, e... eu fiz o alívio de dor dele, ‘né’? Pela neutralização do dente, fiz curativo de demora, ‘né’? Selamento provisório. Dei um encaminhamento para que ele fizesse a endodontia no centro de especialidades odontológicas, no CEO. E que ele retornasse a mim para que fosse feita a restauração e ainda assim, se eu identificasse outras necessidades dele, uma necessidade de atendimento de estomatologia, uma cirurgia bucomaxilofacial, que ainda assim houvesse possibilidade desse paciente ser atendido dentro da rede. E sob a responsabilidade do dentista, ‘né’, da avaliação, do acompanhamento do dentista da atenção primária” (J).

As práticas integrais foram relacionadas também com resolutividade e conclusão do tratamento. Ambos indicam que o usuário teve a sua necessidade atendida no âmbito do SUS. Para isto, os CEOs são relevantes no quesito integralidade da atenção²⁰. Para a reorientação do modelo em atenção em saúde bucal destaca-se, entre outras coisas, a ampliação e qualificação da assistência, implicando em organizar o processo de trabalho a fim de garantir procedimentos mais complexos e resolutivos. Além disso, essa reorientação visa assegurar a política de fornecimento de instrumentos, materiais de consumo e conservação dos equipamentos odontológicos²¹.

“[...] dentro do nosso serviço de saúde bucal seria é... a conclusão do tratamento mesmo, do tratamento odontológico. Porque muitas vezes a gente que trabalha, na rede do SUS, a gente inicia um tratamento e nem sempre esse paciente vai ter o tratamento concluído, ‘né’? E também a estrutura do SUS não fornece o recurso para tal procedimento” (B).

“Na minha profissão, ‘né’, é lógico, eu acho que essas práticas ‘seria’ o quê: trabalho de dentista da melhor maneira possível, que é o que me dá mais prazer de ‘tá’ fazendo e de ‘tá’ sentindo assim que a pessoa ficou feliz e que eu resolvi o problema ‘pra’ aquela pessoa. Práticas dentro do que eu entendo da integralidade do SUS” (A).

Percepção sobre Saúde Coletiva

Quando perguntados sobre o entendimento sobre SC, a ideia de que ela seria o atendimento voltado para uma coletividade, atingindo um maior contingente populacional, prevaleceu.

“Uai, pelo próprio nome fala é uma saúde que atinge um maior número de pessoas, uma coletividade, um grupo” (E).

“Coletiva? É de toda população na coletividade” (G).

“De saúde coletiva pra mim são práticas em que a gente atende um grande número de pessoas, ‘né’? [...] Essas práticas que vejo como saúde coletiva

e tudo o que a ‘gente’ atinge um maior número, uma prática que atinja um maior número de usuários” (H).

De fato, a Saúde Coletiva tem como norte as necessidades sociais em saúde privilegiando a saúde do público, “sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações”⁶ (p.3). Cabe a ela melhorar as condições de existência de pessoas e coletividades de modo a permitir transformações nos modos de viver ⁶. No entanto, a compreensão sobre SC entre os participantes foi por vezes difusa. Isso pode advir de uma experiência na graduação que não tenha privilegiado a Saúde Coletiva. Apesar dos esforços para mudança no currículo odontológico condizente com uma formação de profissionais comprometidos com as demandas sociais, ainda prevalece o núcleo “‘duro’ na graduação odontológica” ¹⁴(p. 3). De acordo com a SC, uma formação não será adequada à medida que não implica o estudante com seu respectivo objeto de trabalho de modo a não valorizar práticas cuidadoras que zelam por indivíduos e coletividades⁶.

Sob outra perspectiva, a Saúde Coletiva foi vista como um direito do usuário. Nesse sentido, ela está ligada a práticas que envolvem solidariedade e participação e que articulam com projetos de cidadania, democracia e direitos sociais, além de enfatizar a inclusão de pessoas à rede de cuidado do sistema de saúde sem segregação ou restrição de acesso⁶.

“No meu modo de entender, um conjunto de tudo aquilo que o usuário do SUS tem o direito e que, infelizmente, ele não tem na maioria das vezes, o acesso, sabe?” (A).

“Coletiva? Eu entendo assim, que [...] o serviço, que o SUS, ‘né’, a pessoa tem direito a ele por inteiro” (D).

A Saúde Coletiva ainda foi citada como sendo Saúde Pública. Estes termos foram representados como tendo mesmo significado. A Saúde Coletiva não equivale à Saúde Pública. Ela se relaciona com as práticas sanitárias brasileiras, porém é mais ampliada no seu espaço de prática e saber ²². A Saúde Pública como campo de saber bem como de intervenção na situação de saúde, atua sobre o coletivo e aproxima-se do Estado ²³. Já a SC incorpora um complexo arranjo de saberes e práticas do campo da saúde que abrange serviços de saúde, organização da sociedade civil e instituição de ensino e pesquisa⁵. A Saúde Coletiva envolve o social, “não como variável adicional, mas como um campo estruturado no qual a

doença adquire um específico significado”²² (p. 11). A fala, a seguir, demonstra o pensamento de Saúde Coletiva como Saúde Pública:

“[...] Que tem um projeto, um programa que o governo federal, municipal e estadual juntos, eles vão propiciar esse atendimento a essa população. A população em geral, de todo mundo, sem distinguir e sem separar ninguém” (F).

Já a SC como especialização foi assim dimensionada por um sujeito.

“É uma das especializações da odontologia que visa justamente isso: tentar implantar, a lei do SUS, que vem regulamentar, esses serviços que deveriam ser universal, integral, e que às vezes acaba deixando muito a desejar, ‘né?’” (B).

A SC pode ser uma especialização. Carvalho e Ceccim⁶ (p.3) também a definem como uma área de produção de conhecimento e intervenção profissional especializada e interdisciplinar, “onde não há disputa por limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde”.

Formação em Saúde Coletiva

Sobre a formação em Saúde Coletiva, a maior parte dos entrevistados respondeu que o mais significativo aprendizado sobre SC, veio do próprio trabalho, não mencionando a graduação em específico como fonte de formação neste quesito. O trabalho em Saúde Pública foi citado como fonte de aprendizado em Saúde Coletiva, desvelando um ponto de partida para discussão e relevância da Educação Permanente em Saúde (EPS).

“[...] eu formei em oitenta e sete, e sempre que eu trabalhei, eu trabalhei em saúde pública, ‘né?’ Trabalhei, comecei na fundação SESP, também sempre pregou o princípio da atenção básica, da saúde coletiva, sempre trabalhando em serviço público, mas, especialização, pós-graduação eu não fiz não. Trabalhei depois da fundação SESP [...] e depois trabalhei também quase seis anos em equipe de saúde de família [...]” (F).

“Fiz um curso de saúde coletiva. Mas o caso que eu acho que o que conta mais, é a experiência. Que desde... Já tem o que? Vinte e um anos que eu trabalho com saúde coletiva. Já sou formada, já comecei a trabalhar com saúde coletiva. No mais assim, pela experiência de ‘tá’ aqui no PSF, na estratégia de saúde da família” (C).

Nestas circunstâncias, os serviços foram marcadamente campo fértil para o desenvolvimento de ações de EPS. Deste contexto, emerge a importância da mesma como modelo para a formação em saúde. A educação permanente é o

pensamento crítico acerca do processo de trabalho, alicerçada no processo de formação em saúde, uma vez que as situações sofridas pelas equipes na prática laboral, podem se transformar em experiência de aprendizagem significativa refletindo no atendimento prestado às necessidades individuais e coletivas²⁴. Favorecer a aprendizagem significativa é admitir que o aprender apresenta uma especificidade dinâmica que requer “ações educativas direcionadas para que os envolvidos aprofundem e ampliem os significados (re) elaborados mediante suas participações nas atividades de ensino e aprendizagem”²⁵ (p.12). Constantemente confundida com Educação Continuada, que diz respeito ao aperfeiçoamento técnico, a EPS privilegia “identificar necessidades de estratégias educacionais a partir da dinâmica do processo de trabalho”²⁶ (p.152). A Política de Educação Permanente criada pelo Ministério da Saúde em 2004 vem como um instrumento “para corrigir o descompasso entre a orientação da formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e os princípios e as diretrizes do SUS”²⁵ (p. 6).

A formação em SC oriunda da graduação foi assim citada por parte dos participantes. Alguns declararam como superficial o que aprenderam na graduação neste sentido. A OSP foi aludida por um grupo como Saúde Coletiva. A Odontologia Social é a antiga denominação correlata à Saúde Bucal Coletiva²⁷. A SBC faz frente ao biologismo e ao tecnicismo da Odontologia Social¹. Foram mencionadas algumas ações de educação permanente como reforço para a formação em SC da graduação. Os participantes também apontaram a necessidade de estudos que viessem a reforçar o aprendizado da graduação. Os fragmentos, a seguir, demonstram estes pontos.

“Bom, pra início eu vou falar com você que eu já formei há trinta e três anos atrás, né? Então, quer dizer a formação que a gente teve naquela época foi muito superficial, quase nada. A gente tinha o negócio lá de Odontologia Social, mas era assim, uma vez na vida, outra na morte a gente tinha uma aulinha, alguma coisa assim, muito solta [...] Então quer dizer, o que eu sei, assim, é que eu fui lendo uma ou outra coisa depois [...]” (A).

“Formação em saúde coletiva? A gente tinha uma matéria que era Odontologia Social, mas, assim, ‘pra’ trabalhar no serviço público, a gente era preparado mais ‘pra’ trabalhar no consultório do que em serviço público” (G).

“Na graduação, quando eu estudei, chamava Odontologia Social e ‘Coletiva’ que era a ‘OSC’. Eu particularmente gostava muito da disciplina, mas eu via que a maioria das pessoas não gostava. Era como se fosse hora do recreio [...] Apesar de não ter feito curso de saúde coletiva, especialização, nem saúde coletiva, nem saúde pública, fiz cursos pontuais, ‘né’, capacitação, aprimoramento, curso online, curso à distância, essas coisas, ‘né?’” (J).

Apenas um entrevistado mencionou ter formação em Saúde Coletiva tanto na graduação quanto na pós-graduação, assim como somente um citou a formação superficial em SC na pós-graduação. Os depoimentos a seguir, demonstram isso, respectivamente.

“Bom, a saúde coletiva eu tive na graduação [...] se não me engano, foi durante um ano, um ano e meio. Os temas que foram abordados foram a parte do SUS, né? Como que é a integração da equipe de saúde bucal com a equipe de saúde da família. E depois também tive oportunidade de fazer o curso de pós-graduação através do Canal Minas Saúde onde também outros temas foram abordados [...]” (B).

“Na minha época praticamente nem existia saúde coletiva. E a pós-graduação que eu fiz também, eu vi alguma coisa de saúde coletiva, a saúde coletiva ‘tava’ no início [...]” (I).

Todos os depoimentos convergiram para necessidade e a importância da EPS no sentido de reparar, por ventura, alguma irregularidade na formação bem como fortalecer o SUS e o desenvolvimento da integralidade.

Contribuição do conhecimento sobre Saúde Coletiva na prática do princípio da integralidade

Diante da pergunta sobre quais aspectos da Saúde Coletiva contribuiriam para o desenvolvimento de práticas integrais no cotidiano dos serviços, as respostas giraram em torno dos mais variados ângulos: o trabalho em equipe; o olhar integral sobre o usuário; a humanização; respaldo para desenvolvimento do trabalho; a resolutividade do sistema de saúde e a otimização do trabalho em grupos específicos. Com efeito, Carvalho e Ceccim⁶ destacam como sendo marcos conceituais que fundamentam a SC: a integralidade e a abordagem integral; o acolhimento e a inclusão das pessoas ao SUS; a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; o vínculo entre população e profissionais; a valorização da autonomia das pessoas em projetos terapêuticos. Os registros levaram à conclusão de que os entrevistados (re) conhecem aspectos relevantes da SC que condizem com uma abordagem integral. Os depoimentos, a seguir, exemplificam o enfoque aqui discutido.

“Por exemplo, ‘num’ caso que eu tivesse trabalhando, por exemplo, ‘num’ PSF, ‘né’? Então, se eu for pensar, é claro, eu não vou pegar um cliente e vou ali pensar simplesmente numa boca ali separada de todo o conteúdo, ‘né’? Então eu acho que ali no caso, seria um exame bem feito, uma assim, união com médico, com enfermeiro, ‘pra’ ter conhecimento do todo daquele cliente ali, ou seja, da saúde integral dele ali, ‘pra’ daí então eu fazer minha parte com segurança, da maneira com que tem ser feita, e não assim,

dentista solitário, sozinho ali e querer fazer somente a sua parte. É super importante! Não só assim se tratando do médico, mas se tivesse, por exemplo, em alguns casos, uma orientação, por exemplo de psicólogo, de uma assistente social, sabe? Assim como visitas, por exemplo, na casa onde aquelas pessoas moram, então 'pra' você sentir assim, o que que é aquele meio ambiente, porque aquela pessoa tá agindo ali daquela maneira ali, porque ela 'tá' com aquela situação ali naquela boca, o que que 'tá' faltando, sabe? E não tentar resolver simplesmente na hora que ele sentar naquela cadeira ali, o que você resolver simplesmente só aquilo que você 'tá' enxergando ali e pronto: 'tchau, vá se embora', sabe? Eu gostaria de assim, dentista, eu no caso, fizesse parte de uma equipe onde aquele cliente fosse assim realmente analisada a sua saúde, entendeu, 'num' todo e eu sentir como parte daquela equipe ali 'pra' resolver o problema daquela pessoa, 'tá'?" (A).

"A integralidade dentro do Sistema Único de Saúde, quanto na vida, na minha vida pessoal, porque a gente aprende olhar a pessoa como pessoa. Por que quando você está estudando atenção primária em saúde, a gente tá entendendo quais são as necessidades básicas do ser humano, não é? Média complexidade mostra: nossa, aquilo agravou [...] Aliás, como é que essa pessoa está inserida na sociedade, 'pra' ela poder chegado naquele ponto, de ter tanta necessidade? Então eu acho que se você enxerga uma saúde coletiva, você enxerga o ser humano e aquilo pode ser transferido, pode ser utilizado no seu trabalho [...]" (J).

"Mais é questão de dar respaldo profissional 'pra' trabalhar, melhorar as condições de serviço no SUS. A maior valorização do profissional. Esclarecer a população também quanto aos seus direitos e aos deveres como usuário. E aos políticos que a coisa aqui em baixo 'tá' muito ruim, 'né'? Tem que melhorar bastante 'pra' poder chegar nesse ponto dessa integralidade" (I).

Exercício da integralidade na prática

Foi apresentada aos entrevistados uma situação comum aos cotidianos dos serviços de saúde bucal no qual se observou se uma abordagem integral por parte deles seria realizada. A situação simulou a entrada nos serviços, por demanda espontânea, de um usuário que apresentava dor, além de uma lesão suspeita no lábio, mas que não foi a queixa principal naquele momento. Foi demonstrada pela maioria uma preocupação em não somente responder ao sofrimento manifesto, mas, também perceber a necessidade mais silenciosa do usuário apresentada na questão, além de fazer o acompanhamento até o desfecho de todo o processo de assistência. Mattos⁹ (p.3) descreve a integralidade na prática exatamente como a habilidade dos "profissionais para responder ao sofrimento manifesto resultante de uma demanda espontânea de modo articulado à oferta relativa às ações ou procedimentos preventivos". Isto seria mais do que criar rotinas para identificar e ofertar ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas, mas, sim, "compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e das pessoas"⁹ (p.3).

“Pra’ mim são dois procedimentos, não é? Primeiro vou aliviar as dores desse paciente, ‘né’? Tratar dessa pulpite e automaticamente vou encaminhar ele ‘pra’ estomatologia pra ‘mim’ saber qual é, o que é essa lesão. Se não é nada, se é, tal... Só que aqui[...], a estomatologia, eles infelizmente não te dão uma contra- referência. Já briguei demais, mas a gente não tem a contra- referência. Às vezes eu tenho que perguntar lá, sabe? Às vezes manda, às vezes, não. Mas assim, a conduta que eu tomaria diante dessa situação seria essas duas” (C).

“ Saber quais os outros aspectos da saúde dele. Havendo possibilidade, de estar tudo bem, fazer procedimento sob anestesia, fazer o tratamento do alívio da dor dele, ‘né’? Na questão da pulpite. É... havendo possibilidade de encaminhá-lo ‘pro’ serviço ‘pra’ avaliação e conduta daquele dente, do 45, ‘né’? Que vai precisar de endodontia, possivelmente. O tipo de restauração que vai ser feita, se ele vai ter que retornar e além de fazer a avaliação da lesão do lábio, pedir ‘pra’ ele retornar já com um dia agendado, que naquele momento ele ‘tava’ muito estressado, né? Não adiantava eu falar. ‘Cê’ pode até avisar que tem uma lesão: ‘Você gostaria de olhar aquela questão em outro momento que ele estivesse mais calmo?’ Já avisar que ele precisa voltar e agendar. E já deixar agendado ‘pra’ que faça acompanhamento daquela lesão [...] Eu trabalho assim! E até com convencimento do paciente, que às vezes ele não tem, ele não preocupou. E se não preocupou a tanto tempo, porque a minha obrigação é preocupá-lo [...]” (J).

Assim, houve uma postura que condiz com a integralidade diante dessa questão entre todos os entrevistados. Na maioria dos depoimentos observou-se a necessidade de acompanhamento, mesmo quando não se obteve respostas da contra referência, evidenciando ações de aconselhamento e vínculo para responder à necessidade apreendida.

2.4 CONSIDERAÇÕES

Embora a concepção sobre integralidade estivesse associada mais à assistência, observou-se o exercício de práticas integrais no cotidiano dos serviços de saúde bucal. A formação em Saúde Coletiva adquirida na graduação foi tida como superficial pela maioria. No entanto, o aprendizado sobre Saúde Coletiva assimilado com a prática do trabalho foi norteador de abordagens condizentes com a integralidade. Este aprendizado, entretanto, nem sempre oriundo da graduação, mas de ações e de polos de educação permanente, evidencia a importância desta como política de fortalecimento do SUS e de reparo de eventuais lacunas da formação. Foram citados pelos dentistas aspectos fundamentais da Saúde Coletiva que contribuem para a integralidade, demonstrando a profundidade do conhecimento neste quesito entre os entrevistados. Assim, como foram evidenciadas práticas integrais que concordam com os princípios da Saúde Coletiva, conclui-se que o conhecimento sobre a mesma contribui para o exercício da integralidade nos

serviços de saúde bucal. Todavia, nem sempre a integralidade é alcançada porque outras questões como falta de condições adequadas de trabalho, baixo investimento na saúde bucal e inexistência de contra referência podem se constituir como entraves para o exercício da mesma.

REFERÊNCIAS

1. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40: 141-7.
2. Mattos D. A integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In: Macau Lopes MG, organizadora. *Saúde Bucal Coletiva: implementando ideais... concebendo integralidade*. - Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 59-69.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), [Internet], 2011 [acesso em 18 jun. 2015]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
4. Botazzo C, Chaves SCL. Saúde bucal coletiva: antecedentes e estados da arte. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ªed. Rio de Janeiro; 2013. p. 639-648.
5. Badan DEC, Marcelo VC, Rocha DG. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):1811-18.
6. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva [Internet], 2006 [acesso em 20 Abr 2014]; 35. Disponível em: http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf
7. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2006. p. 346-62.
8. Brasil. Diário Oficial da União Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
9. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*. 2004; (20)5: 1411-6.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
12. Franco MLPB. Análise de conteúdo. Brasília, 4ª edição: Liber Livro Editora, 2012.
13. Nunes ED. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: Campos, GWS et.al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocruz, Hucitec; 2009. p. 19-39.
14. Botazzo C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Macau Lopes MG, organizadora. Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade. - Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 3-15.
15. Paim JS, Vieira-da-Silva LM. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ UERJ/Abrasco; 2006. p. 91-111.
16. Sanchez HF, Werneck MAF, Amaral JHL, Ferreira EF. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura, Trab. Educ. Saúde. 2015; (13)1: 201-214.
17. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Cien. Saúde Colet. 2010; (15)3: 757-762.
18. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; (13)3: 500-507.
19. Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. Texto et Contexto Enferm. 2011; (20)2: 263-71.
20. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev Saude Publica. 2010; (44)6: 1005-1013.
21. 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, DF: Ministério da Saúde; 2004.
22. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Cien Saude Colet. 2006; 11(1): 7-17.
23. Paim JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.

24. Stroschein KA, Zocche DA. A Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(3):505-19.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 120 p. : il.
26. Pontes NST, Aguiar AC. Educação permanente como ferramenta e resposta: perspectivas na integralidade nos processos de trabalho em saúde bucal coletiva no âmbito do PSF. In: Macau Lopes MG, organizadora. Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade. - Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 137-157.
27. Moysés SJ. Pós-graduação em saúde coletiva: propostas e desafios para a saúde bucal coletiva. In: Macau Lopes MG, organizadora. Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade. - Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p. 86-98.

3. CONCLUSÕES

O conhecimento sobre Saúde Coletiva é indicativo de práticas de integralidade no âmbito dos serviços de saúde bucal do SUS. Serviços estes, que se constituem espaços para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde, reforçando, assim, o desenvolvimento da integralidade e de características desejáveis para o sistema de saúde vigente, além de reparar possíveis lacunas na formação em odontologia. Assim, identificar eventuais falhas no processo de formação em odontologia, no que se refere a uma atuação profissional condizente com a lógica da integralidade é de extrema importância para consolidação do Sistema Único de Saúde, bem como gerar uma discussão acerca da referida formação.

REFERÊNCIAS

BADAN, D.E.; MARCELO, V.C.; ROCHA, D.G. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirurgiões-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p.1811–1818, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. 279 p.

BOTAZZO, C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: LOPES, M.G. Saúde bucal coletiva: implementando ideias ... concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 3-15.

_____. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, p. 7-17, 2006.

_____; CHAVES, S. C. L. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. organizadores. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1ªed. Rio de Janeiro; 2013. p. 639-648

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990

_____. Ministério da Saúde. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal*. Política Nacional de Saúde Bucal. 2004. Disponível em : [http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 28 de junho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 18 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 120 p. : il.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 569-84, 2003.

CARVALHO, Y; CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde**: aprendizados com a Saúde Coletiva. 2006. Disponível em:

http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf . Acesso em: 20 Abr 2014.

CHAVES, S.C.L. et al., Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p.1.005-1.013, 2010.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília, 4ª edição: Liber Livro Editora, 2012.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, maio 2010.

MATTIONI, F.C.; BUDÓ, M.L.D; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, p.263-71, Abr-Jun 2011.

MATTOS, D. A. integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In: MACAU LOPES, M.G. **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. cap. 5, p. 59-69.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, Set-Out 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MOYSÉS, S.J. Pós-graduação em saúde coletiva: propostas e desafios para a saúde bucal coletiva. In: MACAU LOPES, M.G. **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade** – Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2008. cap. 7, p. 87-98.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p.141-7, 2006.

_____.; FRAZÃO P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2006. p. 346-62.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: Campos, GWS *et.al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Fiocruz, Hucitec; 19-39, 2009.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 158 p.

_____. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.

organizadores. **Gestão em redes práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ UERJ/Abrasco; 2006. p 91-111.

PONTES, N.S.T.; AGUIAR, A.C. Educação permanente como ferramenta e resposta: perspectivas na integralidade nos processos de trabalho em saúde bucal coletiva no âmbito do PSF. In: MACAU LOPES, M. G. **Saúde bucal coletiva: implementando ideias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: editora Rubio, p.137-155, 2008.

PONTES, A.P.M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.

SANCHEZ, H.F. et al., A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura, **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 201-214, jan./abr. 2015.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A. A Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011/fev. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Conhecimento sobre saúde coletiva: indicativo de práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS?”**, na qual você como dentista do serviço de saúde bucal do SUS, será sujeito da pesquisa, em caso de concordância em participar. A pesquisa está sob coordenação da mestranda do programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UFVJM, Gilsimary Santana Santos, contando com a orientação do professor doutor João Luiz de Miranda do referido mestrado. A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a Prefeitura Municipal de Diamantina.

Os objetivos desta pesquisa são: Analisar se o conhecimento sobre saúde coletiva contribui para o exercício profissional baseado em práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS no município de Diamantina. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) aos seguintes procedimentos: Responder a uma entrevista aberta sobre os temas integralidade e saúde coletiva. O tempo previsto para a realização da entrevista será cerca de 1(uma) hora. O local será no ambiente de trabalho podendo ser nas unidades básicas de saúde ou no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no interior do consultório odontológico e somente com as presenças do pesquisador e do entrevistado. A entrevista será gravada através de um aparelho de áudio (gravador). As informações gravadas e transcritas serão armazenadas de forma sigilosa, porém, o sujeito envolvido na pesquisa terá acesso às suas informações pessoais e gravações de forma incondicional e a todo o tempo de execução da pesquisa.

O presente estudo envolve a realização de entrevista pelo pesquisador, sendo assim apresenta risco mínimo aos sujeitos da pesquisa, uma vez que, não haverá procedimentos invasivos. Poderá gerar desconforto no momento de responder às perguntas que poderão levar a um receio de identificação. Assim, o pesquisador se compromete a explicar o objetivo da pesquisa e não haverá necessidade de

identificação nominal, será garantido também o direito livre e irrestrito de não responder a qualquer pergunta da entrevista, caso se sinta constrangido. Além disso, nos comprometemos a considerar e a utilizar todos os preceitos da Resolução 466/12 (OMS) em todos os momentos da pesquisa. Não haverá em hipótese alguma a identificação dos indivíduos envolvidos e nem das características que possam identificá-los. Os benefícios relacionados com a sua participação poderão favorecer o aprendizado sobre integralidade e de sua relação com a saúde coletiva, contribuindo para vislumbrar a melhor forma de abordagem do profissional para com o usuário do SUS e favorecendo uma possível mudança positiva no cotidiano dos serviços de saúde bucal, além de uma possível contribuição para o processo de formação profissional vigente.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados (informações) obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Gilsimary Santana Santos. **Endereço:** Rua Heloiza Durães Neves, 50, ap.102 **Telefone:** (38) 9152- 9414 ou (38) 3531- 2728 **E-mail:** gilsimary@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000 Tel.: (38)3532-1240
Coordenadora: Prof^a. Thais Peixoto Gaiad Machado
Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br e/ou cep@ufvjm.edu.

APÊNDICE B
Ficha de autopreenchimento

Data de nascimento: ___/___/___

Local de trabalho: _____

Tipo de graduação: _____

Nome da instituição de graduação: _____

Ano de conclusão da graduação: _____

Tipo da pós-graduação: _____

Instituição e ano de conclusão da pós-graduação: _____

APÊNDICE C

Roteiro da entrevista

- 1- O que você entende pelo princípio da integralidade do SUS?
- 2- O que você considera práticas baseadas na integralidade no serviço? Exemplifique.
- 3- O que você entende por saúde coletiva?
- 4- Conte-me um pouco sobre a sua formação em saúde coletiva.
- 5- Em sua opinião, quais aspectos da saúde coletiva podem contribuir para que você desenvolva a integralidade no dia-a-dia do serviço de saúde?
- 6- Um homem de cinquenta anos chega ao serviço queixando-se de dor aguda no dente 45 e não conseguiu trabalhar ou dormir nos últimos dois dias. Ao exame clínico, você constata que o dente apresenta uma pulpíte. Porém, você também observa lesão suspeita no lábio inferior, que segundo o paciente está ali há tanto tempo que nem ele mesmo sabe quando apareceu, mas que aquilo nunca o incomodou. O homem demonstrou uma feição de dor e disse : *“Por favor, alivie a minha dor, doutor!”*. Qual sua atitude diante desta situação?
- 7- Você tem mais alguma coisa a acrescentar?

APÊNDICE D

Quadro 1- Unidades de Registro (UR) e Unidades de Significação (US) na análise de conteúdo

Questionamento	Tema=UR	Unidades de significação
Entendimento sobre integralidade	<p>Integralidade entendida como universalidade</p> <p>Assistência que o usuário necessita</p> <p>Profissional que entenda as necessidades do usuário</p>	<p><i>Igualdade para todos, indiferente de raça e de condição social.</i></p> <p><i>Serviço prestado cobrindo todas as necessidades assistências que o usuário tenha.</i></p> <p><i>Um profissional que saiba lidar com os pacientes, suas dificuldades, suas necessidades.</i></p>
Práticas baseadas na integralidade	<p>Práticas resolutivas e Conclusão do tratamento</p> <p>Práticas assistenciais nos níveis de atenção além de prevenção e promoção</p>	<p><i>Trabalho do dentista da melhor maneira possível resolvendo o problema do usuário.</i></p> <p><i>Atendimento na atenção primária, encaminhamento para o CEO, dentro de toda a rede.</i></p>
Entendimento sobre saúde coletiva	<p>Direito do usuário</p> <p>Especialização</p> <p>Saúde que atende à coletividade</p> <p>Saúde pública</p>	<p><i>Tudo aquilo que o usuário do SUS tem direito.</i></p> <p><i>É uma das especializações da odontologia.</i></p> <p><i>Que atinge um maior número de pessoas, uma coletividade, um grupo.</i></p> <p><i>Os governos federal, estadual, municipal vão propiciar o atendimento à população.</i></p>
Formação em saúde coletiva	<p>Formação na graduação</p> <p>Formação na pós-graduação</p> <p>Formação na graduação e pós-graduação</p> <p>Aprendizado sobre saúde coletiva no trabalho</p>	<p><i>[...] a saúde coletiva eu tive na graduação [...].</i></p> <p><i>[...] a pós-graduação que eu fiz, eu vi alguma coisa de saúde coletiva, a saúde coletiva estava no início.</i></p> <p><i>[...] “a saúde coletiva eu tive na graduação [...] E depois também tive oportunidade de fazer o curso de pós-graduação” [...]</i></p> <p><i>“Olha, a minha formação foi mais no sentido de prática e experiência” [...]</i></p>

<p>Aspectos da saúde coletiva que contribuem para o exercício da integralidade</p>	<p>Trabalho em equipe</p> <p>Atendimento a todas as necessidades dos usuários</p> <p>Olhar integral sobre o usuário</p> <p>Respaldo profissional para trabalhar</p> <p>A saúde coletiva funciona para grupos específicos</p> <p>Humanização</p>	<p><i>[...] uma união com médico, com enfermeiro, para ter conhecimento do todo daquele cliente...</i></p> <p><i>É dar andamento no que a pessoa precisa, necessita.</i></p> <p><i>É a partir do momento que recebemos um paciente e 'tem um olhar integral'...</i></p> <p><i>Mais é questão de dar respaldo profissional para trabalhar, melhorar as condições de serviço do SUS.</i></p> <p><i>Essa saúde coletiva funciona mais quando você trabalha em creches, em escolas.</i></p> <p><i>A integralidade dentro do Sistema Único de Saúde porque a gente aprende olhar a pessoa como pessoa.</i></p>
<p>Como agir em uma situação real apresentada (questão problema)</p>	<p>Alívio do sofrimento imediato, encaminhamento, acompanhamento</p> <p>Alívio do sofrimento imediato e encaminhamento</p>	<p><i>Fazer o tratamento e alívio da dor dele... já avisar que ele precisa voltar... e deixar agendado para que faça acompanhamento daquela lesão.</i></p> <p>Pelo meu entendimento eu tenho procurar resolver a dor... <i>[...] e encaminhar para fazer uma biópsia no lábio.</i></p>

APÊNDICE E

Quadro 2 - Quadro síntese da construção de categorias na análise de conteúdo

UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO/TEMA	FREQUÊNCIA DE APARECIMENTO DAS US	CATEGORIA
<p><i>Igualdade para todos, indiferente de raça e de condição social.</i></p> <p><i>Serviço prestado cobrindo todas as necessidades assistenciais que o usuário tenha.</i></p> <p><i>Um profissional que saiba lidar com os pacientes, suas dificuldades, suas necessidades.</i></p>	<p>02</p> <p>06</p> <p>01</p>	Percepção sobre integralidade
<p><i>Trabalho do dentista da melhor maneira possível resolvendo o problema do usuário.</i></p> <p><i>Atendimento assistencial, prevenção e promoção nos níveis de atenção.</i></p>	<p>02</p> <p>07</p>	Práticas baseadas na integralidade
<p><i>Tudo aquilo que o usuário do SUS tem direito.</i></p> <p><i>É uma das especializações da odontologia.</i></p> <p><i>Que atinge um maior número de pessoas, uma coletividade, um grupo.</i></p> <p><i>Os governos federal, estadual, municipal vão propiciar o atendimento à população.</i></p>	<p>02</p> <p>01</p> <p>06</p> <p>01</p>	Percepção sobre saúde coletiva
<p><i>[...] a saúde coletiva eu tive na graduação [...]</i></p> <p><i>[...] a pós-graduação que eu fiz, eu vi alguma coisa de saúde coletiva, a saúde coletiva estava no início.</i></p> <p><i>[...] “a saúde coletiva eu tive na graduação [...] E depois também tive oportunidade de fazer o curso de pós-graduação” [...]</i></p> <p><i>“Olha, a minha formação foi mais no sentido de prática e experiência” [...]</i></p>	<p>03</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>05</p>	Formação em saúde coletiva
<p><i>[...] uma união com médico, com enfermeiro, para ter conhecimento do todo daquele cliente...</i></p>	<p>02</p>	Contribuição do conhecimento sobre saúde coletiva na prática do princípio da integralidade

<p><i>É dar andamento no que a pessoa precisa, necessita.</i></p> <p><i>É a partir do momento que recebemos um paciente e 'tem um olhar integral'....</i></p> <p><i>Mais é questão de dar respaldo profissional para trabalhar, melhorar as condições de serviço do SUS.</i></p> <p><i>Essa saúde coletiva funciona mais quando você trabalha em creches, em escolas.</i></p> <p><i>A integralidade dentro do Sistema Único de Saúde porque a gente aprende olhar a pessoa como pessoa.</i></p>	<p>02</p> <p>02</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p>	<p>Contribuição do conhecimento sobre saúde coletiva na prática do princípio da integralidade</p>
<p><i>Fazer o tratamento e alívio da dor dele... já avisar que ele precisa volta... e deixar agendado para que faça acompanhamento daquela lesão.</i></p> <p><i>Pelo meu entendimento eu tenho procurar resolver a dor... [...] e encaminhar para fazer uma biópsia no lábio.</i></p>	<p>06</p> <p>04</p>	<p>Exercício da integralidade na prática</p>

ANEXOS

ANEXO A

MANUAL – ORIENTAÇÃO AUTOR

INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO

Normas de submissão 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 seis 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 seis 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. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis 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, constando de resumo com até quinhentas palavras.

Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de

textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10-15}

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”

c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v.1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, Daud Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br.

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

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

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadella C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov. 12; Opinião: A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade). ano; v(n.): página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013:715-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun. 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em:
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço:
<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

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). Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

ANEXO B

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE COLETIVA: INDICATIVO DE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO SUS?

Pesquisador: Gilsimary Santos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36417414.2.0000.5109

Instituição Proponente: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 817.213

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto desenvolvido em Programa de Pós-Graduação da UFVJM, cujo tema é a integralidade da assistência nos serviços de saúde bucal do SUS em Diamantina - MG. Os autores destacam a relevância do tema, salientando que o exercício profissional não pautado na integralidade da assistência ao usuário tende a comprometer o desenvolvimento do SUS. A proposta apresentada é coerente e existe uma robusta revisão da literatura. O trabalho será desenvolvido por meio de análise qualitativa de entrevista com dentistas da cidade de Diamantina.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário do estudo é apresentado pelos autores como:

* Analisar se o conhecimento sobre saúde coletiva contribui para o exercício profissional baseado em práticas de integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS no município de Diamantina, MG.

Os objetivos secundários são:

* Verificar qual a percepção do dentista sobre integralidade;

* Verificar qual a percepção do dentista sobre saúde coletiva;

* Verificar se na visão do dentista, os conhecimentos sobre saúde coletiva contribuem para o desenvolvimento de habilidades que condizem com reafirmar o compromisso desta última com a

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: Ibituruna **CEP:** 39.408-007
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 **Fax:** (38)3212-1002 **E-mail:** dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 817.213

qualidade de vida e a cidadania

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto contempla a previsão de riscos mínimos e aborda adequadamente os riscos, destacando intervenções para minimizá-los e a possibilidade de interrupção imediata do estudo, em caso de qualquer constrangimento por parte do entrevistado.

Os autores também salientam os possíveis benefícios do estudo, relacionados com o aprendizado sobre integralidade e de sua relação com a saúde coletiva, contribuindo para vislumbrar a melhor forma de abordagem do profissional para com o usuário do SUS e favorecendo uma possível mudança positiva no cotidiano dos serviços de saúde bucal, além de uma possível contribuição para o processo de formação profissional vigente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante e viável, com potencial de produção de intelectual útil aos gestores de saúde, especialmente da área da odontologia. Há coerência metodológica na proposta apresentada e adequação aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão adequadamente apresentados na plataforma.

Recomendações:

Não há recomendações específicas ao projeto apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 817.213

MONTES CLAROS, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafranca@gmail.com