

ANA CAROLINA SILVA DE LIMA

**A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA COMO ELEMENTO INOVADOR
PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DA SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

RECIFE

2017

ANA CAROLINA SILVA DE LIMA

**A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA COMO ELEMENTO INOVADOR
PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR DA SAÚDE
BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada

Orientadora: Profa Dra Jurema Freire Lisboa de Castro
Co-orientadores: Prof Dr Paulo Sávio Angeiras de Goes
Prof Dr Carlos Botazzo

RECIFE

2017

L732a Lima, Ana Carolina Silva de.

A ampliação da clínica como elemento inovador para a produção do cuidado a partir da saúde bucal na atenção primária / Ana Carolina Silva de Lima. – 2017.

141 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Jurema Freire Lisboa de Castro.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Pós-graduação em Odontologia. Recife, 2017.

ANA CAROLINA SILVA DE LIMA

**“A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA COMO ELEMENTO
INOVADOR PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PARTIR
DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”**

Aprovada em 22 de agosto de 2017

Orientadora: Profa Dra JUREMA FREIRE LISBOA DE CASTRO

Banca examinadora:

5º

Profa Dra JUREMA FREIRE LISBOA DE CASTRO
(Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

4º

Prof Dr GUSTAVO PINA GODOY
(Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

3º

Profa Dra MÁRCIA MARIA VENDICIANO BARBOSA VASCONCELOS
(Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

2º

Profa Dra ELAINE JUDITE DE AMORIM CARVALHO
(Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

1º

Profa Dra SILVIA REGINA JAMELLI
(Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico à minha família, em especial à minha mãe, **Maria Idalice Silva de Lima** (*in memoriam*), expressão máxima do “*cuidado do outro*” na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade de “experienciação da vida” com tanta intensidade e proteção.

À minha mãe Maria Idalice (*in memoriam*), minha mainha, minha amiga, que tanto ensinou sobre o “cuidado do outro” pela sua prática de amor incondicional às filhas, à minha avó Maria (*in memoriam*), ao meu pai, a toda a família e amigos de “Tia Dala, Dalinha, Idinha” e, principalmente, pelo amor dedicado intensamente às minhas filhas, para quem a “vovó *Dala-Estrelinha*” estará sempre brilhando e viva, nas lembranças de uma infância feliz ao seu lado.

Ao meu esposo Antonio, pelo incentivo quando nada mais parecia possível, pela parceria e pelo otimismo de todas as horas e acima de qualquer situação, pois sabemos que juntos somos fortes!

A Ana Maria e Alice, por existirem como minhas filhas. A vocês, quero agradecer a oportunidade de “aprender a cuidar continuamente” e de “amar o outro” sem limites.

Ao meu pai, Luciano; às minhas irmãs, Nessa e Tati; às minhas tias, primas e sobrinhas; aos meus tios, primos e sobrinhos; à minha sogra, Lucila; à minha cunhada e; ao meu sogro, vovô Tonho (*in memoriam*); cujo carinho continuará sendo sempre motivação na minha vida.

A Ceicinha, minha irmã do coração, pelo carinho ao cuidar com tanta dedicação de todos da minha família, inclusive de mim.

A todos os meus amigos e amigas, como é bom poder contar com vocês!

Ao meu co-orientador, professor Carlos Botazzo, pela sua “generosidade acadêmica”, amizade e uma (des) orientação surpreendentemente transformadora à luz da bucalidade.

Ao meu co-orientador, professor Paulo Goes, pelo acolhimento e pelas oportunidades de aprendizado com seu brilhantismo acadêmico.

À minha orientadora, professora Jurema Freire Lisboa de Castro, pelo apoio e confiança nos momentos de grandes adversidades.

Aos colegas e amigos do grupo de Inovação Tecnológica do Cuidado, em especial a Fabiana, Graciela e Cissa, quando juntos, ousamos, compartilhamos, desconstruímos e reconstruímos pensamentos e “conceitos-ferramentas”.

Aos amigos da Pós-Graduação em Odontologia, em especial a Leonardo, Diego e Manoela Figueira, pela parceria e motivação para persistir. Conseguimos, amigos!

Às amigas de trabalho, especialmente a Lúcia Andrade, Leila, Taciana e Edivânia, pela parceria na (re) construção da produção do cuidado em saúde bucal na nossa Unidade de Saúde da Família; a Rosane, Fabiana e Magali, todas incansáveis na missão de cuidar dessa comunidade; a Lourdes e Arlene, pela amizade e pelo constante incentivo e “apoio administrativo” para a execução das minhas atividades acadêmicas.

À minha orientanda Leila Batista, pela colaboração na produção acadêmica.

Aos pacientes, cuja necessidade de cuidado vem impulsionando meus passos acadêmicos e profissionais, para melhor entendê-los e ajudá-los.

Às Instituições participantes, pela colaboração indispensável à realização da pesquisa.

“O Homem só existe porque foi cuidado, é ‘devedor’ das relações de cuidado, mas Cuidado lhe antecede, é existência prévia. Cuidar implica debruçar-se sobre algo ou alguém; mesmo que a referência seja o cuidado de si, nos debruçamos sobre nós mesmos numa atitude.”

Marisa Schargel Maia

RESUMO

O objetivo desse estudo foi experienciar a ampliação da clínica como elemento inovador para a produção do cuidado integral a partir da saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife. O referencial teórico foi a clínica ampliada pela subjetivação da relação profissional-paciente e pela adição de clínica médica à clínica odontológica, a integralidade do cuidado e a bucalidade. O estudo foi desenvolvido de maio a dezembro de 2015, numa unidade de saúde da família (USF) de Recife, resultando em três artigos científicos. O artigo 1 foi um estudo de prevalência com a população de 146 pacientes cadastrados nas equipes de saúde da família (ESF) 1 ou 2 e atendidos na primeira consulta clínica para a caracterização sociodemográfica e de risco familiar, utilizando o INASB (Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal). Os dados foram analisados descritivamente e analiticamente. Na etapa descritiva foram estabelecidas as frequências e medidas de tendência central em função da variável; para a fase analítica exploratória foi utilizado o teste Chi quadrado de Pearson; e, em ambas o nível de 5% foi referência. No artigo 2, foi realizada uma pesquisa intervenção com observação participante inicial; a fase de intervenção, com três tipos de consultas, individual, anamnese coletiva e de odontologia básica, e por fases de monitoramento e avaliação, representadas pelas reuniões de pesquisa multicêntricas e locais. Os pressupostos para as consultas foram: descentramento dentário, a construção social da demanda e a constituição do caso clínico na anamnese. Foram apresentadas oito histórias patográficas para análise e discussão da produção do cuidado. As informações do diário de trabalho de campo foram utilizadas para a interpretação dos resultados, os quais foram apresentados em dois quadros: um com os motivos da consulta informados pelo paciente e os achados clínicos do dentista; e outro com assuntos diversos da anamnese. No artigo 3, da mesma natureza epistemológica do artigo 2, foi pesquisada a coordenação do cuidado. Os resultados foram apresentados em três quadros sobre: as potencialidades e limitações da clínica ampliada para a coordenação do cuidado; a conduta clínica da equipe de saúde bucal (ESB) 2, pelo registro na ficha de atendimento odontológico individual do *e-sus*; e a conduta da ESB em função da clínica ampliada para a coordenação do cuidado. A análise e discussão foram realizadas pelas oito histórias patográficas. Os resultados demonstraram uma população assistida predominantemente do gênero feminino, com média de 41,88 anos; uma tendência à reversão da lei do cuidado inverso na USF; o fortalecimento do vínculo entre o paciente e a ESB; a satisfação das necessidades dos pacientes; uma interface facilitada entre os pontos de atenção em saúde bucal; além da experiência de uma atmosfera cordial e de satisfação profissional. Concluiu-se que, embora predominante instituído na formação dos profissionais das ESB, o modelo biomédico apresenta muitas fragilidades as quais podem ser revertidas com a adoção da clínica ampliada na prática profissional no serviço público de saúde bucal na atenção primária.

Palavras-chave: Saúde bucal, Odontologia, Saúde da família, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to experience the expansion of the clinic as an innovative element to whole care production by oral health in a family health unit in Recife city. The theoretical reference was the extended clinic by the subjectivation of the professional-patient relationship and by the addition of medical clinic to the dental clinic, the integrality of the care and bucality. The study was developed from May to December 2015, at a family health unit, resulting in three scientific articles. Article 1 was a prevalence study with 146 patients enrolled in the family health teams 1 or 2, and attended at the first clinical consultation, for socio-demographic and family risk characterization, using the index INASB (Oral Health Need Care Index). The data were analyzed descriptively and analytically. In the descriptive step were established the frequencies and measures of central tendency as a function of the variable; for the exploratory analytical phase, the Pearson Chi square test was used; and in both the 5% level was reference. In article 2, an intervention research was carried out with initial participant observation; the intervention phase, with three types of consultations, individual consultation, collective anamnesis and basic dentistry, depriving the dental centralism, considering the social demand and the formulation of the clinical case by the patient's life history; and by monitoring and evaluation phases, represented by multicenter and local research meetings. Eight pantographic stories were presented for care production analysis and discussion. Fieldwork diary informations were used for the results interpretation that were presented into two tables: one with the reasons for the consultation informed by the patient and the clinical findings of the dentist; and others with diverse anamnesis subjects. In article 3, of the same epistemological nature of article 2, the care coordination researched. The results were presented in three tables on: the potentialities and limitations of the expanded clinic for the coordination of care; the dentistry professional clinical conduct by record in the e-sus individual dental paper; and the dentistry professional conduct in function of the expanded clinic for the care coordination. The analysis and discussion were carried out by the eight pantographic stories. The results showed an assisted population predominantly female, with a mean of 41.88 years; a trend toward reversal of the reverse care law; the strengthening of the link between patient and professional; satisfaction of patient needs; a facilitated interface between levels of attention in oral health; besides the experience of a friendly atmosphere and professional satisfaction. It was concluded that, although predominant in the training of BSE professionals, the biomedical model presents many weaknesses which can be reversed with the adoption of the expanded clinical practice in the professional public service of oral health in primary care.

Key-words: Oral health, Dentistry, Health family, Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB- Auxiliar de Saúde Bucal

CAPS- Transtorno Mental - Centro de Atenção Psicossocial de Transtorno Mental

CAPS- AD- Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CD- Cirurgião-dentista

CEO- Centro de Especialidade Odontológica

DS- Distrito Sanitário

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF- Equipe de Saúde da Família

GAP- Grupo de Alta Pactuada em Saúde Bucal

INASB- Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal

ISSN- International Standard Serial Number (Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas)

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitários em Saúde

PE- Pernambuco

PSF- Programa Saúde da Família

PU- Prontuário Único

PNSB- Política Nacional de Saúde Bucal

PCR- Prefeitura da Cidade de Recife

RPA- Região Político Administrativa

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UCL- University College London

UFPE- Universidade Federal de Pernambuco

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

USP- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	16
2.1	A clínica em saúde bucal na atenção primária	16
2.2	Bucalidade e integralidade: uma posição para uma nova clínica em saúde bucal	18
2.3	A coordenação do cuidado a partir da saúde bucal na atenção primária	21
2.4	Objetivos	24
2.4.1	<i>Objetivo geral</i>	24
2.4.2	<i>Objetivos específicos</i>	25
3	METODOLOGIA	26
3.1	Local do estudo	27
3.2	População do estudo	27
3.3	Estudo de prevalência: caracterização sociodemográfica e de risco familiar da população assistida	28
3.4	Pesquisa intervenção: atividade experimental de ampliação da clínica	29
3.5	Aspectos éticos	31
3.5.1	<i>Riscos</i>	32
3.5.2	<i>Benefícios</i>	32
4	RESULTADOS	33
4.1	Artigo científico 1	34
4.2	Artigo científico 2	50
4.3	Artigo científico 3	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	98

APÊNDICES	102
APÊNDICE A- Carta de Anuência	102
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para maiores de 18 anos ou emancipados)	103
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para adultos impossibilitados de assinar o TCLE)	104
APÊNDICE D- Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento	105
APÊNDICE E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para responsável legal pelo menor de 18 anos)	106
ANEXOS	107
ANEXO A- Ficha de procedimento individual odontológico do e- sus- Frente	107
ANEXO B- Ficha de procedimento individual odontológico do e- sus- Verso	108
ANEXO C- Prontuário Único - Ficha para consulta subsequente	109
ANEXO D- Ficha de Saúde Bucal	110
ANEXO E- Manual para Normatização de Dissertações e Teses dos Cursos de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE	111
ANEXO F- Normas da revista Ciência e Saúde Coletiva	119
ANEXO G- Normas da revista Cadernos de Saúde Pública (USP. IMPRESSO)	128

1 APRESENTAÇÃO

Ao longo dos anos, a prática odontológica tem sido oferecida de forma fragmentada, degradada e descontextualizada no serviço público de saúde; a qual não tem impactado na saúde dos indivíduos, nem no nível individual nem no coletivo.

O reconhecimento deste quadro levou ao estabelecimento de novas referências teóricas não mais relacionadas unicamente à odontologia. Nesse contexto, destacam-se a clínica ampliada, que induz um olhar amplo e integral sobre o paciente; bem como a bucalidade, a qual toma o indivíduo a partir das funções bucais de mastigação, erotismo e linguagem.

Dessa forma, os novos olhares embasam a necessidade de reflexão e adoção de diferentes práticas e posturas em relação a uma nova clínica em saúde bucal a qual deverá ser ampliada duplamente: pela incorporação da subjetividade na relação paciente e profissional, conceito tratado na definição original; e, pela incorporação de clínica médica à clínica odontológica, especialmente nos serviços do sistema público de saúde, onde o profissional se depara e atende pacientes neurológicos, dependentes químicos, diabéticos, hipertensos, cardiopatas e tantos outros imprecisamente definidos como pacientes especiais¹.

Assim, há que se destacar ainda a integralidade, a qual pode ser percebida numa dimensão individual, relacionada com a intensidade do cuidado no ato da atenção à saúde, ou seja, com a clínica ampliada; e outra sistêmica ou temporal, referente a uma atenção contínua e articulada em rede através de tecnologias de gestão que promovam a integração entre os diversos serviços e facilitem a coordenação do cuidado do indivíduo por todo o sistema de saúde².

Diante dessa realidade, o estudo propôs experienciar a ampliação da clínica como elemento inovador para a produção do cuidado integral a partir da saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife.

O estudo foi parte integrante do projeto multicêntrico sobre inovação tecnológica do cuidado. E, no nível local, foi autorizado pela carta de anuência da prefeitura de Recife, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), sob o parecer nº 1.059.319 e; pela assinatura dos pacientes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi desenvolvida de maio a dezembro de 2015, numa USF da atenção primária de Recife; resultando em três artigos científicos.

O artigo 1, foi um estudo de prevalência com a população de 146 pacientes cadastrados nas ESF 1 ou 2 e atendidos na primeira consulta clínica pela ESB 2, para a caracterização sociodemográfica e de risco familiar da população assistida utilizando o INASB. Foi intitulado “A caracterização do acesso à saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife, Pernambuco, Brasil” e será encaminhado para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva (IMPRESSO) (ISSN 1413-8123), Qualis B1 em Odontologia.

No artigo 2, foram apresentados os resultados da pesquisa intervenção em função da produção do cuidado com o título “Clínica ampliada: elemento inovador na produção do cuidado em saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife, Pernambuco, Brasil”. No artigo 3, a experiência da clínica ampliada foi apresentada em função da coordenação do cuidado com o título “Coordenação do cuidado a partir da clínica ampliada em saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife, Pernambuco, Brasil”.

Os artigos científicos 2 e 3 serão encaminhados para a Revista de Saúde Pública (USP. IMPRESSO) (ISSN 0034-8910), Qualis A2 na Odontologia, para publicação.

2 INTRODUÇÃO

Nesta sessão, foi abordado o referencial teórico da tese subdividido didaticamente em três subitens, bem como foram apresentados os objetivos, geral e específicos.

2.1 A clínica em saúde bucal na atenção primária

Segundo Foucault³, desde o final do século XVIII e início do século XIX, com a ascensão da ciência e consolidação do saber médico na modernidade, o principal objeto investigativo se configurava na doença ou no corpo do ser que adoece; e, então, a clínica passou a dominar um saber da natureza humana legitimado pelo poder científico, que impõe um estado ideal e saudável, definido como normal. Em decorrência, se houvesse desvio do idealizado estado natural, logo ficaria o ser sujeito ao olhar clínico da medicalização, único recurso capaz de reconduzir ao imperativo maior de normalização.

Numa outra perspectiva, a atenção primária foi criada para priorizar uma abordagem preventiva e de promoção à saúde nos serviços públicos, contrariando o foco na queixa/sintoma e na ação curativa da clínica centrada no médico, para a produção de uma escuta, de um vínculo e de um fazer associado ao coletivo de profissionais da saúde e usuários⁴.

Assim, em 1991, foi lançado no Brasil o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país⁵. E, em seguida, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), composto por equipes mínimas (médico, enfermeiro, técnicos enfermagem e agentes comunitários de saúde) com o intuito de trabalhar com área territorial adscrita e um número definido de famílias assistidas⁶, com a extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e vulneráveis⁷.

Nesse contexto, a promoção de saúde sugerida está vinculada à autonomia dos sujeitos na produção da saúde; e, esse princípio indica uma abertura à convivência com o outro, pautada em valores que respeitem a alteridade e a livre escolha. Ele implica também a construção de espaços coletivos de troca que

possibilitem o enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos, através do conhecimento do cotidiano, das estratégias locais, das possibilidades de cada sujeito⁴.

Outrossim, há de se reconhecer que a clínica existe em interface com a política, pois o encontro ocorre entre modos de subjetivação fabricados no coletivo, no plano social, em que o instituído e o novo são forças em movimento. Então, a clínica é efetivamente uma interação complexa entre dois sujeitos singulares, seja um profissional e um doente, uma equipe e um doente ou uma equipe e um sujeito coletivo (uma família ou uma comunidade)⁸.

Nesse contexto de inovação e de valorização do sujeito, Campos⁹ utilizou o termo ampliada, para dimensionar a atuação clínica para além das abordagens convencionais, considerando que o objeto de trabalho da assistência à saúde é uma pessoa, um grupo, uma família ou um coletivo institucional com doença ou risco de adoecer, transcendendo a clínica tradicional, que tem como foco somente a doença. É essa clínica ampliada que vem sendo sugerida como diretriz de atuação dos profissionais nos serviços públicos de saúde da atenção primária.

Foi assim que, a estratégia de saúde da família, não mais entendida apenas como um programa, aprofundou os processos de territorialização e de responsabilidade sanitária das equipes de saúde sob a lógica da população adscrita¹⁰, para atuar com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próximo à vida das pessoas, representando o contato preferencial dos usuários, sua principal porta de entrada e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, buscando produzir a atenção integral⁶.

Entretanto, desde que foi proposta como programa, a estratégia, formada por ESF minimamente e, posteriormente, por ESB, reflete muito a diretriz normativa, cuja rede de fluxos opera sob a lógica das ações programáticas, determinando horários específicos para atender certo tipo de clientela, bem como o uso de fichas e senhas e a disponibilidade de alguns procedimentos¹¹.

Em função dessa realidade no SUS, Franco e Merhy¹² direcionaram uma crítica a essa estratégia, ao apontarem que a mudança na forma ou estrutura do serviço é insuficiente para produzir novos processos de trabalho, ressaltando que o caráter prescritivo do programa tende a engessar a criatividade dos profissionais e impedir a formulação de arranjos criativos e autônomos.

Por conseguinte, os autores, Franco¹¹, bem como Franco e Merhy¹², enfatizaram que uma alternativa capaz de combater a reprodução de velhas práticas inócuas no serviço é o investimento na mudança dos processos de trabalho de modo que cada profissional atue com o máximo de sua potência num trabalho vivo em ato; ou seja, aquele capaz de promover o acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, comprometendo-se a resolver o problema de saúde do paciente, colocando a criatividade a serviço do outro e desenvolvendo a capacidade de estabelecer vínculo.

No âmbito da saúde bucal, essa ideia de ampliação da clínica vem influenciando autores como Botazzo *et al*¹ que sugeriram novas reflexões sobre clínica ampliada e o adoecimento bucal, ao reconhecer que a ampliação da clínica, obrigaria a clínica odontológica a uma dupla ampliação: pela incorporação da subjetividade na relação paciente-profissional, que é a dimensão tratada no conceito de Campos⁹; e pela incorporação de clínica médica à clínica odontológica.

Esse segundo movimento de ampliação da clínica sugere considerar que falta clínica à clínica odontológica, que falta base clínica ao cirurgião-dentista (CD) quando ele se encaminha para além dos limites gengivo-dentários, tendo que se haver com o paciente por inteiro, especialmente no sistema público, onde se depara com pacientes neurológicos, dependentes químicos, diabéticos, hipertensos, cardiopatas e tantos outros, imprecisamente definidos como pacientes especiais¹.

Concluindo, Botazzo¹³ destacou que antes de pensar em dentes, exclusivamente, o CD do SUS deve ou deveria pensar o estado fisiológico geral do paciente, caso contrário, o paciente poderá estar em perigo e os resultados ou os efeitos da intervenção bucal limitados. E assim, nessa perspectiva, ampliar essa clínica para além dos limites gengivo-dentários seria, provavelmente, uma das principais e desafiadoras tarefas de um projeto de inovação na produção do cuidado em saúde bucal¹.

2.2 Bucalidade e integralidade: uma posição para uma nova clínica em saúde bucal

Uma boa definição do neologismo bucalidade, refere-se à descrição do autor de que o termo representa a capacidade da boca para ser boca e, a um só tempo, ser realização biológica, social e psíquica do homem¹⁴.

No entanto, inicialmente esse termo causa estranheza, mas desperta interesse ao se observar que, a clínica odontológica ao restringir seu objeto à dentadura humana afastou desta não apenas a boca humana como órgão, mas o próprio dono da boca. Assim, ao introduzir o conceito-ferramenta bucalidade na discussão dessa clínica, colocou-se em evidência o caráter restritivo da clínica odontológica, onde ficam ressaltados os componentes mecânicos da sua prática em função da ênfase nas técnicas e no adestramento da mão¹⁵.

Nessa perspectiva, Souza¹⁵ acrescentou que a bucalidade, ao tratar das propriedades inerentes ao bucal, dá visibilidade à multiplicidade de significados da boca e ao limite odontológico, fazendo emergir os efeitos deletérios da sua prática restritiva, sobretudo da naturalização da perda dentária e da ênfase no protesismo.

Aprofundando o entendimento sobre o referido neologismo, Botazzo¹⁶ explicou que entre todos os órgãos e as regiões do corpo humano, a boca é seguramente o mais distinguido, o que mais realiza atividades sociais e por meio da qual muitas atividades ou ações sociais são realizadas. Além disso, informou o autor¹⁶, a boca humana possui um papel ímpar na formação do psiquismo ou da subjetividade, na identidade do indivíduo, e é parte relevante das estruturas corpóreas ligadas ao desejo.

Nesse movimento de fundamentação da bucalidade, o autor^{14 16} acrescentou que, por outro lado, toda clínica médica e cirúrgica repousa numa base biológica que lhe é dada pela triangulação entre: anatomia, fisiologia e patologia; onde o desvio que caracteriza o quadro patológico é evidenciado pela alteração da forma do órgão, ou seja, da alteração anatômica, evento que imediatamente implica a alteração da função que o órgão realiza ou a alteração fisiológica.

Sendo assim, considerando-se essas contextualizações sobre a boca, os conceitos de norma e normalidade adquirem certa relevância no entendimento da clínica, bem como permitem verificar se a prática odontológica contemporânea atende aos seus requisitos. Pois, norma e normalidade definem o que é normal e o que não é; e, de fato, sem que houvesse normatividade nos organismos vivos, isto é, a capacidade de encontrar normas médias de funcionamento, a vida ocorreria de modo irregular e incerto, e seria marcada pela imprecisão funcional e orgânica^{3 17}.

Dessa forma, nesse contexto, a relação cavidade bucal e norma permite o entendimento da bucalidade ao considerar as seguintes reflexões: o tripé anatomia, fisiologia e patologia, que pode ser aplicado à cavidade bucal, permitindo base

racional para pensar uma clínica que dê conta desta parte do corpo; a cavidade bucal, como resultado da formação embriológica das vísceras que se constituem como a parte superior do aparelho digestivo, cuja cerrada coalescência e inseparabilidade garantem a identidade do lugar e o seu funcionamento; bem como, o fato de que, se há identidade anatômica, pode-se pensar em função^{1 13 14 16}.

Constatadas essas reflexões, e conhecendo que os trabalhos bucais podem ser distribuídos em três vertentes: manducação, erotismo e linguagem; torna-se finalmente compreensível a afirmação de que: poder realizar integralmente essas três funções ou trabalhos, é ter capacidade para ser boca e é, a um só tempo, realização biológica, social e psíquica do homem^{14 16}; e, tudo isso vem a definir a bucalidade.

E assim, na perspectiva além de um olhar dentário, a bucalidade pode auxiliar na construção de uma posição diferente para a clínica, a saber: acolher o paciente com sua queixa; conhecer o seu estado de saúde num fluxo de conversas sobre a vida; inspecionar sua boca e estruturas correlatas; elaborar hipóteses; fazer mais exames; novamente observar, conhecendo a situação atual e seus determinantes; e, assim procedendo, constituir o caso clínico¹.

Então, por meio dessa semiologia, o olhar, a mão e a mente do dentista passam a ser conduzidos pelas funções bucais, pela verificação da possibilidade de realização integral dos trabalhos bucais por parte do sujeito, bem como identificando se há desvios que acarretem limitação, deficiência ou incapacidades funcionais^{15 16}.

No geral, com o auxílio da bucalidade, é possível recuperar o homem por inteiro, o homem em sociedade, o que é de extrema relevância quando se atua na estratégia saúde da família na atenção primária, pois a boca, sendo corpo e suporte de relações sociais, é a parte corpórea mais vivamente construída e mais vivamente presente no conjunto destas mesmas relações, em todos os ciclos de vida, da criança ao idoso¹⁴.

Outrossim, os elementos operativos que permitem tornar prática a posição clínica contida no conceito de bucalidade implica o exercício de uma nova clínica numa perspectiva integral.

Dessa forma, sobre a integralidade no âmbito da saúde, destacam-se duas dimensões: uma individual, relacionada com a intensidade do cuidado no ato da atenção à saúde, ou seja, com a clínica ampliada⁹, baseada não somente no seu núcleo biomédico, mas também nos aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito; e,

outra sistêmica ou temporal, que se refere a uma atenção contínua e articulada em rede através de tecnologias de gestão que promovam a integração entre os diversos serviços, bem como a coordenação do cuidado do indivíduo por todo o sistema de saúde².

Considerando-se essa integralidade sistêmica, a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis¹⁸.

Assim, para organizar os serviços rumo a essa atenção integral, é indispensável a efetivação de uma rede integrada em contraposição a um conjunto fragmentado de serviços de saúde, programas, ações e práticas clínicas. Essa fragmentação se caracteriza por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e também entre o sistema clínico e o administrativo¹⁹.

Nesse contexto, de acordo com Faulkner *et al*²⁰, em um sistema baseado na atenção primária, esta funciona como a porta de entrada para os demais níveis de atenção, contribuindo ainda para a racionalização de recursos e otimizando o uso de tecnologias médicas de maior custo e densidade.

Dessa forma, considerando-se as definições teóricas de bucalidade e da clínica ampliada, um passo fundamental para inovação tecnológica do cuidado, seria mesmo exercer, o mais integralmente possível, uma atividade clínica nos serviços de saúde.

2.3 A coordenação do cuidado a partir da saúde bucal na atenção primária

A coordenação do cuidado requer destaque nas discussões sobre a integralidade do cuidado na atenção primária, pois está relacionada ao processo de trabalho nas USF^{11 12} o qual sofre significativa influência dos referenciais teóricos assumidos para a prática clínica no SUS^{1 14}.

Nesse contexto também, como descrito anteriormente, a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a

continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Sendo assim, acrescenta-se que em relação à temática em questão, da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011²¹, a qual dispõe sobre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e as atribuições comuns e específicas aos profissionais da equipe; destaca-se que cabe ao profissional da atenção primária, a responsabilização pela população adscrita, de forma a manter a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde. Além disso, especificamente em relação à saúde bucal, o documento traz a coordenação do cuidado como competência clínica e de gestão desse profissional.

De forma geral, é dado que a atribuição da responsabilidade pelo paciente a um profissional de saúde da atenção primária facilita o acesso²⁰ à atenção secundária e, ao assumir tal atribuição, o profissional passa a ser reconhecido como defensor do paciente^{19 21}.

Nesse contexto, Morris e Burke²² caracterizaram a interface ideal entre atenção primária e secundária por meio de quatro características: acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; sistema de referência, em que todo serviço não disponível na atenção primária é ofertado na atenção secundária; encaminhamento ágil e adequado, com contra-referência para a atenção primária ao final do tratamento especializado; e, retorno facilitado ao nível secundário sempre que necessário.

Assim, numa dimensão mais ampla na saúde, a coordenação entre o primeiro e o segundo nível de complexidade da atenção, entendida como ação ou esforço em comum, denominada por alguns autores como interface, vem recebendo grande atenção nas reformas dos sistemas de saúde europeus, com iniciativas para fortalecer a atenção primária à saúde, como a consultoria de curto ou longo prazo e o desenvolvimento de programas de atendimento compartilhado entre especialidades e profissionais da rede básica²⁰.

No território nacional, pensando a superação dessa fragmentação da atenção para a produção do cuidado, a reestruturação do sistema de saúde foi sugerida na perspectiva de rede de atenção²³.

No entanto, segundo Mendes²⁴, atualmente, a concepção de hierarquia das redes de atenção deve ser substituída pela ideia de poliarquia, onde o sistema

irá ser organizado sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Ao passo que, não deverá haver uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde que encerram distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles.

Assim, nesse processo de transição dos níveis para rede de atenção à saúde, os diferentes equipamentos podem ser classificados segundo a densidade tecnológica em: atenção primária (baixa densidade), média complexidade (densidade intermediária) e alta complexidade (elevada densidade). E assim, rompendo-se com a ideia do arranjo piramidal, todos os pontos de atenção à saúde assumem um mesmo grau de importância para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde²⁴.

Considerando esses aspectos, a rede pode ter uma organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por unidades de atenção básica, como as USF e as unidades básicas de saúde (UBS); centros de especialidades odontológicas (CEO); centros de apoio diagnósticos; laboratórios de prótese dentária; unidades de pronto atendimento (UPA); farmácias; e hospitais de referência^{23 24}.

No entanto, na lógica do cuidado integral e da saúde bucal em rede, as ações interdisciplinares, apesar de existentes, ainda não estão consolidadas de modo que haja discussões mais amplas entre os profissionais das ESF e das ESB²⁵, bem como dos outros pontos de atenção; dificultando sobremaneira a coordenação do cuidado; e, conseqüentemente, prejudicando a interface da saúde bucal nos diferentes níveis tecnológicos.

De fato, observa-se que permanece como garantia mínima de acesso à saúde bucal no SUS, a oferta de procedimentos clínico-curativos a demandas espontâneas²⁶; caracterizando, na prática, um sistema fragmentado e que, mesmo enfrentando uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas²⁷, continua atuando na lógica do tratamento das condições agudas.

Além disso, é sabido que o processo de trabalho em rede exige o adequado reconhecimento da origem dos problemas em saúde. E, infelizmente, na saúde bucal, ainda existe dificuldade técnica da equipe para a execução de um planejamento adequado²⁸, baseado no diagnóstico de área²⁹, em virtude da atuação

clínica num cenário histórico de grande desproporcionalidade entre ESF e ESB na estratégia saúde da família.

Assim, apesar da conhecida necessidade do rompimento da gestão baseada na oferta para se instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou seja, a gestão da clínica³⁰; torna-se imperiosa a mudança na consolidação da estratégia saúde da família, o que exige verdadeiramente uma ruptura ideológica com as representações da atenção primária seletiva, ou seja, é urgente o rompimento da ideia de uma atenção primária à saúde pobre para regiões e pessoas pobres e dos cuidados primários como um nível inferior de atenção³¹.

Portanto, para que a interface ocorra naturalmente em virtude da coordenação do cuidado, além do esforço profissional das equipes na atenção primária, torna-se imperioso que seja garantido o direito universal à saúde, independentemente das condições econômicas, culturais ou religiosas da população³¹; bem como seja aprimorada permanentemente a capacidade de realização das ações voltadas para a garantia da integralidade da atenção na cadeia organizativa do sistema⁹.

Da mesma forma, é urgente o entendimento de que a responsabilização pelo cuidado do paciente tem que acontecer em todos os pontos de atenção à saúde, mesmo que o papel fundamental de ordenador das redes e da coordenação desse cuidado esteja associado à atenção primária através da estratégia saúde da família^{18 24}.

2.4 Objetivos

2.4.1 *Objetivo geral*

O estudo propôs experienciar a ampliação da clínica como elemento inovador para a produção do cuidado integral a partir da saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife.

2.4.2 *Objetivos específicos*

A) Investigar os modos como socialmente é construída a demanda pelo serviço de saúde bucal ou as necessidades em saúde bucal na ótica do sujeito-paciente;

B) Identificar casos clínicos para a internalização da produção e da coordenação do cuidado frente ao novo referencial teórico;

C) Compreender o espaço da clínica no SUS como espaço pedagógico e *locus* privilegiado de observações e;

D) Propor novas tecnologias para o cuidado em saúde bucal na atenção primária, construindo novas possibilidades de intervenções individuais e coletivas.

3 METODOLOGIA

A pesquisa foi parte integrante de um estudo multicêntrico realizado na região sudeste do Brasil. No nível local, foi realizada na cidade de Recife, Pernambuco, região nordeste do país, no período de maio a dezembro de 2015, sendo desenvolvida por meio de uma metodologia mista, uma vez que foram utilizados métodos quantitativo e qualitativo.

Como a informação epidemiológica é usualmente utilizada para a obtenção de diagnósticos populacionais de saúde bucal que podem ser úteis para o planejamento e programação das ações³², foi utilizado o estudo de prevalência, um método quantitativo, para a caracterização sócio-demográfica e de risco familiar da população, em função da caracterização do acesso à saúde bucal numa USF.

Simultaneamente, a pesquisa intervenção, uma abordagem qualitativa, foi desenvolvida para os estudos sobre produção e coordenação do cuidado a partir da experenciação de uma nova concepção de clínica, a clínica ampliada^{1 8 9}, por uma ESB na atenção primária.

Sendo assim, torna-se importante esclarecer que, no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas; ou seja, torna-se indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. Assim, o significado tem função estruturante, em torno do que as coisas significam, e do modo como as pessoas organizam suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde³³.

Assim, a relevância da utilização desse método no presente estudo, está relacionada ao fato de que, nos estudos qualitativos da saúde em particular, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população aos tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; bem como entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos pacientes, dos seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde³³.

3.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido numa USF, localizada no Distrito Sanitário (DS) VIII do município de Recife-Pernambuco (PE), Brasil.

A cidade Recife está situada a leste do estado de PE, ocupando uma posição central no litoral nordestino, com uma superfície territorial de 220 km². Está dividida em 94 bairros subdivididos em seis regiões político-administrativas (RPA) que para o setor saúde correspondem aos oito DS; onde o território da RPA III ficou representado na saúde pelos DS III e VII; e, o da RPA VI correspondendo aos DS VI e VIII.

O município de Recife está habilitado na gestão plena do sistema municipal e apresenta a estratégia saúde da família como o modelo de reorganização da atenção básica³⁴.

Atualmente a capital pernambucana tem uma rede própria de atenção básica composta por 275 ESF e 167 ESB, distribuídas em 120 USF. Compõe também esta rede 22 UBS, nove unidades especializadas e oito CEO. Ainda estão inclusos 42 pólos de academia da cidade, 20 equipes de núcleo de apoio à saúde da família (NASF), apenas um núcleo de apoio em práticas integrativas, 12 serviços de atendimento domiciliar, seis consultórios de rua, quatro serviços de pronto atendimento, 12 policlínicas; além de 11 farmácias da família, 10 espaços mãe coruja, 11 centros de atenção psicossocial (CAPS) de transtorno mental e seis centros de atenção psicossocial de álcool e drogas (CAPS-AD), um laboratório, três maternidades e dois hospitais³⁵.

Os profissionais da USF pesquisada prestam atendimento a mais de 10.000 usuários, dividindo-se em: três ESF, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); e, duas ESB tipo I, com CD e auxiliar de saúde bucal (ASB)³⁵.

3.2 População de estudo

O grupo de sujeitos da pesquisa foi formado por todos os pacientes atendidos pela ESB 2, que estavam realizando a primeira consulta de saúde bucal nos últimos 12 meses, e que estavam cadastrados na ESF 2 ou nas microáreas 4, 5 e 6 da ESF 1.

3.3 Estudo de prevalência: caracterização sociodemográfica e de risco familiar da população assistida

Foi desenvolvido um estudo de prevalência, para caracterização do acesso na unidade pesquisada utilizando o INASB. Esse índice foi desenvolvido com o intuito de classificar as famílias de áreas adscritas à estratégia de saúde da família, baseando-se nas informações sociais tipo de moradia e escolaridade materna, e é representado por um algoritmo que classifica como “alto risco” sempre que a condição de maior vulnerabilidade social estiver presente³⁰.

Foi realizado um censo dos pacientes atendidos pela ESB 2, que estavam realizando a primeira consulta nos últimos 12 meses e que estavam cadastrados na ESF 2 ou nas microáreas 4, 5 e 6 da ESF 1.

No estudo, o acesso foi considerado a primeira consulta na saúde bucal, sob a lógica da ampliação da clínica sugerida por Botazzo *et al*⁹, levando-se em consideração a subjetividade da relação profissional-paciente e sugerindo a adição da clínica médica à clínica odontológica.

Para coleta dos dados pessoais do paciente, tipo e condição de moradia, bem como escolaridade da mãe, para a obtenção do INASB, as entrevistas foram realizadas uma vez por semana como consulta individual aos seis pacientes agendados anteriormente pela ESB; bem como nos quatro grupos de anamnese coletiva; atividades em grupo com duração de uma hora, realizadas na sala de reunião, com oito a 12 pacientes dispostos em círculo, para uma deposição de temas da vida, como saúde, educação, esporte, entre outros, pela iniciativa do paciente e, mediada pela CD. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a apresentação e interpretação dos dados. Também foram utilizados PU e diário de trabalho de campo para coleta de informações.

O programa utilizado para elaboração dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 23. Os dados coletados foram tabulados no programa microsoft excel office, versão 2007, transportados e analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e de tendência central e dispersão para a variável idade. De forma exploratória, foi analisada a associação entre duas variáveis categóricas, pela utilização do teste Chi quadrado de Pearson, com nível de significância 5% como referência.

3.4 Pesquisa intervenção: atividade experimental de ampliação da clínica

A pesquisa intervenção constou de uma fase inicial de observação, uma fase de intervenção e fases de monitoramento e avaliação as quais corresponderam a reuniões de pesquisa multicêntricas e locais, durante a experiência da clínica ampliada na USF pesquisada.

A primeira fase desenvolveu-se em caráter preliminar à intervenção representando uma observação participante do trabalho na USF como estratégia no conjunto da investigação para possibilitar a compreensão e apreensão da realidade de saúde dos usuários em nível de generalidade clínica, buscando ver as coisas de dentro³⁶.

Assim, a observação participante implicou o acompanhamento do processo de trabalho da unidade: da consulta na enfermagem e clínica médica, em parte ou no todo, de acordo com a situação e em respeito à intimidade e incolumidade do paciente; na discussão de casos clínicos com a ESF, ESB e NASF; das reuniões administrativas; além da observação no território, acompanhando as ESF e os ACS nas visitas domiciliares. Sendo possível então, experimentar, viver e sentir a complexidade da atenção primária em saúde³⁷.

Na segunda fase, o trabalho de campo foi realizado como pesquisa de intervenção em atividade experimental de clínica ampliada de saúde bucal. Os pressupostos¹ para o atendimento clínico foram:

- a) atendimento aos problemas bucais mais relevantes para o usuário (construção social da demanda);
- b) descentramento dentário (desprivilegiamento da cárie dentária como patologia-mãe);
- c) constituição do caso clínico por meio da anamnese, como escuta qualificada da queixa do usuário.

Na pesquisa, a anamnese como escuta qualificada pela CD teve grande relevância para o acolhimento individual, o vínculo e principalmente para permitir que o paciente falasse livremente, com pequenas interrupções para facilitar a deposição do material subjetivo, sobre seu mal-estar, sua condição clínica, seus sintomas, suas expectativas, sua vida. A condição sistêmica foi avaliada, como pressão arterial e glicemia, e as informações foram registradas e atualizadas no PU.

O agendamento da primeira consulta, bem como as de retorno, foi realizado pela ESB.

Foram realizadas três modalidades de consultas:

1) consulta individual- para o acolhimento da queixa do paciente, anamnese, exame físico e hipótese diagnóstica; bem como para solicitação dos exames complementares e realização de prescrições. A consulta foi feita na sala de saúde bucal, mas fora da cadeira odontológica.

2) anamnese coletiva- foi realizada uma atividade em grupo com no máximo 12 pacientes dispostos em círculo, onde foram abordados temas corriqueiros da vida sugeridos pelo próprio usuário, como saúde, esporte, educação, família, cidadania, profissão, entre outros. O momento foi mediado pela CD e teve o objetivo de viabilizar a formação de uma atmosfera de cordialidade e fortalecimento do vínculo entre os participantes da atividade. Além disso, nesse momento foram preenchidos os dados pessoais no PU de cada paciente, quando necessário. O exame físico e o registro dos achados clínicos no PU foram realizados individualmente, após a atividade em grupo, resguardando a privacidade do paciente. O controle do grupo foi feito pela ASB;

3) consulta de odontologia básica- para realização de procedimentos básicos de odontologia, como: restaurações dentárias provisórias e definitivas, tratamentos expectantes, acesso à câmara pulpar com ou sem penetração desinfetante e com colocação de medicação preparatória, procedimentos periodontais básicos, além de exodontias e remoção de restos radiculares.

Os pacientes foram orientados a marcar o retorno para realização de procedimentos odontológicos quando necessário. As intercorrências agudas foram encaminhadas para a policlínica de referência do DS VIII para urgência odontológica ou, foram atendidas pela ESB da pesquisa.

Os pacientes que necessitaram de tratamento odontológico especializado, inclusive de estomatologia, foram encaminhados para o CEO de referência ou para tratamento em rotas alternativas no município, como instituições de ensino de graduação e pós-graduação em odontologia.

Foram realizadas discussões de casos clínicos e visitas domiciliares com a ESF correspondente, com profissionais do NASF e dos CAPS de transtorno mental, álcool e drogas, bem como interconsultas com a enfermagem e com a clínica médica.

Utilizou-se o diário no trabalho de campo para registro de informações e interpretação dos resultados. Assim como, para a análise e discussão dos dados da pesquisa, oito casos clínicos foram narrados como histórias patográficas. Essa técnica consiste na fusão dos conceitos de história clínica de Castiel³⁸, que une as dimensões factuais e ficcionais da história clínica; e de patografia de Entralgo³⁹, que propõe a descrição do doente e sua vida para além dos aspectos clínicos^{15 40}.

Ressalta-se que não havendo o *a priori* clínico, buscou-se, também, o não *a priori* da pesquisa, pois operando no plano dos acontecimentos, deve-se guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e ao pesquisador cabe a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela. De forma que o pesquisador não se pretende agente de mudança, mas sim produzir novos sentidos, novas intercessões⁴¹.

Assim, na pesquisa intervenção, a mudança imediata da ação instituída não é esperada, pois a mudança é consequência da produção de outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto⁴².

3.5 Aspectos éticos

O estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde por meio da carta de anuência de 05 de dezembro de 2013; e, pelo Comitê de Ética da UFPE sob o parecer nº 1.059.319, seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁴³.

Ressalta-se que todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, com liberdade para aceitar ou não. Assim, foram entrevistados somente os pacientes ou responsáveis que concordaram integralmente com a efetivação da pesquisa através do TCLE, com completa liberdade para expressarem suas opiniões e sentimentos, sendo garantido o anonimato e o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, como também costumes e hábitos particulares a cada pessoa. A publicação de fotos ou depoimentos do paciente foi autorizada pela sua assinatura ou do seu responsável no termo de autorização para publicação de imagens.

Os dados da pesquisa em gravações, transcrições, fotos e diário de campo, permanecerão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal

sob a guarda da pesquisadora, no seu endereço residencial, pelo período de no mínimo 5 anos.

3.5.1. Riscos

Os riscos foram mínimos por se tratar de um estudo observacional e de intervenção onde a inovação corresponde à reorganização do processo de trabalho para a produção e coordenação do cuidado através da ampliação da clínica em saúde bucal na atenção primária.

3.5.2 Benefícios

Os benefícios da pesquisa foram:

- a) a constatação da tendência à reversão da lei do cuidado inverso a partir da ampliação da clínica em saúde bucal;
- b) o fortalecimento do vínculo entre o paciente e a equipe de saúde;
- c) a satisfação das necessidades do pacientes em função da demanda social;
- d) a interface facilitada entre os pontos de atenção da rede de saúde e o surgimento de rotas de atenção alternativas à rede municipal;
- e) a experiência de uma atmosfera cordial e de satisfação profissional da equipe de saúde bucal;
- f) a construção do conhecimento e o desenvolvimento de tecnologia inovadora sobre o cuidado em saúde bucal para ser disponibilizada ao SUS.

4 RESULTADOS

Nesta sessão, foram apresentados os três artigos científicos que resultaram do estudo proposto na tese, os quais foram escritos obedecendo às regras das revistas selecionadas para publicação.

Assim, o artigo 1 foi escrito e apresentado em relação às regras da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, Qualis B1 para a odontologia. Os artigos 2 e 3, foram elaborados de acordo com as normas da *Revista de Saúde Pública* da Universidade de São Paulo (USP), Qualis A2 em relação à referida área.

Acrescenta-se que as ilustrações (gráficos, tabelas e quadros) dos artigos foram colocadas no final de cada produção, conforme exigência da revista ou para melhor apresentação estética do artigo científico na tese.

4.1 Artigo científico 1

Título:

A caracterização do acesso à saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife, Pernambuco, Brasil

Resumo

O estudo objetivou caracterizar o acesso a uma equipe de saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife, Brasil. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de prevalência, de maio a dezembro de 2015, numa unidade de saúde da família (USF) na cidade de Recife. Foram entrevistados 146 pacientes cadastrados nas equipes de saúde da família (ESF) 1 ou 2 e atendidos na primeira consulta clínica pela equipe de saúde bucal (ESB) 2, para a caracterização sociodemográfica e de risco familiar, utilizando o INASB (Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal). Utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 23, para elaboração dos dados estatísticos. Os dados coletados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e de tendência central e dispersão para a variável idade. De forma exploratória, foi analisada a associação entre duas variáveis categóricas utilizando o teste Chi quadrado de Pearson e nível de significância 5%. Observou-se que os pacientes foram predominantemente do gênero feminino, com média de 41,88 anos e que quase a metade dos pesquisados apresentou alta necessidade de atenção em saúde bucal. Sendo assim, concluiu-se que a clínica ampliada tem potencialidade para a ampliação do acesso com equidade no serviço público de saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal, Odontologia, Saúde da família, Atenção primária à saúde.

Abstract

The study aimed to quantitatively characterize access to an oral health team at a family health care unit in Recife city, Brazil. A prevalence study was developed from may to december 2015 at a family health care unit. The study population consisted of 146 patients enrolled in the family health teams 1 or 2 and attended at the first clinical visit by the ESF 2. The socio-demographic and family risk characterization was detected usind the index called INASB. The collected data were analyzed descriptively through absolute frequencies and percentages for the categorical variables and the mean, standard deviation and median measures for the age variable. The chi-square test was used to evaluate a significant association between two categorical variables. The SPSS version 23 was used to compile the statistical calculations, using Pearson Chi square test, with the significance level of 5%. It was observed that the patients were predominantly female, with a mean of 41.88 years and that almost half of those surveyed presented a high need for oral health care. Thus, it was concluded that the expanded clinic has potential for the development of access with fairness in the public oral health service.

Key words: Oral health, Destistry, Health family, Primary Health Care.

Introdução

Com a ampliação do conceito de saúde em função da implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à saúde passou a ser considerado direito fundamental de todo cidadão¹. Ao considerar, naquele momento, a saúde como resultado das condições de vida das pessoas, tornou-se necessário o reconhecimento do ser humano como ser integral e, da saúde, como qualidade de vida².

No entanto, ao longo dos anos, entendendo-se que a situação de saúde é condicionada por múltiplos e complexos processos interrelacionados, como evolução das desigualdades sociais, mudanças na estrutura de idade da população, processos de urbanização, mudanças na estrutura do mercado de trabalho e das populações trabalhadoras e alterações na organização dos serviços; passou a ser imperioso o reconhecimento de outros termos para o avanço na produção do cuidado integral em prol da saúde de todo e qualquer indivíduo³.

Nesse sentido, a saúde bucal está contida numa proposta de inovação da produção do cuidado, com vistas também à integralidade e ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal em todos os níveis tecnológicos de complexidade, movimento esse, sugerido desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁴.

No entanto, como no contexto atual, o SUS apesar de ser universal, sobrevive de cotas², a garantia da equidade no acesso aos serviços requer, além da organização dos recursos e aspectos técnicos das propostas assistenciais⁵, o fortalecimento das tecnologias leves que promovam mudanças positivas na produção do cuidado, implicando significativas alterações na prática dos trabalhadores, na postura dos pacientes e na gestão no SUS.

Dessa forma, entendendo que o acesso aos serviços de saúde está relacionado a fatores inerentes ao usuário/paciente e à oferta de profissionais e serviços, considera-se que ele é muito mais abrangente do que apenas a utilização de um serviço. Pois, está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e, esta, em uso⁶.

No entanto, a falta de tecnologia apropriada e a má formação profissional no estabelecimento de um modelo de vigilância à saúde podem levar a um fenômeno identificado na década de 1970 como a lei dos cuidados inversos em

saúde⁷, na qual consta que a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente à necessidade da população atendida⁵.

Mais especificamente, a lei do cuidado inverso em saúde tende a prevalecer em sociedades iníquas favorecendo o acesso aos serviços de saúde àqueles que detêm melhor condição social⁵, reforçando a ideia de que pautar o processo de trabalho em saúde praticando equidade é fundamental.

Além da territorialização, desenvolvida pela ideia da adscrição de clientela e dando suporte ao conceito de risco⁸, outros referenciais teóricos são utilizados como ferramenta para inovar a produção do cuidado.

Tanto a bucalidade, ao propor o reconhecimento do homem por inteiro, em sociedade e através das funções bucais que realiza, desprivilegiando a cárie dentária como patologia-mãe⁹; quanto à alta pactuada, enquanto proposta para enfrentar, entre outros problemas do SUS, a dificuldade de acesso em saúde bucal; representam fundamentação teórica de grande valor para nortear as ações na atenção à saúde, pautadas na equidade.

No entanto, especificamente em relação ao acesso à saúde bucal no SUS, continua prevalecendo a prática clínica sob a lógica da falta de proporcionalidade entre o número de ESF e ESB na estratégia de saúde da família, uma vez, que a equiparação numérica das equipes (1ESF: 1ESB) é recomendada, mas não obrigatória para o funcionamento dessa estratégia no país¹⁰.

Dessa forma, o presente estudo objetivou caracterizar o acesso a uma ESB numa USF do município de Recife simultaneamente à realização de uma pesquisa intervenção sobre inovação tecnológica do cuidado em saúde bucal.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo de prevalência, de maio a dezembro de 2015, para a caracterização do acesso a uma ESB de uma USF, localizada no município de Recife¹¹.

A cidade de Recife está situada a leste do estado de Pernambuco, ocupando uma posição central no litoral nordestino, com uma superfície territorial de 220 km², correspondendo a 94 bairros¹¹.

Os profissionais da USF prestam atendimento a mais de 10.000 usuários, dividindo-se em: três ESF, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e

agente comunitário de saúde (ACS); e, duas ESB tipo I, com cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB).

O estudo foi autorizado pela carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer nº 1.059.319, seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466¹², de 12 de dezembro de 2012.

Para a caracterização do acesso, foi utilizado o INASB. Esse índice foi desenvolvido com o intuito de classificar as famílias da área adscrita à estratégia de saúde da família baseando-se nas informações sociais- tipo de moradia e escolaridade materna, e é representado por um algoritmo que classifica como “alto risco” sempre que a condição de maior vulnerabilidade social estiver presente⁶.

Foi realizado um censo com os pacientes atendidos pela ESB 2, que estavam realizando a primeira consulta de saúde bucal nos últimos 12 meses e que estavam cadastrados na ESF 2 ou nas microáreas 4, 5 e 6 da ESB 1.

No estudo, o acesso foi considerado a primeira consulta na saúde bucal sob a lógica da ampliação da clínica sugerida por Botazzo *et al*¹³, levando-se em consideração a subjetividade da relação profissional-paciente e sugerindo a adição da clínica médica à clínica odontológica.

Para coleta dos dados pessoais do paciente, tipo e condição de moradia, e escolaridade da mãe, para a obtenção do INASB, as entrevistas foram realizadas uma vez por semana como consulta individual aos seis pacientes agendados anteriormente pela ESB; bem como nos quatro grupos de anamnese coletiva; atividades em grupo com duração de uma hora, realizadas na sala de reunião, com oito a 12 pacientes dispostos em círculo, para uma deposição de temas da vida, como saúde, educação, esporte, entre outros, pela iniciativa do paciente e mediada pela CD. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a apresentação e interpretação dos dados.

O programa utilizado para elaboração dos cálculos estatísticos foi o SPSS, versão 23. Os dados coletados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e de tendência central e dispersão para a variável idade. De forma exploratória, foi analisada a associação entre duas variáveis categóricas, utilizando o teste Chi Quadrado de Pearson, com nível de significância 5%.

Resultados

A população que teve acesso à ESB 2 da USF pesquisada foi caracterizada quanto às condições sociais, demográficas e de risco familiar através do INASB.

Foram atendidos 146 pacientes, no período de maio a dezembro de 2015. Os pacientes foram predominantemente do gênero feminino (Gráfico 1) e a idade dos pesquisados variou de 14 a 83 anos, com média de 41,88 anos, desvio padrão de 16,34 anos e mediana de 40,50 anos, com maioria na faixa etária de 30 a 59 anos (Gráfico 2).

A maioria participante foi de pacientes cadastrados da ESF 2. No entanto, ainda aproximadamente um terço do acesso ao serviço foi realizado pelos pacientes cadastrados nas três microáreas 4, 5 e 6 da ESF 1.

Levando-se em consideração a relação entre os resultados do tipo de moradia e da escolaridade da mãe para a determinação do INASB, constatou-se que quase a metade dos pesquisados apresentou o escore alto para o índice, ou seja, alta necessidade de atenção em saúde bucal. No entanto, observou-se que a maioria dos sujeitos que conseguiram realizar a primeira consulta foi representada pela soma daqueles com índice INASB médio e baixo e que residiam em casa própria (Tabela1).

Mais detalhadamente, na tabela 2, apresentados os resultados para o INASB segundo as variáveis faixa etária e gênero; mostrou-se, para a margem de erro fixada (5,0%), que não se comprovou associação significativa entre os resultados do índice com cada uma das referidas variáveis ($p > 0,05$).

No entanto, vale destacar que foi possível verificar que o menor percentual de alto índice INASB ocorreu na faixa 30 a 59 anos, aquela que teve maior acesso ao serviço; enquanto que o maior percentual do INASB (alto) e o menor (baixo INASB) ocorreram na faixa etária de 60 anos ou mais, a qual obteve um menor acesso.

Entre os gêneros, as maiores diferenças ocorreram em relação ao alto índice, com valor mais elevado no gênero masculino; e baixo índice, com valor mais elevado no gênero feminino.

Discussão

Foi observado nesse estudo que, passados quase 50 anos da publicação da lei do cuidado inverso^{5 7}, e apesar dos esforços teóricos e práticos para sua reversão, ainda é constatada a presença do cuidado inverso ao se observar os gradientes de classificação de risco e a caracterização do acesso à saúde bucal na USF pesquisada.

De forma semelhante, mesmo após as mudanças ocorridas na saúde desde o final dos anos 1980 que culminou com a criação do SUS, do conceito ampliado de saúde e da sua garantia como direito de todos e dever do estado, bem como a experimentação de novas tecnologias como a clínica ampliada^{14 15} e, de novo referencial teórico como a bucalidade¹² e a alta pactuada¹⁶, para produção do cuidado, o acesso aos serviços de saúde bucal permanece como um grande desafio^{16 17}.

No presente estudo, a maioria dos sujeitos pesquisados foram mulheres adultas, entre 30 e 59 anos, corroborando resultados de outros autores que identificaram a maioria do público feminino⁶, bem por mulheres adultas^{5 18 19}.

Por outro lado, a formação acadêmica centrada no tecnicismo odontológico de muitos profissionais que trabalham na rede pública; a dificuldade de planejamento das equipes²⁰; bem como a falta de horários alternativos de atendimento na rede de assistência¹⁷; representam juntos, grandes obstáculos à ampliação do acesso em unidades de serviço de saúde bucal no SUS.

Essa dificuldade do planejar se agrava pela falta de proporcionalidade entre o número de ESF e ESB, parecendo óbvio que exista uma dificuldade de planejamento²⁰, de qualificação e ampliação do acesso, quando uma ESB tem que dar conta do cuidado de uma superpopulação (nem toda adscrita) de mais de uma ESF. Não sendo espantoso inclusive, que seja incipiente o registro de ações e programações em saúde bucal, tomando como base a realidade da população adscrita à ESF²¹.

Em relação ao INASB, sabe-se que foi desenvolvido por Carnut *et al*⁶ com o objetivo de classificar as famílias de áreas adscritas à estratégia saúde da família utilizando informações sociais, como tipo de moradia e escolaridade materna do paciente. Assim como a maioria dos estudos no Brasil e no mundo^{22 23 24 25 26}, ainda

ênfatizam as correlações dos determinantes sociais no processo saúde-doença e a cárie dentária, como pode ser constatado nos estudos relatados a seguir.

Num estudo na Alemanha²², por exemplo, os autores observaram que o nível de escolaridade estava relacionado com índice de perda dental, demonstrando que a baixa renda e baixa escolaridade aumentavam em duas vezes o risco de perda dental.

Outro estudo europeu²³, analisando as diferenças socioeconômicas regionais, concluiu que em locais nos quais as desigualdades educacionais e sociais eram maiores, o índice de edentulismo também era maior. Resultados esses que se associam ao de outros autores²⁴ que demonstraram forte relação entre os níveis de prevalência de cárie, a baixa renda e a escolaridade.

Ainda nesse contexto, para Meneghim, Kozlowski e Pereira²⁶, bem como para Narvai *et al*²⁵, o conjunto menor renda, menor grau de instrução e habitação não própria, constituintes de classes sociais mais baixas, têm relação com uma prevalência maior de cárie dentária.

Sobre a escolaridade, há consenso na literatura quanto a uma forte correlação entre a condição de saúde bucal e maior nível de ensino em geral. Para Motta *et al*²⁷ esse indicador tem grande relevância no contexto da saúde, pois não revelam somente taxa de analfabetismo, representam principalmente, indicadores educacionais que abrem espaço para a oportunidade de interação e de acesso à informação.

Particularmente em relação ao grau de escolaridade materna, autores descrevem que ele tem sido apresentado como um indicador importante para o desfecho de doenças bucais^{28 29}. Conseqüentemente, infere-se que o nível de estudo da mãe é um dos melhores indicadores da saúde bucal; o que fortalece o uso do INASB para determinação de risco nesse contexto.

Diante disso, Lima *et al*¹⁷, destacaram que ainda existe no Brasil uma forte iniquidade em relação aos problemas bucais, com a doença se manifestando diferentemente, de acordo com o grupo populacional e com as condições socioeconômicas do indivíduo, requisitando uma abordagem em saúde bucal inovadora que reconheça um conceito amplo de saúde, desde o nascimento, passando pela adolescência, idade adulta e culminando com a pessoa idosa, transcendendo a dimensão meramente técnica do setor odontológico ao integrar a

cavidade bucal às demais partes do corpo para a identificação do caso clínico de um determinado sujeito no seu contexto social.

Os autores acima¹⁷ sugeriram ainda, ao discorrer sobre o atendimento ao paciente idoso, possibilidades de ampliação do acesso nos serviços de saúde da atenção básica como: grupos de educação em saúde na USF e nos espaços sociais da comunidade; visitas domiciliares; acolhimento.

Nesse contexto da clínica, em especial da clínica ampliada^{15 31 32}, ressalta-se a relevância do cumprimento dos passos da semiologia na consulta de saúde. Uma vez que, instaurando o método clínico no momento inicial da relação entre o paciente e a equipe profissional^{13 30}, as faces do cuidado em saúde, como integralidade e coordenação do cuidado, bem como o acesso com equidade, serão facilitadas no âmbito da saúde bucal no SUS.

Em acréscimo, entende-se que está resguardada a importância do INASB⁶, enquanto índice de necessidade em saúde bucal de fácil e rápida aplicação no cotidiano dos serviços; visto que, além da demanda real da população por procedimentos odontológicos; quando esse índice é aliado a outras ferramentas, como o dispositivo acolhimento da clínica ampliada³¹, e, sob a postura diferenciada do profissional que assume outro referencial teórico para atuação na clínica¹³, vislumbra-se uma potencialidade para a reversão do cuidado inverso nos serviços de saúde bucal na atenção básica.

Considerações finais

Desde a reorganização do modelo de atenção à saúde, baseando-se na atenção primária, tenta-se ampliar o acesso aos serviços de saúde de forma equânime. No entanto, esse movimento depende de inúmeros fatores, entre eles: o processo de trabalho das equipes; as redes de assistência à saúde; a realidade sociocultural da população; bem como a postura profissional para a clínica, influenciada pelo referencial teórico assumido pelos profissionais e pelo apoio da gestão nos contextos nacional e local. Tudo isso, a fim de favorecer a produção de um cuidado integral e a verdadeira ampliação do acesso com equidade nos serviços de saúde bucal do SUS.

Referências

1. Palú APN. A Inserção da Saúde Bucal no PSF, Perspectivas e Desafios: A Visão de Odontólogos do Paraná [dissertação de mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.
2. Viegas SMF, Pena CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18 (1):181-190.
3. Castellanos PL. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das Américas. In: Barata RB *et al.* *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 1997.
4. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
5. Bezerra IA, Goes PSA. Utilização da Classificação de Risco de Famílias na Melhoria da Equidade na Utilização de Serviços em uma Unidade de Saúde da Família. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013; 13 (3): 251-58.
6. Carnut L, Figueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação Inicial do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16 (7): 3083-91.
7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 405- 12.
8. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Bezerra e Goes, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 237-55.
9. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM. Diário Oficial da União, Brasília 2003; 3 jun.
11. Recife. Atenção Básica. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/800-profissionais-da-rede-de-saude-do-recife>. Acessado em 20.06.17
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União 2013.

13. Botazzo C et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde [projeto de pesquisa]. São Paulo; 2012
14. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010. 209 p.
16. Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18 (7): 2095- 2104.
17. Lima ACS et al. Abordagem de saúde bucal por ciclo de vida. In: Goes PSA, organizador. *Gestão da prática em saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2014. p. 57- 83.
18. Gomes DEW. Risco social familiar e agravo à saúde bucal em uma área da Estratégia Saúde da Família [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
19. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34 (6): 401–6.
20. Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes médicas; 2012, 248p.
21. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (11): 2727- 2739.
22. Buchwald S et al. Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. *Journal of Clinical Periodontology* 2013; 40 (3): 203-211.
23. Guarnizo-herreño CC et al. Socio economic qualities in oral health in different European welfare state regimes. *Journal of Epidemiology and Community health* 2013.
24. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (3): 755-763.
25. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias*. São Paulo: Artes Médicas; 2008, p.1-19.

26. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (2): 523-529.
27. Motta LJ, Pissinato AVS, Pinto MM, Monken SF. Análise dos índices de saúde bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. *E&G Economia e Gestão* 2016; 16 (42).
28. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Cárie dentária entre escolares do meio rural de Itaúna (MG). *Rev Panam Salud Publica* 2004, 16 (5): 334–44.
29. Moura C *et al.* Prevalência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade. Campina Grande: Enfoque socioeconômico. *Rev. Odonto Ciênc* 2008; 23 (3): 256-262.
30. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde Soc* 2015; 24 (1): 273-284.
31. Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

Ilustrações

Gráfico 1- Distribuição dos pesquisados segundo o gênero dos pacientes atendidos na proposta da clínica ampliada.

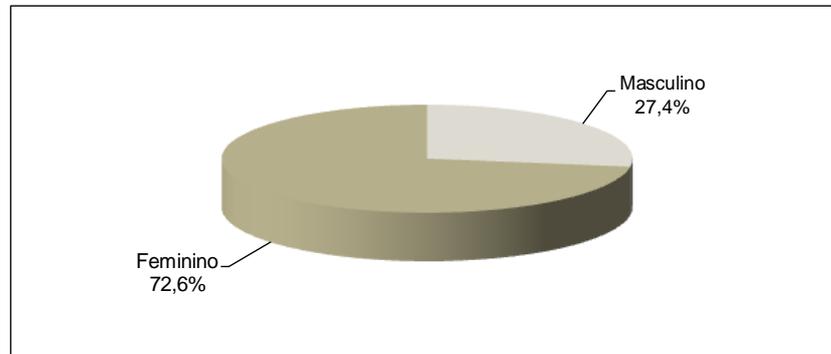


Gráfico 2- Distribuição dos pesquisados segundo a faixa etária dos pacientes atendidos na proposta da clínica ampliada.

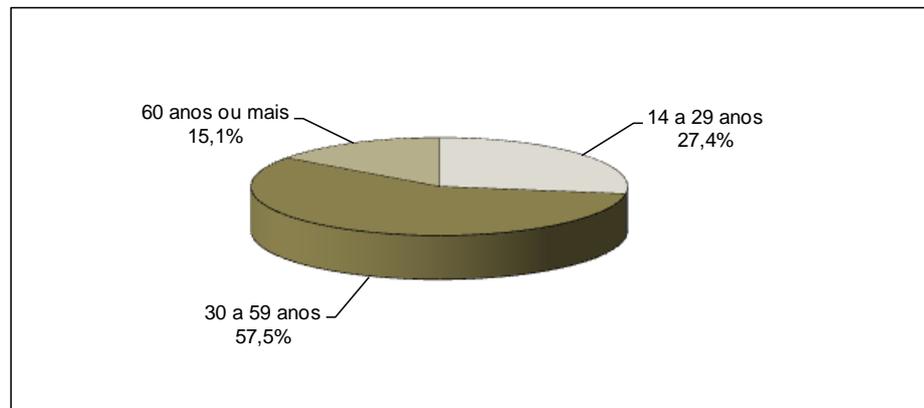


Tabela 1 – Caracterização do acesso a uma equipe de saúde bucal através do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal- INASB.

Variável	n	%
TOTAL	146	100,0
Equipe de saúde da família		
1	47	32,2
2	99	67,8
Escolaridade da mãe		
Analfabeta	30	20,5
Alfabetizada	35	24,0
1º ao 5º ano	51	34,9
6º ao 9º ano	12	8,2
2º grau em diante	18	12,3
Tipo de moradia		
Tijolo / Adobe	136	93,2
Taipa revestida	2	1,4
Taipa não revestida	4	2,7
Madeira	4	2,7
Índice de necessidade de atenção á saúde bucal (INASB)		
Alto	67	45,9
Médio	49	33,6
Baixo	30	20,5
Condição da moradia		
Própria	111	76,0
Alugada	36	24,0

Fonte: Unidade de Saúde da Família da cidade de Recife.

Tabela 2 – Avaliação do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB) segundo a faixa etária e o gênero do paciente.

Variável	Índice de necessidade de atenção a saúde bucal						TOTAL		Valor de p
	Alto		Médio		Baixo		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
TOTAL	67	45,9	49	33,6	30	20,5	146	100,0	
Faixa etária (em anos)									p ⁽¹⁾ = 0,214
14 a 29	20	50,0	13	32,5	7	17,5	40	100,0	
30 a 59	34	40,5	28	33,3	22	26,2	84	100,0	
60 anos ou mais	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	
Gênero									p ⁽¹⁾ = 0,505
Masculino	21	52,5	13	32,5	6	15,0	40	100,0	
Feminino	46	43,4	36	34,0	24	22,6	106	100,0	

(1): Através do teste Chi quadrado de Pearson

Fonte: Unidade de Saúde da Família da cidade de Recife.

4.2 Artigo científico 2

Título:

Clínica ampliada: elemento inovador na produção do cuidado em saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife, Pernambuco, Brasil

Resumo

A experiencição da ampliação da clínica em saúde bucal para a produção do cuidado numa unidade de saúde da família do município de Recife foi o objetivo desse estudo. O referencial teórico foi a clínica ampliada pela subjetivação da relação profissional-paciente e pela adição de clínica médica à clínica odontológica, a integralidade do cuidado e a bucalidade. Foi realizado de maio a dezembro de 2015, através da observação participante inicial; da fase de intervenção, com três tipos de consultas, individual, anamnese coletiva e de odontologia básica e; por fases de monitoramento e avaliação, representadas pelas reuniões de pesquisa multicêntricas e locais. Os pressupostos para as consultas foram: descentramento dentário, a construção social da demanda e a constituição do caso clínico na anamnese. Foram entrevistados 146 pacientes e das 75 anamneses individuais gravadas e transcritas, foram escolhidos, por conveniência, oito casos clínicos, apresentados como oito histórias patográficas para análise e discussão da produção do cuidado. As informações do diário de trabalho de campo foram utilizadas para a interpretação dos resultados os quais foram apresentados em dois quadros: um com os motivos da consulta informados pelo paciente e os achados clínicos da dentista e; outro com assuntos diversos da anamnese. Observou-se o fortalecimento do vínculo entre paciente e profissional; a satisfação das necessidades do pacientes; e a experiencição de uma atmosfera cordial e de satisfação profissional. Assim, concluiu-se que a clínica ampliada proposta tem potencialidade para a produção do cuidado integral a partir da saúde bucal na atenção primária.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Odontologia, Saúde da família, Atenção primária à saúde.

Abstract

The objective of this study was experience the oral health expansion clinic for the care production at a family health care unit (USF) in Recife city. The theoretical reference was the extended clinic by the subjectivation of the professional-patient relationship and by the addition of medical clinic to the dental clinic, the integrality of the care and bucality. It was carried out from May to December 2015, through the initial participant observation; the intervention phase, with three types of consultations, individual one, collective anamnesis and basic dentistry consultation; and by monitoring and evaluation phases, represented by multicenter and local research meetings. The assumptions for the consultations were: dental decentration, social construction of demand and the constitution of the clinical case in the anamnesis. A total of 146 patients were interviewed and 75 of them were recorded and transcribed, and ten, eight clinical cases were chosen conveniently and presented as eight pathological histories for analysis and discussion of care production. Field work diary information was used to interpret the results, which were presented into two tables: one with the reasons for the consultation informed by the patient and the clinical findings of the dentistry professional; and others with diverse anamnesis subjects. The strengthening of the link between patient and professional was observed; satisfaction of patient needs; and a friendly atmosphere experience and professional satisfaction were observed. Thus, it was concluded that the proposed expanded clinic has potential for the integral care production from oral health in primary care.

Key-words: Oral health, Dentistry, Health family, Primary health care.

Introdução

A saúde e o adoecer representam manifestações da vida e correspondem a experiências singulares e subjetivas que, mesmo com alguma limitação para serem integralmente reconhecidas e significadas pela palavra, é por intermédio dela que o doente expressa seu mal-estar ao médico, e este dá significação às queixas de seu paciente¹.

Segundo Foucault², com a ascensão da ciência e consolidação do saber médico na modernidade, o principal objeto investigativo era a doença ou o corpo do ser que adocece; e a clínica passou a dominar um saber da natureza humana legitimado pelo poder científico, que impõe um estado ideal e saudável, definido como normal. Em decorrência, o desvio do presumido estado natural, ficaria sujeito ao olhar clínico da medicalização, único recurso capaz de reconduzir ao imperativo maior de normalização.

Por outro lado, a ideia de clínica ampliada, proposta por Campos³, foi definida como um trabalho clínico voltado para a escuta daquilo que o outro traz de sofrimento, visando o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade na produção do cuidado no serviço de saúde.

No âmbito da saúde bucal, entretanto, esses entendimentos vão exigir outra teoria sobre o adoecimento bucal, outra concepção da clínica odontológica, onde uma clínica de saúde bucal ampliada não poderia mais ser praticada como clínica de lesões com base apenas na operatória⁴. Ao contrário, essa clínica é possível pela adoção do método clínico e pela emergência do sujeito, com espaço para a subjetividade, onde se entrecruzam corpos e olhares, o saber do sofrimento, alocado na subjetividade dos sintomas^{3 4 5}.

Assim, esse percurso teórico pode ser auxiliado pela bucalidade, conceito-ferramenta entendido como a capacidade da boca em ser boca, ao articular vísceras e tomar os trabalhos bucais, manducação, erotismo e a linguagem, como referentes, manifestando sua funcionalidade e sua norma^{4 6}.

Por conseguinte, se nem toda experiência bucal pode ou deve ser traduzida como doença, ouvir o usuário e os motivos que o trouxeram à consulta é o primeiro passo para o cirurgião-dentista (CD) efetivar o diálogo e o vínculo, indispensáveis à nova postura profissional que a clínica ampliada exige^{4 7}.

Assim, além do que venha a regulamentar qualquer política, para a inovação na produção do cuidado, a clínica odontológica carece de uma dupla ampliação, tanto pela incorporação da subjetividade na relação paciente-profissional; quanto pela incorporação de clínica médica à clínica odontológica, com o desafio de adotar o método clínico como instrumento de trabalho e tendo que se haver com o paciente por inteiro⁶.

Tendo em vista essa necessidade, propôs-se experienciar a ampliação da clínica como elemento inovador na produção do cuidado em saúde bucal numa unidade de saúde da família (USF) do município de Recife.

Percurso metodológico

Como pesquisa de intervenção em atividade experimental, o estudo foi parte integrante de um projeto multicêntrico na região sudeste do Brasil. E, no nível local, foi desenvolvido de maio a dezembro de 2015, numa USF da cidade de Recife, a qual está situada a leste do estado de Pernambuco, ocupando uma posição central no litoral nordestino, com uma superfície territorial de 220 km²⁸.

Os profissionais dessa USF prestam atendimento a mais de 10.000 usuários, dividindo-se em: três equipes de saúde da família (ESF), com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); e duas equipes de saúde bucal (ESB) tipo I, com cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB)⁸.

Por conveniência, o grupo de sujeitos da pesquisa foi formado por todos os pacientes atendidos pela ESB 2 e que estavam realizando a primeira consulta de saúde bucal nos últimos 12 meses, cadastrados na ESF 2 ou nas microáreas 4, 5 e 6 da ESF 1, devido à proporcionalidade 3ESF: 2ESB na USF pesquisada.

A pesquisa constou de uma fase inicial de observação, uma de intervenção, constituída por consulta individual, anamnese coletiva e consulta de odontologia básica; e fases de monitoramento e avaliação que corresponderam às reuniões de pesquisa multicêntricas e locais, durante a experienciação da clínica ampliada.

Os pressupostos para as consultas foram: descentramento dentário, a construção social da demanda e a constituição do caso clínico na anamnese. Foram

realizados encaminhamentos para exames complementares e para atendimento na média e na alta complexidade.

A consulta clínica individual a seis ou oito pacientes foi realizada uma vez por semana, onde a anamnese individual foi realizada fora da cadeira odontológica. A anamnese coletiva, atividade em grupo com oito a 12 pacientes dispostos em círculo, onde foram abordados temas da saúde, educação, esportes, entre outros, pela iniciativa do paciente e com a CD como mediadora, foi realizada quatro vezes durante toda a pesquisa, seguida do exame físico realizado na cadeira odontológica. Achados clínicos e informações relevantes foram registrados no prontuário único (PU) e foi mantida atitude de descentramento dentário durante todo o processo^{9 10}.

Para análise e discussão das abordagens na clínica numa perspectiva ampliada, foram selecionadas oito histórias patográficas. Cada história patográfica foi escrita utilizando nome fictício em substituição ao nome real para preservar o anonimato^{11 12}.

O estudo foi autorizado pela carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer nº 1.059.319, seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466¹³, de 12 de dezembro de 2012.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e autorizaram sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A maioria dos sujeitos da pesquisa foi representada pelas mulheres (72,6%), com idade entre 30 e 59 anos (57,5%).

Durante o período da pesquisa foram realizadas: 146 primeiras consultas (consultas novas agendadas pelo acolhimento); 229 consultas de retorno; 140 consultas do dia (demanda espontânea); 560 atendimentos de escuta inicial/orientação (acolhimento); e, 24 atendimentos de urgência. No entanto, foram gravadas e transcritas as anamneses de 75 pacientes com idade entre 18 e 59 anos, dentre as quais foram escolhidas e narradas as oito histórias patográficas.

A limitação do registro de todas as anamneses a praticamente metade ocorreu em função da estrutura física e privacidade do local, uma vez que a sala de

saúde bucal abriga, simultaneamente, as duas ESB existentes, havendo ainda deficiência de sala para os demais profissionais de saúde na USF.

No quadro 1, observam-se as queixas para consulta, apresentadas pelos pacientes, e os achados clínicos diagnosticados. Já no quadro 2 foram listados os assuntos emergentes no diálogo clínico no âmbito da anamnese individual e coletiva.

Hestórias patográficas

Dona Resignada, 49 anos

A dentista diz à paciente que quer conhecê-la melhor, saber sobre sua saúde, se já fez alguma consulta com a ESF. A paciente diz que é hipertensa e que só vai ao médico da unidade quando vão acontecendo as doenças da idade, e segue respondendo as perguntas, informou que deixou de fumar há quatro anos, que fumou por 10, que aproveitava para fazer seus exames de prevenção ginecológica no hospital onde acompanhava a mãe: *“Minha mãe era diabética e tinha câncer de útero e ovário. Perdeu um pezinho e tirou tudo lá no hospital”*. Fez histerectomia, acrescenta a dentista, comentando tecnicamente o tratamento da mãe da paciente e pergunta sobre taxas e exames laboratoriais. A paciente informa que por falta de material não havia conseguido realizar a coleta para os exames, que foi difícil marcar nova consulta para renovar a requisição vencida, conseguindo por conhecimento do técnico de enfermagem. No entanto, faltou a etiqueta de controle de cotas do laboratório no dia. A dentista explica a necessidade de avaliar os exames antes de realizar procedimentos cirúrgicos invasivos, caso seja necessário, porque a boca está interligada ao corpo e alguns problemas sistêmicos podem prejudicar se o atendimento odontológico for mal programado. A dentista relata que é importante a paciente conhecer quem vai tratá-la para que decida se aceita ser atendida por ela. E continua explicando que essa consulta é uma conversa sem realização de procedimento odontológico o qual poderá acontecer na semana seguinte. *“Achei ótima a consulta dessa forma”*, comenta a paciente. A dentista diz que a paciente tem que marcar consulta médica para avaliação geral e solicitação dos exames. A dentista sugere ainda fazer um acordo de responsabilidade para a paciente avisar com antecedência caso precise faltar à consulta. A paciente concorda e acha importante. Por fim, a dentista pergunta que problema da boca a

levou ao consultório: *“É uma dor que estou sentindo, é um só dente que dói, uma dor daquelas que incomoda, criou até um abscessozinho, que a gente aperta e está aquela coisa”*. Acrescenta que foi no serviço de urgência da comunidade: *“O dentista olhou tudinho e não pôde fazer nada porque estava realmente muito inflamado. Passou uns comprimidos, mas a dor volta”*. A dentista ratifica que vai avaliar e a orienta a ir ao serviço de urgência caso a dor volte a incomodar antes da próxima consulta.

Eterno Lutador, 32 anos

Em meio a risadas, a dentista pergunta sobre a saúde do paciente que refere quase nunca ficar doente, que afere a pressão com um amigo que é enfermeiro, no caso, técnico de enfermagem. A dentista informa que vai pedir avaliação médica antes de iniciar o tratamento. O paciente diz que a única coisa que está sentindo é uma dor no joelho a qual começou em função uma queda numa luta marcial há 10 anos, quando até perdeu um dente e ficou com uma cicatriz no rosto. O paciente comenta que aguarda uma indenização de um trabalho para colocar um implante. A dentista pergunta se luta profissionalmente e ele comenta que é aluno e professor, mas que trabalha como segurança. O paciente detalha o acidente com voz emocionada: *“Aí, na época eu estava lutando com um de 120 kg. Ele caiu por cima da minha perna, aí a perna quebrou e eu fiquei com a sequela”*; lembrando que pratica o esporte desde os seis anos de idade. A dentista pergunta se ele acha importante fazer uma avaliação médica. O paciente, então, informa que já está se medicando e mostra um relaxante muscular que leva no bolso da camisa, mas que pretende ir a um ortopedista. De repente, o paciente levanta e pede para a dentista colocar a mão onde o joelho se desloca o que é feito rapidamente pela dentista, orientando-o a procurar o médico da unidade. O paciente fala sua rotina de exercícios físicos, de caminhadas nas ladeiras da comunidade e boa alimentação. A dentista pergunta o que o levou à consulta de odontologia. Ele responde pensativo: *“Faz uns quatro meses que fui tirar um dente, foi até lá embaixo. Lá ele disse que eu tinha que fazer um canal dentário, e... tinha que fazer restauração, tirar o tártaro”*; acrescentando: *“Estou sentindo dois dentes que estão até com infiltração. Quando entra água dá aquela dorzinha básica”*. A dentista pede para ele agendar novamente com a auxiliar e faz um exame extra e intrabucal, solicitando radiografias. O paciente aponta o local do dente que perdeu e o que sente dor. A dentista pede à estagiária que acompanha

a consulta para preencher o encaminhamento da radiografia, enquanto explica onde é realizado o exame, a logística da marcação e o retorno para reavaliação. O paciente frisa que sua prioridade é resolver a infiltração: *“Agora, para dar uma olhadinha na infiltração que eu sinto, vai ser na próxima semana?”* A dentista diz que, se for possível, fará o procedimento na próxima consulta.

Dona (Des) Informada, 38 anos

Falando sobre sua saúde, a paciente, desempregada, relata: *“Meu único problema sério é a gastrite”*. Sobre a boca, ela informa: *“Eu já tentei vir antes. Mas, minha irmã é ACS, diz sempre que no posto é uma batalha para marcar ficha. É fila, briga, discussão, às vezes dá muita confusão. E, não gosto de baixaria e não vinha pra cá. Mas, como preciso fazer um tratamento que no SUS estadual não tem, só no posto perto de casa, resolvi fazer uma última tentativa”*. Acrescenta a orientação do dentista da urgência: *“Ele disse que nunca deveria dar esse conselho, de tirar o dente, mas não acreditava que eu fosse conseguir a vaga pela prefeitura”*. A paciente explica: *“É que tudo indica que vai ser um canal, eu trouxe até raio X. É aqui no canto e lá só faz se for na frente. Esse dente já faz um bom tempo que me dá dor de cabeça. Pra você ter ideia, tem mais de um ano esse raio X. Ele estava doendo tanto(ênfase na voz), que já foi um dentista que colocou um curativo na emergência. Aí, caiu”*. A paciente falou que preferia extrair o dente, se não conseguisse a vaga dali a um ano. Mas, confessa que não queria perdê-lo porque sua mastigação está prejudicada por ausências de outros e do uso de uma prótese mal adaptada. A paciente queixa-se novamente: *“Um dente da frente, a restauração caiu e dói quando tomo café”*; criticando os colegas pacientes: *“Depois de tanta dificuldade, de tanta guerra para marcar dentista, os pacientes ainda faltam, porque só vi mais um aí fora para a senhora”*. Ao enumerar atividades do dentista na ESF, a profissional deixa a paciente surpresa, pois, para ela, a atividade do dentista era apenas na cadeira odontológica: *“Eu sabia que visita era função de médico e de enfermeira, mas de dentista não, nunca ouvi falar”*. A dentista continua explicando, na tentativa de fazer a paciente compreender a limitação de vagas para atendimento em função das outras atividades e da desproporcionalidade entre o número de ESF e de ESB na unidade (3:2); explicando que a área onde ela reside não é coberta pela atenção em saúde bucal. A paciente fala sobre seu medo na demora da resolução dos problemas bucais: *“Eu tinha um dente obturado na boca, aí consegui*

marcar, de repente, comecei a trabalhar, não tinha assistência médica nem odontológica e tudo ficou mais difícil. Porque a gente sabe que esse é um problema enfrentado pela classe baixa principalmente. E, nos dias de hoje, ninguém vai arriscar perder o emprego para fazer um tratamento odontológico”.

Jovem Mãe, 21 anos

Entre choro do bebê e olhares do marido, a tímida paciente de 21 anos começa a falar: *“Agora estou bem, porque há três meses estava muito preocupada com um sangramento pelo uso de um anticoncepcional”*; acrescentando que a situação foi resolvida com ajuda da enfermeira, mas que tem outro problema: *“Meu dente está estragado. Quero extrair um e avaliar outro que coloquei uma massa há muito tempo”*. Mas avisa: *“Não gosto muito de dentista”*. A dentista pergunta se ela fez alguma radiografia; se foi atendida na gestação; se tem medo; e se acha que essa primeira consulta fora da cadeira ajuda a diminuir o medo e aumentar a confiança na profissional. *“É melhor assim, conversando antes, porque chegar, sentar e abrir a boca deixa a gente com mais medo”*; respondeu a paciente. A dentista informa que irá fazer a exodontia se não tiver outra opção de tratamento porque a paciente é muito jovem, e que ela fique à vontade para procurar outro serviço caso não cheguem a um consenso. A paciente confessa que não gostaria de tirar o dente. A dentista faz um discurso sobre a importância de manter os dentes naturais na boca, enfatizando as inúmeras funções da boca e suas estruturas, apesar de não poder garantir o sucesso do tratamento para manter o dente na boca, pois explica que isso vai depender de muitos fatores, inclusive do cuidado da paciente.

Jovem Adulta, 20 anos

A paciente entra na sala educadamente. A dentista se apresenta, pedindo que fale sobre sua saúde, rotina de consultas. A paciente num tom de voz bem suave comenta que vai pouco ao posto, apenas para marcar dermatologista e que agora está lá porque soube que as cadeiras odontológicas foram consertadas. Sobre seu estado geral, informou que há dois anos enfrentou crises de enxaqueca, atualmente, sob controle. Durante a conversa, surge o assunto de exames ginecológicos. A paciente pede para a estagiária sair da sala e sussurra que nunca fez. A dentista ficou surpresa e a paciente em tom mais baixo confidencia sua virgindade, a falta de coragem para falar sobre o assunto com a família e o medo do exame. A dentista

tenta esclarecer algumas dúvidas, mas orienta a jovem a marcar uma consulta com a enfermeira. Excetuando-se essa situação, a intenção da jovem era fazer uma revisão odontológica. A dentista aproveita para informar as vantagens dessa primeira consulta sem procedimentos odontológicos, justificando seu trabalho fora da cadeira. A paciente comenta: *“Eu gostei muito dessa inovação e vou voltar com prazer se precisar porque estou encantada com a forma como fui tratada, desde a marcação da consulta”*. Antes do final do expediente, retorna para dizer que agendou a consulta com a enfermeira.

Avó-paciente, 47 anos

A dentista pergunta sobre a saúde, expectativas e experiências da paciente na unidade de saúde. A paciente informa que é a primeira vez no dentista, mas que faz suas consultas de rotina no posto. Ao perguntar como poderia ajudar, a paciente responde: *“Vai ajudar na melhoria, porque [dentista] é o único médico que eu tenho pavor. Mas, não sou de fazer cena, nem de fazer escândalo, mas fico tensa, ansiosa”*; acrescentando: *“Dente é o retrato do ser humano, e por medo, sempre fui deixando de lado. Nas antiguidades, quando doía um dente, arranca, não era nem extrair, arranca, arranca. E hoje, sinto muita dificuldade, pelos poucos dentes que tenho”*. A paciente fala que fez uma histerectomia retirando uns tumores benignos há um ano e seis meses: *“Faço todo o acompanhamento, só tenho medo para dentista mesmo”*. Comenta que está com colesterol alterado cujo controle é exercício e alimentação. No entanto, interrompeu a caminhada porque teve dengue há um mês. A dentista pergunta se a paciente trabalha: *“Não. Eu cuido de uma neta, revezando com a tia dela que é paciente da senhora também”*; sorri a paciente. Sobre dor, a paciente diz que não sente e acrescenta: *“Em meus dentes, a dificuldade, a curiosidade é porque são todos afastados. Não sei se é questão de não estar usando a peça, que acho que faz tempo que eu teria que ter usado a inferior. O médico, o protético, sempre diz, tem que fazer a inferior, mas nunca fiz”*. A paciente fala da dificuldade para mastigar, que às vezes se machuca e que está insatisfeita com a prótese que comprou há cinco meses, porque no mês que recebeu teve que colá-la quatro vezes. A dentista explica que a prótese deve ser feita por um dentista em parceria com o protético e que existe o serviço na rede municipal. Detalhando os passos, da marcação, confecção, ajustes e adaptação da prótese na boca, informa à paciente que todo esse processo deverá se estender por um ano. A paciente fica

interessada e aceita ser encaminhada para a realização da prótese no serviço de referência.

Defensor da vida, 33 anos

A dentista convida o paciente a falar sobre a vida. Entre risos, ele: *“Primeiramente, eu aproveitei esse evento noturno da saúde do homem para passar na saúde bucal, porque geralmente os homens não vão procurar os serviços de cuidados médicos em geral, porque trabalham demais, têm a família. Assim, não vou generalizar, porque têm muitos que se cuidam aí, e isso é ótimo. Mas um dos casos que me trouxe aqui foi que, recentemente, sofri um acidente, e fiquei com grande dificuldade de passar fio dental e escovar, porque eu não tinha condição de fazer só, direito. E vi que não estão legais, os meus dentes. Acho que tem que extrair. E também a proposta desse posto aqui, dessa comunidade, acho perfeita”*. Logo em seguida, relata que mora em dois municípios, mas nesse, reside há sete anos e comenta: *“Infelizmente lá, não tem esse momento que essa comunidade tem, de uma vez no mês oferecer esse momento para o gênero masculino que tem ‘N’ atividades. Então, lá, o atendimento é até às 15:30, e ponto final. Então, eu teria que faltar o trabalho para poder ir lá, e tal. Aqui não, tem esse espaço, eu acho bacana. É a segunda vez que eu venho e no mês passado eu não vim por conta da chuva”*. O paciente diz que estava recebendo seguro-desemprego, pois trabalhava na parte de segurança, monitorando câmeras e, que cursou pedagogia e fez estágio numa escola privada: *“Na verdade eu fui fazer o curso de pedagogia porque estava trabalhando numa área social. Eu era coordenador de um curso de tráfico de seres humanos e violência doméstica contra a mulher. Em 2010, eu trabalhava junto ao Departamento de Proteção da Mulher e avisaram que, a partir de 2013 só iria atuar como coordenador quem fosse pedagogo. Mas como terminei no ano passado, em novembro, não pude voltar para lá, porque geralmente começa o programa no mês de março e vai até agosto. Lá, a gente trabalhava no tráfico interno e externo, trabalhava a violência familiar, e também a questão dos grupos vulneráveis, idosos, crianças”*. Acrescentando ainda: *“Trabalhei também com indígenas antes. Só que na época eles estavam querendo ter um espaço maior nessa reserva na cidade. Mas, o espaço que eles queriam praticamente ia tomar a cidade toda. Aí ficou aquela guerra, aquela briga, e aí começou uma assembléia, uma discussão e coisa explodiu e foi bala para lá e bala para cá. Teve um momento que eu me deitei, para você ter*

uma ideia, depois que eu percebi que tinha bala, num local a um palmo das minhas costas. Então, não deu para mim". A dentista, entusiasmada com o relato, agiliza a consulta porque tem outros pacientes esperando. Faz perguntas sobre as condições gerais do paciente e segue para a avaliação física.

Sobrevivente, 51 anos

O paciente é convidado a falar sobre a vida. Ele diz que é segurança de um estacionamento, mas está de licença porque sofreu um acidente de moto com seu companheiro há oito meses: *"Quando fui chegando próximo de casa, às 18:18, um boi estava na frente, em cima do viaduto. A gente ia a 110 quilômetros por hora. Ele matou o boi e voei 15 metros. Aí, estou no benefício e preciso fazer tratamento dentário. Eu vou aproveitar agora, que estou nessa situação. Estou querendo fazer tratamento de tártaro"*. Em relação a outras condições de saúde, ele fala só usa medicação quando precisa realmente; mas que adquiriu um tipo de hepatite, não sabe qual, há um ano, porque sua ex-esposa era manicure e costumava cortar suas unhas com os instrumentos de trabalho. O paciente elogia a proposta da consulta: *"Eu acho muito importante isso. Saber qual é o critério do exame, quem é o médico que você vai. Eu pelo menos, nunca tinha visto. Sempre falei muito assim, é que eu gosto, mas quando vou ao dentista é só abrir a boca e não tem o diálogo, não tem. Pode ser particular, pode ser qualquer um. Está marcado, abre a boca, e abre"*. O paciente continua: *"Veja o que está me oferecendo agora! Nunca se viu isso. E o SUS não é de graça, o SUS é o plano de saúde mais caro que se tem. Basta você assinar a carteira e já vem descontado, não tem opção de eu não vou pagar esse mês, não. Então têm tantas coisas boas e a gente não dá valor e não aproveita, não é?"*. E comenta novamente: *"Eu gostei muito. É muito importante esse trabalho que a senhora está fazendo. Eu nunca tinha visto. Eu lhe dou parabéns"*.

Discussão

No presente estudo, propôs-se a ampliação da clínica baseando-se na dicotomia: subjetivação, considerando sentimentos, valores, saberes e expectativas da relação profissional-paciente^{3 5 14}; e a falta de base clínica do CD quando se encaminha para além dos limites gengivo-dentários, tendo que se haver com o paciente por inteiro^{6 9}, principalmente ao atuar num serviço público.

Um importante obstáculo à execução da proposta foi o referencial teórico dos profissionais da ESB, refletido na postura para clínica, na organização do processo de trabalho, bem como na produção e coordenação do cuidado a ser construído com ênfase nas tecnologias leves.

Sobre a estratégia saúde da família os autores, Merhy¹⁵, Franco e Merhy¹⁶ direcionam uma crítica ao apontarem que a mudança na forma ou estrutura do serviço é insuficiente para produzir novos processos de trabalho. Para eles, cada profissional deveria atuar com o máximo de sua potência num trabalho vivo em ato, representado pelo acolhimento, da escuta qualificada; pelo compromisso de resolver o problema do paciente; pela criatividade posta a serviço do outro e; pela capacidade de estabelecer vínculo.

Assim, para a atuação inovadora na prática odontológica no contexto da saúde bucal, foi necessário que os profissionais buscassem outros termos para a fundamentação teórica. Dentre eles, a bucalidade assumiu expressiva importância para a experiencição da clínica ampliada.

Assim, o entendimento da bucalidade representa a possibilidade da mudança de uma prática odontocentrada por uma outra, mais autônoma, mais coletiva e politizada, uma alternativa para uma nova compreensão da boca e da saúde bucal^{4 6 9}.

Como pode ser percebido nas histórias patográficas selecionadas, o conceito de bucalidade permite extrapolar a naturalização do adoecimento bucal e das perdas dele advindas; convidando o CD a ultrapassar o centramento dental quando, numa conversa (consulta) de saúde bucal, Jovem Mãe relata um problema ginecológico; Dona (Des) Informada relata que a gastrite é o sério problema que enfrenta, mesmo estando desempregada; Jovem Adulta declara a sua virgindade; ou quando Sobrevivente informa que adquiriu um tipo de hepatite.

Foi observada, ao longo dessa e de outras pesquisas^{17 18}, nos seminários, discussões e relatos das atividades clínicas, a dificuldade no rompimento dos paradigmas e referenciais teóricos e metodológicos da ESB, sedimentados ao longo dos anos de graduação e experiência profissional com base no centralismo e o tecnicismo odontológico.

Sobre a ampliação da clínica, a subjetividade da relação profissional-paciente há de ser considerada como um complexo jogo de forças, composto de fluxos sociais, culturais, políticos, históricos, econômicos, estéticos. Os

comportamentos, valores, modos de relação e estilos de consumo que compõem a subjetividade são produzidos no campo do social¹⁹.

Nesse sentido, a CD continuou impondo sua verdade científica ao falar para Jovem Mãe que se não chegassem num consenso sobre o tratamento ela ficaria à vontade para procurar outro serviço. Ou seja, assumiu o papel daquele que tem o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro²⁰, favorecendo um modo de ser (do paciente e da própria profissional) submisso e obediente às formas aprisionadoras e preestabelecidas, e esses processos de subjetivação estão mergulhados na rede de saberes e relações de poder que historicamente se constituem²¹.

Contrariamente, nesse e em outros estudos^{12 18 22}, a proposta foi o cumprimento dos passos da semiologia na consulta de saúde, iniciando-se com uma anamnese livre, central para a formação de vínculo e para a constituição dos casos clínicos, atuando através das tecnologias leves ou relacionais, instaurando o método clínico no momento inicial de relação entre o paciente e a equipe do serviço^{7 18}.

Entretanto, nas entrevistas, a CD faz um discurso exaustivo para justificar a tentativa de abordagem pela anamnese livre como para se desculpar por não realizar um procedimento odontológico de imediato. Isso condiz com o formato de checklist da anamnese a ser preenchido rápida e objetivamente, que vem sendo ensinada e treinada historicamente; seguido por um exame físico já orientado para a hipótese diagnóstica que deve ser, bem rapidamente, confirmada e documentada pelos exames complementares²³. Essa realidade pode ser ilustrada pelo relato de Sobrevivente: "... quando vou ao dentista, é só abrir a boca e não tem o diálogo, não tem. Pode ser particular, pode ser qualquer um. Está marcado, abre a boca, e abre".

Particularmente nos bairros da mesma área de localização da USF pesquisada, Batista²⁴ caracterizou o perfil das ESB atuantes, observando que, a maioria dos CD concluiu a graduação entre 10 e 15 anos (52%), em Universidades Públicas de Pernambuco (88%) e, todos possuíam algum tipo de especialização, residência, mestrado ou doutorado, sendo que 44% apresentam pós-graduações em especialidades odontológicas essencialmente clínicas e 56% possuem especialização ou residência em saúde da família ou saúde coletiva.

Assim, sugere-se uma reflexão sobre a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal também instituída há pelo menos 13 anos, em função do enfoque que vem sendo dado nessas graduações, especialmente nas instituições públicas;

nas pós-graduações e; na educação continuada ofertada pela gestão; incitando uma leitura crítica das diretrizes de atuação dessa política, uma vez que na prática, os serviços continuam centrados e os profissionais sendo cobrados pela realização de procedimentos odontológicos e número de escovações^{24 25}.

Apesar das limitações da ESB, a postura positiva dos pacientes à inovação na produção do cuidado, ratifica a potencialidade da escuta e do diálogo no momento da consulta: *“É melhor assim, conversando antes”, diz Jovem Mãe; “Achei ótima a consulta dessa forma”, comenta Dona Resignada; “Eu gostei muito dessa inovação e vou voltar com prazer se precisar porque estou encantada com a forma como fui tratada...”, afirma Jovem Adulta; “Eu gostei muito. É muito importante esse trabalho que a senhora está fazendo. Eu nunca tinha visto, assim. Eu lhe dou parabéns”, elogia Sobrevivente.*

Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de desmistificar a crença de que escuta e diálogo são dons, citando-se posturas profissionais e técnicas de comunicação que facilitam a conversa entre profissional e usuário^{10 11 12}.

Nesse contexto, Eterno Lutador, ao narrar acontecimentos marcantes sobre a sua vida com voz emocionada durante a consulta, ressaltou o potencial da clínica para o fortalecimento do vínculo. O mesmo foi observado do relato de Jovem Adulta, quando o vínculo, construído desde a marcação da consulta com a ASB até a primeira consulta com a CD, encorajou a paciente a expor condições perturbadoras sobre sua vida e à participação no cuidado de si. Esta última evidência foi constatada quando a paciente retornou sorridente para informar que marcou a consulta com a enfermeira.

Assim, Pichon-Rivière²⁶, mestre da psiquiatria psicanalítica argentina, explica essa reação de Jovem Adulta que não consegue dialogar com a família, mas estabelece esse diálogo com a ESB. Pois, todo observador é sempre participante e modificador do campo de observação, criando-se entre o observador e o observado uma situação de interação, na qual o terapeuta, no caso, a CD, atuou sobre a paciente, e vice-versa, formando o vínculo. Destacando que o vínculo com o outro é para o homem, que tem como mais primitivo e imperioso a necessidade de comunicação, o seu objetivo central, tanto na aproximação quanto no isolamento.

Assim, como resultado de experiências anteriores de clínicas odontocentradas e mutiladoras que comprometem as funções bucais diretamente sentidas pelo homem na vida em sociedade, reações como o medo aparecem:

“Dente é o retrato do ser humano, e por medo, sempre fui deixando de lado. Nas antiguidades, quando doía um dente, arranca, não era nem extrair, arranca, arranca. E hoje eu sinto muita dificuldade, pelos poucos dentes que eu tenho”; relatou Avó-paciente; *“Não gosto muito de dentista!”*, avisa Jovem Mãe.

Nos cinco primeiros relatos, os pacientes foram questionados sobre consultas com a enfermeira e/ou o médico; sobre esse ou aquele exame bioquímico; se fumavam; sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes; e, foram encaminhados para uma avaliação médica prévia à realização de procedimentos odontológicos; denunciando filtros aplicados na anamnese.

Destaca-se nesse momento, a relevância da segunda ampliação da clínica sugerida nesse estudo: adição de clínica médica à clínica odontológica, sugerindo uma reflexão crítica sobre essa falta de clínica no atendimento odontológico. Isso acontece por falta de conhecimento do dentista? Pela pouca prática no serviço? Pelo desconhecimento do funcionamento da rede de assistência? Por medo de assumir responsabilidades para além dos limites gengivo-dentários? Pela falta de atitudes e competências que deveriam ter sido desenvolvidas na graduação e aprimoradas no serviço de odontologia?

Nesse sentido, Guimarães²⁷ afirmou que é essencial a formação e o conhecimento construído e acumulado durante todos os anos de aprendizagem e exercido na prática clínica para que o profissional tenha condições de fazer diagnósticos e estabelecer terapias. Assim, novamente, a formação acadêmica parece assumir uma influência determinante nesse processo de desenvolvimento de competências e atitudes do cirurgião-dentista na prática clínica, como destacou Figueira²⁸ ao elaborar e validar um instrumento de avaliação de atitudes e competências dos alunos durante o curso de odontologia.

Ainda no estudo, todos os pacientes relataram, apontaram e apresentaram problemas bucais a serem solucionados em mais de uma consulta para realização de procedimentos odontológicos, contrariando os resultados do estudo paralelo realizado em São Paulo, onde a maioria (58%) teve alta com uma consulta e um retorno¹⁸.

Assim como no estudo multicêntrico¹⁸, destacou-se a necessidade de uma retaguarda para a realização dos procedimentos, principalmente quando envolve o componente dor nesse estudo: *“Um dente da frente, a restauração caiu e dói quando tomo café”*, relatou Dona (Des) Informada; *“Estou sentindo dois dentes*

que estão até com infiltração... quando entra a água no dente dá aquela dorzinha básica”, falou Eterno Lutador.

Nesse aspecto, o serviço de urgências odontológicas de referência para a comunidade pesquisada oferece, com raríssimas exceções, um atendimento com baixa resolutividade, outrora designado e naturalmente centrado na medicalização², como pode ser ilustrado no relato de Dona Resignada: *“O dentista olhou tudinho e não pôde fazer nada porque estava realmente muito inflamado. Passou uns comprimidos, mas a dor volta”*. E, voltado para o (re) encaminhamento do paciente com sua dor para a atenção primária.

Essa atuação odontológica tradicional aliada à falta de proporcionalidade entre ESF e ESB fortalecem problemas históricos, como o acesso limitado à saúde bucal no país²⁹. No entanto, para Mendoza-Sassi e Beria³⁰, bem como para Moris e Burker³¹, a atribuição da responsabilidade pelo paciente a um profissional de saúde da atenção primária facilita o acesso à atenção secundária e o profissional passa a ser reconhecido como defensor do paciente.

Dessa forma, surgem alguns questionamentos. É possível para o paciente reconhecer a ampliação do acesso sem utilização de cadeira odontológica pela ESB? E essa ampliação é viável num cenário de desproporcionalidade entre ESF e ESB? Ou ainda, a alta pactuada poderia favorecer a ampliação do acesso à saúde bucal?

Para alguns pacientes, o entendimento de saúde bucal ainda é associado ao atendimento de clínica odontológica tradicional. Dona (Des) Informada traz a estranheza da participação da ESB nas visitas domiciliares: *“... Apesar de ter uma irmã que é agente comunitária de saúde, nunca havia ouvido essa história. Sabia que médico e enfermeira faziam, mas dentista não!”*; ao passo que Defensor da Vida reconheceu a ampliação do acesso pela disponibilidade do terceiro turno de atendimento odontológico na USF pesquisada.

Da mesma forma, Sobrevivente aprova com empolgação o terceiro turno, explicando que como essa oportunidade de acesso não acontece no outro município, escolhe utilizar a USF pesquisada: *“Infelizmente lá, não tem esse momento que essa comunidade tem, de uma vez no mês oferecer esse momento para o gênero masculino... Então, lá, o atendimento é até às 15:30 da tarde, e ponto final...E aqui não, tem esse espaço, eu acho bacana”*.

Ainda nesse contexto, pela necessidade de enfrentar grandes desafios dos serviços de saúde bucal para efetiva implementação do SUS, entre eles, a ampliação do acesso com promoção da equidade, foi formado um Grupo de Alta Pactuada em saúde bucal (GAP)¹⁷, acompanhando o movimento de mudança que ocorria na rede municipal de saúde de Campinas, no âmbito do Projeto Paidéia³, inserindo a saúde bucal¹⁷.

O GAP propunha um contrato entre trabalhadores e usuários sobre o modo de organizar a atenção em saúde bucal. Ou seja, propunha uma co-gestão do cuidado que dependeria do conhecimento e da necessidade do usuário, do conhecimento e da oferta que o dentista tem, e isso seria pactuado entre as duas partes¹⁷. Então, acredita-se que contratualizar a alta pactuada na prática clínica, poderia representar além de uma importante inovação na produção do cuidado, um verdadeiro passo para a ampliação do acesso nos serviços de saúde bucal da atenção primária.

Em suma, a experiencição da clínica ampliada nessa e em outras pesquisas sobre inovação tecnológica do cuidado^{7 18 25 32}, denota que um novo referencial teórico como a bucalidade, ao dar conta do ser humano por completo, das funções bucais em relação ao meio afetivo, cultural e social no qual se vive, induz o profissional a uma nova reflexão da sua prática em saúde bucal.

Considerações finais

A experiencição da clínica ampliada desperta um novo olhar para o conceito de saúde, pois desconstrói a ideia de uma saúde apenas normativa. Além disso, desprivilegia a relação profissional-paciente hierarquizada, ao viabilizar uma clínica pautada na escuta e no diálogo, na criatividade dos sujeitos e no fortalecimento do vínculo para a produção do cuidado integral a partir da equipe de saúde bucal num serviço de saúde pública da atenção primária.

Referências

1. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.
2. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense universitária; 1977.

3. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013. 380p.
5. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010. 209 p.
6. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde soc* 2015; 24 (1): 273-284.
8. Recife. Atenção Básica. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/800-profissionais-da-rede-de-saude-do-recife>. Acessado em 20.06.17.
9. Botazzo C *et al*. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde [projeto de pesquisa]. São Paulo; 2012.
10. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16 (11): 4337-4348.
11. Kovalski DF, Freitas STF de, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Sau. & Transf. Soc* 2010; 1 (1): 61-69.
12. Souza ECF. *Doença, narrativa e subjetividades*. Patografias como ferramentas para a clínica. Natal: EDUFRN; 2011.
13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília 2009. 64 p.
15. Merhy E E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE; Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197- 228.
16. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: Merhy EE *et al*. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.

17. Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18 (7): 2095- 2104.
18. Botazzo C. Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal. Possibilidades de uma Nova Abordagem na Clínica Odontológica para o Sistema Único de Saúde [relatório científico]. São Paulo; 2016.
19. Guatarri F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. 326 p.
20. Foucault M. *Microfísica do poder*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006. 295p.
21. Peixoto Júnior CA. A clínica da subjetivação como crítica da cultura. In: Lancetti A et al. *A Singularidade e subjetivação: ensaios sobre clínica e cultura*. Rio de Janeiro: 7 letras; 2008. p. 70- 82.
22. Giudice ACMP, Pezzato LM, Botazzo C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro 2013; 37 (96): 32- 42.
23. Dantas Filho VP, Sá FC de. O cuidado na prática médica. *O Mundo da Saúde*. São Paulo 2009; 33 (2):189- 194.
24. Batista LC. Avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família de um distrito sanitário do município de Recife- PE, Brasil [trabalho de conclusão de curso]. Residência em odontologia e saúde bucal coletiva. Recife; 2017.
25. Oliveira RS de, Moraes HMM de, Goes PGA de, Botazzo C, Magalhães BG. Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centro de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil. *Saúde e sociedade* 2015; 14 (3): 792- 802.
26. Pichon-Rivière E. *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1982. 143p.
27. Guimarães NA. Trabalho: uma categoria-chave no imaginário juvenil? In: Abramo HW, Branco PPM, organizadores 2005. *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p.149-174.
28. Figueira MAS da. Avaliação de atitudes de estudantes de odontologia em relação às competências odontológicas: elaboração e validação de um instrumento. [tese]. Universidade Federal de Pernambuco; 2017. 151 p.

29. Viegas SMF, Pena CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(1):181-190.
30. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4): 819-32.
31. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental J* 2001; 191(12): 666-70.
32. Fonsêca GS, Junqueira SR, Araújo ME de, Botazzo C. Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação odontológica. *Revista da ABENO* 2015; 15: 2-11.

Ilustrações

Quadro 1- Queixa para a consulta odontológica e achados clínicos bucais de acordo com a localização tecidual dos pacientes atendidos na proposta da clínica ampliada.

Localização	Motivo para consulta	Achado clínico
Dentes e estrutura óssea	Dentes com mobilidade, cariados, pequenos, grandes, muito juntos, com alteração de cor; raízes residuais; fratura coronária; mau odor.	Placa bacteriana; tártaro; lesão de cárie; pulpíte; má oclusão; ausência por avulsão dentária; espícula óssea; lesão de origem não cariada, restaurações dentárias mal adaptadas; anomalias dentárias (microdente, agenesia, extranumerário); fratura de coroa e raiz com envolvimento pulpar; alveolites; fluorose; pigmentação por corantes e por bactérias cromógenas.
Mucosa bucal	Sangramento gengival; abscesso agudo e crônico; lesão na boca.	Gengivite; periodontite; estomatite por uso de prótese, fungo e vírus; lesão periapical; lesão traumática; lesão branca; pericoronarite; tatuagem por amálgama.
Outros	Consulta de prevenção; dor aguda (boca, face, cabeça, ouvido); sensibilidade com frio, quente ou doce em um ou mais dentes; prótese antiga e mal adaptada; necessidade de confecção de prótese total ou parcial; mau hálito; língua cortada.	Dor orofacial; disfunção da articulação têmporo-mandibular (ATM); dor muscular; desvio da linha média; respiração bucal; bruxismo; halitose; saburra lingual; língua geográfica; nevralgia do trigêmeo.

Quadro 2- Assuntos do diálogo na anamnese individual e coletiva dos pacientes atendidos na proposta da clínica ampliada.

Tipo	Assuntos
Social	Emprego, desemprego e subemprego (péssimas condições, baixa remuneração, desrespeito); problema financeiro e habitacional; curso profissionalizante e ensino superior; migração de outros estados; preconceito (racial, homoafetivo); religião; educação escolar ; esporte; atividade física; concurso público; criminalidade no bairro e na cidade (assaltos, roubos, assassinatos); segurança pública; saneamento básico; alagamentos; área pública de lazer no bairro; cidadania; eleições; gestão pública; corrupção; deficiência física e acessibilidade; arte e artesanato (pintura, canto, bordados, biscuit, adornos); novelas; filmes.
Familiar	Relacionamento conjugal e familiar (separações, violência doméstica, traição, preconceito homoafetivo, amor, enlaces positivos, diferentes arranjos familiares); educação doméstica (conflitos de geração, limites, inseguranças com relação ao futuro dos filhos e sobre educação sexual); conflitos e cuidados com relação a pais idosos ou parceiros; aleitamento materno e uso de chupetas e mamadeiras por crianças; alimentação saudável.
Condição Sistêmica	Doenças metabólicas (obesidade, diabetes, hiper e hipotireoidismo, desidratação); distúrbios músculo-esqueléticos e doenças reumáticas (artrites, ATM); arboviroses (zika, dengue, chikungunya); doença renal; distúrbios cardiovasculares (HAS, infarto, AVC); alergia a fármacos e alimentar; deficiências físicas (auditiva, motora, visual); doenças sexualmente transmissíveis (SIDA, sífilis); problemas oftálmicos; distúrbios respiratórios (asma, rinite, sinusite, tuberculose); doenças hematológicas (anemia; alteração da coagulação).
Psíquica	Estresse; vergonha em função de mutilações bucais e iatrogenias; síndrome do pânico; medo; ansiedade; depressão; distúrbios do sono e insônia; euforia; compulsividade.
Outros	Automedicação; higiene corporal (incluindo a boca); especialidades odontológicas e médicas; tabagismo; alcoolismo; relação interpessoal profissional-paciente.

4.3 Artigo científico 3

Título:

Coordenação do cuidado a partir da clínica ampliada em saúde bucal numa Unidade de Saúde da Família do município de Recife, Pernambuco, Brasil

Resumo

A experiencição da clínica ampliada para a coordenação do cuidado pela equipe de saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife foi o objetivo do estudo. O referencial teórico foi a clínica ampliada pela subjetivação da relação profissional-paciente e pela adição de clínica médica à clínica odontológica, a integralidade do cuidado e a bucalidade. Foi realizado de maio a dezembro de 2015, pela observação participante inicial; pela fase de intervenção, com três tipos de consultas, individual, anamnese coletiva e de odontologia básica e; por fases de monitoramento e avaliação, representadas pelas reuniões de pesquisa multicêntricas e locais. Os pressupostos para as consultas foram o descentramento dentário, a construção social da demanda e a constituição do caso clínico na anamnese. Foram entrevistados 146 pacientes e escolhidas oito histórias patográficas para análise e discussão da coordenação do cuidado. As informações do diário de trabalho de campo foram utilizadas e os resultados apresentados em três quadros sobre: potencialidades e limitações da clínica ampliada; a conduta clínica da equipe de saúde bucal (ESB) pelo registro na ficha de atendimento odontológico individual do *e-sus*; e a conduta da ESB em função da clínica ampliada. Observou-se uma interface facilitada entre as equipes da atenção primária e entre os pontos de atenção da rede de saúde municipal, bem como o surgimento de rotas alternativas para a satisfação das necessidades do paciente. Assim, concluiu-se que a ampliação da clínica favorece a coordenação para a produção do cuidado integral do paciente a partir da saúde bucal da atenção primária.

Palavras-chave: Saúde bucal, Odontologia, Saúde da família, Atenção primária à saúde.

Abstract

The purpose of the study was to increase the experience of the expanded clinic for care coordination by oral health team in a family health care unit in Recife city. The theoretical reference was the clinic expanded by the subjectivation of the professional-patient relationship and by the addition of medical clinic to the dental clinic, the integrality of the care and bucality. It was carried out from may to december 2015, by the initial participant observation; by the intervention phase, with three types of consultations, individual, collective anamnesis and basic dentistry, depriving the dental centralism, considering the social demand and the formulation of the clinical case by the patient's life history; and by monitoring and evaluation phases, represented by multicenter and local research meetings. The total of 146 patients were interviewed and eight pantographic stories were chosen for analysis and discussion of care coordination. The information from the field work diary was used and the results were presented in three tables on: potentials and limitations of the extended clinic; the clinical management of the oral health team by registering the *e-sus* individual dental care record; and the professional behavior in function of the extended clinic. A facilitated interface was observed between the primary care teams and between the attention points of the municipal health network, as well as the emergence of alternative routes to satisfy the patient needs. Thus, it was concluded that the expansion of the clinic favors the patient total care coordination from the oral health of primary care.

Key-words: Oral health, Dentistry, Health family, Primary health care.

Introdução

Dentre as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde da família, bem como as atribuições específicas de cada categoria, este estudo destaca e discute a responsabilização das equipes pela população adscrita, pela coordenação do cuidado, mesmo quando há necessidade de atenção em outros pontos do sistema de saúde¹.

Especificamente em relação à saúde bucal, a coordenação do cuidado faz parte de competências clínicas e de gestão do profissional, uma vez que essa equipe é responsável por coordenar o cuidado das principais doenças prevalentes na boca; atender integralmente as necessidades de saúde da população em todos os ciclos de vida; conhecer e aplicar técnicas de abordagem familiar; bem como conhecer o funcionamento do SUS, os direitos dos usuários, a rede de serviços de saúde, os sistemas de informação, a regulação e a coordenação do cuidado; desenvolver gestão colegiada em equipe e com a população, além de desenvolver a gestão do processo de trabalho².

Nesse contexto, a clínica ampliada descrita por Campos³ vem sendo sugerida como ferramenta de atuação na atenção básica, incitando autores^{4 5 6} a refletir e criar novos referenciais teóricos e metodológicos, seja desprivilegiando a cárie como patologia-mãe, como a bucalidade⁴; ou, na tentativa de enfrentamento da dificuldade do acesso aos serviços de saúde bucal na atenção básica como a alta pactuada⁵; bem como na reorganização da rede de assistência em pontos de atenção à saúde com diferentes densidades tecnológicas do cuidado, ressaltando a função de coordenação da atenção básica⁶.

As referidas ferramentas agregam grande valor para a prática de ações nos serviços de saúde pública; uma vez que não havendo a possibilidade real de um SUS universal⁷, que ele seja cada vez mais equânime e pautado na integralidade do cuidado.

Assim, como a coordenação do cuidado requer destaque nas discussões da atenção primária e está intimamente relacionada ao referencial teórico assumido para a prática clínica, a proposta desse estudo foi a experiencição da clínica ampliada com vistas à coordenação do cuidado a partir de uma equipe de saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife.

Percurso metodológico

Como pesquisa de intervenção em atividade experimental, o estudo foi parte integrante de um projeto multicêntrico na região sudeste do Brasil. E, no nível local, foi desenvolvido de maio a dezembro de 2015, numa USF da cidade de Recife, a qual está situada a leste do estado de Pernambuco, ocupando uma posição central no litoral nordestino, com uma superfície territorial de 220 km²⁸.

Atualmente a capital pernambucana tem uma rede própria de atenção composta por 275 equipes de saúde da família (ESF) e 167 equipes de saúde bucal (ESB), distribuídas em 120 unidades de saúde da família (USF). Compõe também esta rede 22 unidades básicas tradicionais de saúde (UBS), nove unidades especializadas e oito centros de especialidades odontológicas (CEO). Ainda estão inclusos 42 pólos de academia da cidade, 20 equipes de núcleo de apoio à saúde da família (NASF), apenas um núcleo de apoio em práticas integrativas, 12 serviços de atendimento domiciliar, seis consultórios de rua, quatro serviços de pronto atendimento, 12 policlínicas; além de 11 farmácias da família, 10 espaços mãe coruja, 11 centros de atenção psicossocial (CAPS) de transtorno mental e seis centros de atenção psicossocial de álcool e drogas (CAPS-AD), um laboratório, três maternidades e dois hospitais⁸.

Na USF pesquisada, os profissionais prestam atendimento a mais de 10.000 usuários, dividindo-se em: três ESF, com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); e, duas ESB tipo I, com cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB).

Por conveniência, o grupo de sujeitos da pesquisa foi formado por todos os pacientes atendidos pela ESB 2 e que estavam realizando a primeira consulta de saúde bucal nos últimos 12 meses, cadastrados na ESF 2 ou nas microáreas 4, 5 e 6 da ESF 1, devido à proporcionalidade 3ESF: 2ESB na USF pesquisada.

A pesquisa constou de uma fase inicial de observação, uma de intervenção, constituída por consulta individual, anamnese coletiva e consulta de odontologia básica e; fases de monitoramento e avaliação que corresponderam às reuniões de pesquisa multicêntricas e locais, durante a experiência da clínica ampliada.

Os pressupostos para as consultas foram: descentramento dentário, a construção social da demanda e a constituição do caso clínico na anamnese. Foram

encaminhados pacientes para realização de exames complementares e para atendimento na média e na alta complexidade.

O atendimento clínico individual a seis ou oito pacientes foi realizado uma vez por semana, onde a anamnese individual foi realizada fora da cadeira odontológica. A anamnese coletiva, realizada quatro vezes na pesquisa, foi uma atividade em grupo com oito a 12 pacientes dispostos em círculo, onde foram abordados temas da saúde, educação, esportes, entre outros, pela iniciativa do paciente e com a CD como mediadora. O exame físico foi realizado na cadeira odontológica. Os achados clínicos e outras informações relevantes foram registrados no prontuário único (PU) e foi mantida atitude de descentramento dentário durante todo o processo^{9 10}.

Para análise e discussão das abordagens na clínica na perspectiva da coordenação do cuidado, foram selecionadas e narradas oito histórias patográficas. Cada história patográfica foi escrita utilizando nome fictício em substituição ao nome real para preservar o anonimato^{11 12}.

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer nº 1.059.319, seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466¹³, de 12 de dezembro de 2012 e pela assinatura dos pacientes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A maioria dos sujeitos da pesquisa foi representada pelas mulheres (72,6%), com idade entre 30 e 59 anos (57,5%).

Durante o período da pesquisa, foram realizadas: 146 primeiras consultas (consultas novas agendadas pelo acolhimento); 229 consultas de retorno; 140 consultas do dia (demanda espontânea); 560 atendimentos de escuta inicial/orientação (acolhimento) e; 24 atendimentos de urgência. No entanto, foram gravadas e transcritas as anamneses de 75 pacientes com idade entre 18 e 59 anos, dentre as quais foram escolhidas as oito histórias patográficas.

A limitação do registro de todas as anamneses realizadas a praticamente metade ocorreu em função da estrutura física e privacidade do local, uma vez que na USF, a sala de saúde bucal abriga, simultaneamente, as duas ESB existentes,

havendo ainda deficiência de sala para a realização das consultas dos outros profissionais na USF.

As principais potencialidades e limitações à coordenação do cuidado elencadas pela pesquisadora/CD durante a experiência da clínica ampliada na pesquisa foram agrupadas e apresentadas no quadro 1.

No quadro 2, foi apresentado o registro da conduta da ESB de acordo com a ficha de registro disponibilizada pelo município para registro no *e-sus*. E, no quadro 3, foi apresentada uma síntese da conduta da ESB para a coordenação do cuidado durante a experiência da ampliação da clínica.

Histórias patográficas

Dona Resignada, 49 anos

A dentista diz à paciente que quer conhecê-la melhor, saber sobre sua saúde, se já fez alguma consulta com a ESF. A paciente diz que é hipertensa e que só vai ao médico da unidade quando vão acontecendo as doenças da idade, e segue respondendo as perguntas, informou que deixou de fumar há quatro anos, que fumou por 10, que aproveitava para fazer seus exames de prevenção ginecológica no hospital onde acompanhava a mãe: *“Minha mãe era diabética e tinha câncer de útero e ovário. Perdeu um pezinho e tirou tudo lá no hospital”*. Fez histerectomia, acrescenta a dentista, comentando tecnicamente o tratamento da mãe da paciente e pergunta sobre taxas e exames laboratoriais. A paciente informa que por falta de material não havia conseguido realizar a coleta para os exames, que foi difícil marcar nova consulta para renovar a requisição vencida, conseguindo por conhecimento do técnico de enfermagem. No entanto, faltou a etiqueta de controle de cotas do laboratório no dia. A dentista explica a necessidade de avaliar os exames antes de realizar procedimentos cirúrgicos invasivos, caso seja necessário, porque a boca está interligada ao corpo e alguns problemas sistêmicos podem prejudicar se o atendimento odontológico for mal programado. A dentista relata que é importante a paciente conhecer quem vai tratá-la para que decida se aceita ser atendida por ela. E continua explicando que essa consulta é uma conversa sem realização de procedimento odontológico o qual poderá acontecer na semana seguinte. *“Achei ótima a consulta dessa forma”*, comenta a paciente. A dentista diz que a paciente tem que marcar consulta médica para avaliação geral e solicitação

dos exames. A dentista sugere ainda fazer um acordo de responsabilidade para a paciente avisar com antecedência caso precise faltar à consulta. A paciente concorda e acha importante. Por fim, a dentista pergunta que problema da boca a levou ao consultório: *“É uma dor que estou sentindo, é um só dente que dói, uma dor daquelas que incomoda, criou até um abscessozinho, que a gente aperta e está aquela coisa”*. Acrescenta que foi no serviço de urgência da comunidade: *“O dentista olhou tudinho e não pôde fazer nada porque estava realmente muito inflamado. Passou uns comprimidos, mas a dor volta”*. A dentista ratifica que vai avaliar e a orienta a ir ao serviço de urgência caso a dor volte a incomodar antes da próxima consulta.

Eterno Lutador, 32 anos

Em meio a risadas, a dentista pergunta sobre a saúde do paciente que refere quase nunca ficar doente, que afere a pressão com um amigo que é enfermeiro, no caso, técnico de enfermagem. A dentista informa que vai pedir avaliação médica antes de iniciar o tratamento. O paciente diz que a única coisa que está sentindo é uma dor no joelho a qual começou em função uma queda numa luta marcial há 10 anos, quando até perdeu um dente e ficou com uma cicatriz no rosto. O paciente comenta que aguarda uma indenização de um trabalho para colocar um implante. A dentista pergunta se luta profissionalmente e ele comenta que é aluno e professor, mas que trabalha como segurança. O paciente detalha o acidente com voz emocionada: *“Aí, na época eu estava lutando com um de 120 kg. Ele caiu por cima da minha perna, aí a perna quebrou e eu fiquei com a sequela”*; lembrando que pratica o esporte desde os seis anos de idade. A dentista pergunta se ele acha importante fazer uma avaliação médica. O paciente, então, informa que já está se medicando e mostra um relaxante muscular que leva no bolso da camisa, mas que pretende ir a um ortopedista. De repente, o paciente levanta e pede para a dentista colocar a mão onde o joelho se desloca o que é feito rapidamente pela dentista, orientando-o a procurar o médico da unidade. O paciente fala sua rotina de exercícios físicos, de caminhadas nas ladeiras da comunidade e boa alimentação. A dentista pergunta o que o levou à consulta de odontologia. Ele responde pensativo: *“Faz uns quatro meses que fui tirar um dente, foi até lá embaixo. Lá ele disse que eu tinha que fazer um canal dentário, e... tinha que fazer restauração, tirar o tártaro”*; acrescentando: *“Estou sentindo dois dentes que estão até com infiltração. Quando entra água dá*

aquela dorzinha básica". A dentista pede para ele agendar novamente com a auxiliar e faz um exame extra e intrabucal, solicitando radiografias. O paciente aponta o local do dente que perdeu e o que sente dor. A dentista pede à estagiária que acompanha a consulta para preencher o encaminhamento da radiografia, enquanto explica onde é realizado o exame, a logística da marcação e o retorno para reavaliação. O paciente frisa que sua prioridade é resolver a infiltração: *"Agora, para dar uma olhadinha na infiltração que eu sinto, vai ser na próxima semana"*? A dentista diz que, se for possível, fará o procedimento na próxima consulta.

Dona (Des) Informada, 38 anos

Falando sobre sua saúde, a paciente, desempregada, relata: *"Meu único problema sério é a gastrite"*. Sobre a boca, ela informa: *"Eu já tentei vir antes. Mas, minha irmã é ACS, diz sempre que no posto é uma batalha para marcar ficha. É fila, briga, discussão, às vezes dá muita confusão. E, não gosto de baixaria e não vinha pra cá. Mas, como preciso fazer um tratamento que no SUS estadual não tem, só no posto perto de casa, resolvi fazer uma última tentativa"*. Acrescenta a orientação do dentista da urgência: *"Ele disse que nunca deveria dar esse conselho, de tirar o dente, mas não acreditava que eu fosse conseguir a vaga pela prefeitura"*. A paciente explica: *"É que tudo indica que vai ser um canal, eu trouxe até raio X. É aqui no canto e lá só faz se for na frente. Esse dente já faz um bom tempo que me dá dor de cabeça. Pra você ter ideia, tem mais de um ano esse raio X. Ele estava doendo tanto(ênfase na voz), que já foi um dentista que colocou um curativo na emergência. Aí, caiu"*. A paciente falou que preferia extrair o dente, se não conseguisse a vaga dali a um ano. Mas, confessa que não queria perdê-lo porque sua mastigação está prejudicada por ausências de outros e do uso de uma prótese mal adaptada. A paciente queixa-se novamente: *"Um dente da frente, a restauração caiu e dói quando tomo café"*; criticando os colegas pacientes: *"Depois de tanta dificuldade, de tanta guerra para marcar dentista, os pacientes ainda faltam, porque só vi mais um aí fora para a senhora"*. Ao enumerar atividades do dentista na ESF, a profissional deixa a paciente surpresa, pois, para ela, a atividade do dentista era apenas na cadeira odontológica: *"Eu sabia que visita era função de médico e de enfermeira, mas de dentista não, nunca ouvi falar"*. A dentista continua explicando, na tentativa de fazer a paciente compreender a limitação de vagas para atendimento em função das outras atividades e da desproporcionalidade entre o número de ESF

e de ESB na unidade (3:2); explicando que a área onde ela reside não é coberta pela atenção em saúde bucal. A paciente fala sobre seu medo na demora da resolução dos problemas bucais: *“Eu tinha um dente obturado na boca, aí consegui marcar, de repente, comecei a trabalhar, não tinha assistência médica nem odontológica e tudo ficou mais difícil. Porque a gente sabe que esse é um problema enfrentado pela classe baixa principalmente. E, nos dias de hoje, ninguém vai arriscar perder o emprego para fazer um tratamento odontológico”*.

Jovem Mãe, 21 anos

Entre choro do bebê e olhares do marido, a tímida paciente de 21 anos começa a falar: *“Agora estou bem, porque há três meses estava muito preocupada com um sangramento pelo uso de um anticoncepcional”*; acrescentando que a situação foi resolvida com ajuda da enfermeira, mas que tem outro problema: *“Meu dente está estragado. Quero extrair um e avaliar outro que coloquei uma massa há muito tempo”*. Mas avisa: *“Não gosto muito de dentista”*. A dentista pergunta se ela fez alguma radiografia; se foi atendida na gestação; se tem medo; e se acha que essa primeira consulta fora da cadeira ajuda a diminuir o medo e aumentar a confiança na profissional. *“É melhor assim, conversando antes, porque chegar, sentar e abrir a boca deixa a gente com mais medo”*; respondeu a paciente. A dentista informa que irá fazer a exodontia se não tiver outra opção de tratamento porque a paciente é muito jovem, e que ela fique à vontade para procurar outro serviço caso não cheguem a um consenso. A paciente confessa que não gostaria de tirar o dente. A dentista faz um discurso sobre a importância de manter os dentes naturais na boca, enfatizando as inúmeras funções da boca e suas estruturas, apesar de não poder garantir o sucesso do tratamento para manter o dente na boca, pois explica que isso vai depender de muitos fatores, inclusive do cuidado da paciente.

Jovem Adulta, 20 anos

A paciente entra na sala educadamente. A dentista se apresenta, pedindo que fale sobre sua saúde, rotina de consultas. A paciente num tom de voz bem suave comenta que vai pouco ao posto, apenas para marcar dermatologista e que agora está lá porque soube que as cadeiras odontológicas foram consertadas. Sobre seu estado geral, informou que há dois anos enfrentou crises de enxaqueca, atualmente, sob controle. Durante a conversa, surge o assunto de exames ginecológicos. A

paciente pede para a estagiária sair da sala e sussurra que nunca fez. A dentista ficou surpresa e a paciente em tom mais baixo confidencia sua virgindade, a falta de coragem para falar sobre o assunto com a família e o medo do exame. A dentista tenta esclarecer algumas dúvidas, mas orienta a jovem a marcar uma consulta com a enfermeira. Excetuando-se essa situação, a intenção da jovem era fazer uma revisão odontológica. A dentista aproveita para informar as vantagens dessa primeira consulta sem procedimentos odontológicos, justificando seu trabalho fora da cadeira. A paciente comenta: *“Eu gostei muito dessa inovação e vou voltar com prazer se precisar porque estou encantada com a forma como fui tratada, desde a marcação da consulta”*. Antes do final do expediente, a paciente retorna para dizer que agendou a consulta com a enfermeira.

Avó-paciente, 47 anos

A dentista pergunta sobre a saúde, expectativas e experiências da paciente na unidade de saúde. A paciente informa que é a primeira vez no dentista, mas que faz suas consultas de rotina no posto. Ao perguntar como poderia ajudar, a paciente responde: *“Vai ajudar na melhoria, porque [dentista] é o único médico que eu tenho pavor. Mas, não sou de fazer cena, nem de fazer escândalo, mas fico tensa, ansiosa”*; acrescentando: *“Dente é o retrato do ser humano, e por medo, sempre fui deixando de lado. Nas antiguidades, quando doía um dente, arranca, não era nem extrair, arranca, arranca. E hoje, sinto muita dificuldade, pelos poucos dentes que tenho”*. A paciente fala que fez uma histerectomia retirando uns tumores benignos há um ano e seis meses: *“Faço todo o acompanhamento, só tenho medo para dentista mesmo”*. Comenta que está com colesterol alterado cujo controle é exercício e alimentação. No entanto, interrompeu a caminhada porque teve dengue há um mês. A dentista pergunta se a paciente trabalha: *“Não. Eu cuido de uma neta, revezando com a tia dela que é paciente da senhora também”*; sorri a paciente. Sobre dor, a paciente diz que não sente e acrescenta: *“Em meus dentes, a dificuldade, a curiosidade é porque são todos afastados. Não sei se é questão de não estar usando a peça, que acho que faz tempo que eu teria que ter usado a inferior. O médico, o protético, sempre diz, tem que fazer a inferior, mas nunca fiz”*. A paciente fala da dificuldade para mastigar, que às vezes se machuca e que está insatisfeita com a prótese que comprou há cinco meses, porque no mês que recebeu teve que colá-la quatro vezes. A dentista explica que a prótese deve ser feita por um dentista

em parceria com o protético e que existe o serviço na rede municipal. Detalhando os passos, da marcação, confecção, ajustes e adaptação da prótese na boca, informa à paciente que todo esse processo deverá se estender por um ano. A paciente fica interessada e aceita ser encaminhada para a realização da prótese no serviço de referência.

Defensor da vida, 33 anos

A dentista convida o paciente a falar sobre a vida. Entre risos, ele: *“Primeiramente, eu aproveitei esse evento noturno da saúde do homem para passar na saúde bucal, porque geralmente os homens não vão procurar os serviços de cuidados médicos em geral, porque trabalham demais, têm a família. Assim, não vou generalizar, porque têm muitos que se cuidam aí, e isso é ótimo. Mas um dos casos que me trouxe aqui foi que, recentemente, sofri um acidente, e fiquei com grande dificuldade de passar fio dental e escovar, porque eu não tinha condição de fazer só, direito. E vi que não estão legais, os meus dentes. Acho que tem que extrair. E também a proposta desse posto aqui, dessa comunidade, acho perfeita”*. Logo em seguida, relata que mora em dois municípios, mas nesse, reside há sete anos e comenta: *“Infelizmente lá, não tem esse momento que essa comunidade tem, de uma vez no mês oferecer esse momento para o gênero masculino que tem ‘N’ atividades. Então, lá, o atendimento é até às 15:30, e ponto final. Então, eu teria que faltar o trabalho para poder ir lá, e tal. Aqui não, tem esse espaço, eu acho bacana. É a segunda vez que eu venho e no mês passado eu não vim por conta da chuva”*. O paciente diz que estava recebendo seguro-desemprego, pois trabalhava na parte de segurança, monitorando câmeras e, que cursou pedagogia e fez estágio numa escola privada: *“Na verdade eu fui fazer o curso de pedagogia porque estava trabalhando numa área social. Eu era coordenador de um curso de tráfico de seres humanos e violência doméstica contra a mulher. Em 2010, eu trabalhava junto ao Departamento de Proteção da Mulher e avisaram que, a partir de 2013 só iria atuar como coordenador quem fosse pedagogo. Mas como terminei no ano passado, em novembro, não pude voltar para lá, porque geralmente começa o programa no mês de março e vai até agosto. Lá, a gente trabalhava no tráfico interno e externo, trabalhava a violência familiar, e também a questão dos grupos vulneráveis, idosos, crianças”*. Acrescentando ainda: *“Trabalhei também com indígenas antes. Só que na época eles estavam querendo ter um espaço maior nessa reserva na cidade. Mas, o*

espaço que eles queriam praticamente ia tomar a cidade toda. Aí ficou aquela guerra, aquela briga, e aí começou uma assembléia, uma discussão e a coisa explodiu e foi bala para lá e bala para cá. Teve um momento que eu me deitei, para você ter uma ideia, depois que eu percebi que tinha bala, num local a um palmo das minhas costas. Então, não deu para mim". A dentista, entusiasmada com o relato, agiliza a consulta porque tem outros pacientes esperando. Faz perguntas sobre as condições gerais do paciente e segue para a avaliação física.

Sobrevivente, 51 anos

O paciente é convidado a falar sobre a vida. Ele diz que é segurança de um estacionamento, mas está de licença porque sofreu um acidente de moto com seu companheiro há oito meses: *"Quando fui chegando próximo de casa, às 18:18, um boi estava na frente, em cima do viaduto. A gente ia a 110 quilômetros por hora. Ele matou o boi e voei 15 metros. Aí, estou no benefício e preciso fazer tratamento dentário. Eu vou aproveitar agora, que estou nessa situação. Estou querendo fazer tratamento de tártaro".* Em relação a outras condições de saúde, ele fala só usa medicação quando precisa realmente; mas que adquiriu um tipo de hepatite, não sabe qual, há um ano, porque sua ex-esposa era manicure e costumava cortar suas unhas com os instrumentos de trabalho. O paciente elogia a proposta da consulta: *"Eu acho muito importante isso. Saber qual é o critério do exame, quem é o médico que você vai. Eu pelo menos, nunca tinha visto. Sempre falei muito assim, é que eu gosto, mas quando vou ao dentista é só abrir a boca e não tem o diálogo, não tem. Pode ser particular, pode ser qualquer um. Está marcado, abre a boca, e abre".* O paciente continua: *"Veja o que está me oferecendo agora! Nunca se viu isso. E o SUS não é de graça, o SUS é o plano de saúde mais caro que se tem. Basta você assinar a carteira e já vem descontado, não tem opção de eu não vou pagar esse mês, não. Então têm tantas coisas boas e a gente não dá valor e não aproveita, não é?".* E comenta novamente: *"Eu gostei muito. É muito importante esse trabalho que a senhora está fazendo. Eu nunca tinha visto. Eu lhe dou parabéns".*

Discussão

Sobre a coordenação do cuidado a partir da clínica ampliada em saúde bucal, foram destacados como potencialidades os analisadores referentes à

tecnologia leve do cuidado, representados principalmente nessa e em outras pesquisas¹⁴, pelo fortalecimento do vínculo da relação profissional-paciente no serviço.

Nesse mesmo contexto, observou-se que as limitações foram representadas pela postura do profissional de saúde bucal para a clínica, pela falta da proporcionalidade entre ESF e ESB; pela estrutura física inadequada da USF; bem como pela limitação de funcionamento da atenção primária e da rede de assistência, tanto pela falta de material de consumo, quanto pela dificuldade de responsabilização do cuidado nos diversos pontos de atenção à saúde.

Assim, na pesquisa, a CD usa o momento da anamnese, como foi experienciado e sugerido por outros autores^{12 15} para o fortalecimento de vínculo o qual traz ganhos à ampliação do acesso em rede, à medida que permite a realização de permutas de vagas em função da comunicação prévia do paciente no diversos pontos de atenção como pode ser observado no quadro 3.

A conduta apresentada pela ESB está de acordo com as diretrizes da atenção primária a qual foi criada para reorganizar o sistema, desprivilegiando a atuação profissional com foco na queixa/sintoma e na ação curativa centrada no médico, e priorizando o fortalecimento da produção de uma escuta, de um vínculo e de um fazer associado ao coletivo de profissionais da saúde e usuários^{16 17 18}.

Em outros momentos das entrevistas, surgiram questões percebidas e referidas pelo paciente, principalmente em função da dor, que precisavam ser resolvidas por meio da técnica odontológica: *“Um dente da frente, a restauração caiu e dói quando tomo café”*, relatou Dona (Des) Informada; *“O dentista olhou tudinho e não pôde fazer nada porque estava realmente muito inflamado. Passou uns comprimidos, mas a dor volta”*, informou dona Resignada; *“Agora, para dar uma olhadinha na infiltração que eu sinto...”*; destacou Eterno Lutador.

Nesse sentido, Souza¹⁹ destacou que a bucalidade, ao ampliar a clínica em saúde bucal, representa um conceito-ferramenta potente para dialogar com a dimensão do reparo de dentes que é própria desta clínica, numa perspectiva de reconhecer a capacidade tecnológica e a responsabilidade ético-política da clínica em saúde bucal; bem como, a capacidade em restituir a dignidade perdida que precisa de seus reparos cosméticos e protéticos.

No entanto, vem sendo sedimentada na prática profissional na estratégia saúde da família, uma atuação limitada por diretrizes normativas, cuja rede de fluxos

opera sob a lógica das ações programáticas, determinando horários específicos para atender certo tipo de clientela, com fichas e senhas, bem como a disponibilidade de certos procedimentos^{20 21}, prejudicando a criatividade do profissional num trabalho vivo em ato, para o acolhimento do paciente.

Essa tentativa de inovação tecnológica, favorável à coordenação do cuidado, foi observada quando a ESB 2 ofereceu rotas alternativas, facilitando a interface dentro ou fora da rede de assistência de referência para a USF (Quadro 3) e; colocando-se à disposição do outro, como sugerem Franco e Merhy²¹.

Outra potencialidade da experiência da clínica ampliada foi a possibilidade de exercitar (ou pelos menos identificar) a autonomia como a abertura à convivência com o outro, respeitando a alteridade e a livre escolha; bem como pela construção de espaços coletivos de troca, como a anamnese coletiva, onde o estado de saúde do paciente surge num fluxo de conversas sobre a vida¹⁰, possibilitando o conhecimento do cotidiano e das possibilidades de cada sujeito²².

Quando avaliado o quadro 2, que apresentou as condutas da ESB, observa-se que os registros da produtividade pelo *e-sus* podem ser preenchidos de acordo com a experiência da clínica ampliada e de certa forma, apontam a resolutividade do serviço, em função do indicador tratamento concluído.

No entanto, foram as informações do quadro 3 que ofereceram uma visão mais ampla, mais próxima da realidade do que acontece na prática, e que ao facilitar a observação de como foi dada a coordenação do cuidado, denunciaram a dificuldade de satisfação da demanda social na rede de assistência do município, possibilitando não um tratamento concluído, mas uma produção do cuidado fundamentada na ideia de uma alta pactuada no serviço, como bem discutiram Pezzato, L'Abbate e Botazzo⁵.

Assim, em relação à integralidade da atenção, considerando, como sugere Pinheiro²⁴, que ela se realiza como produto da ação social, em dois planos: no plano individual, onde se constrói a integralidade no ato da atenção individual; e, no plano sistêmico, onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços; nessa pesquisa, a integralidade do cuidado foi observada em função da satisfação das necessidades dos pacientes.

Nesse contexto, ressalta-se que essa clínica favorável à interface entre os pontos de atenção em saúde, definida e intitulada ampliada^{3 4 25}, encontra resistência na prática cotidiana dos serviços, entre gestores e profissionais. No entanto, quando

é dada a atribuição da responsabilidade pelo paciente a um profissional de saúde da atenção primária, o acesso à atenção secundária fica facilitado²⁶ e o profissional passa a ser reconhecido como defensor do paciente^{27 28}.

Então, como já esperado e relatado por outros autores^{2 3 5 7}, existe um rol de entraves à coordenação do cuidado a partir da saúde bucal na atenção básica, entre eles: a falta de planejamento adequado¹⁷, tanto por deficiência técnica da ESB, quanto pela desproporcionalidade entre ESF e ESB; pela deficiência de material de consumo e equipamentos, como disponibilidade de telefonia e mídia para uso no serviço, forçando os profissionais a utilizar recursos próprios e desmotivando sobremaneira a atuação criativa do profissional na prática clínica^{20 21}.

Assim, para a pesquisadora/CD, e de acordo com a ideia de coordenação durável das práticas clínicas de Hartz e Contandriopoulos³⁰, a chave do sucesso é o investimento contínuo na valorização do profissional de saúde e, igualmente em todos os pontos de atenção, pois é através das micropolíticas que toda mudança acontece, viabilizando a coordenação do cuidado e uma interface facilitada da atenção em saúde bucal no SUS.

Considerações finais

A coordenação do cuidado a partir da saúde bucal está relacionada à inovação no processo de trabalho para a produção do cuidado integral do paciente. Dessa forma, está associada à utilização de novos referenciais teóricos para uma nova postura profissional em saúde bucal; bem como, encontra-se na dependência da capacidade resolutiva da rede de atenção à saúde de referência ou do surgimento de redes alternativas para a satisfação da necessidade, sob a ótica do paciente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília 2012. 110 p.
2. Lima ACS *et al.* Abordagem de saúde bucal por ciclo de vida. In: Goes PSA, organizador. *Gestão da prática em saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2014. p. 57- 83.

3. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
4. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; 2000.
5. Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18 (7): 2095- 2104.
6. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Tomo II. Salvador: *Casa da Qualidade*; 2001.
7. Viegas SMF, Pena CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013, 18 (1):181-190.
8. Recife. Atenção Básica. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/800-profissionais-da-rede-de-saude-do-recife>. Acessado em 20.06.17
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União 2013.
10. Botazzo C et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde [projeto de pesquisa]. São Paulo; 2012.
11. Barros RS; Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16 (11): 4337-4348.
12. Souza ECF. *Doença, narrativa e subjetividades*. Patografias como ferramentas para a clínica. Natal, RN: EDUFRN; 2011.
13. Kovalski DF, Freitas STF de, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Sau. & Transf. Soc* 2010; 1 (1): 61-69.
14. Botazzo C. Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal. Possibilidades de uma Nova Abordagem na Clínica Odontológica para o Sistema Único de Saúde [relatório científico]. São Paulo; 2016.
15. Giudice ACMP; Pezzato LM, Botazzo C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate* 2013. 37 (96): 32- 42.
16. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*; 2007; 11 (23): 624-627.

17. Goes PSA; Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes médicas; 2012, 248 p.
18. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.
19. Souza CF de. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006, 11(1): 18-43.
20. Franco TB; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em 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.
21. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124
22. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20 (4): 1079-1097.
23. Batista LC. Avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família de um distrito sanitário do município de Recife- PE, Brasil [trabalho de conclusão de curso]. Residência em Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. Recife; 2017.
24. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. IMS-UERJ; 2001. p. 65-112.
25. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010. 209 p.
26. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica* 2001;17(4): 819-32.
27. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53 (496): 872-84.
28. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the Interface? *British Dental J* 2001; 191(12): 666-70.

29. Franco, TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
30. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2): S331-S336.

Ilustrações

Quadro 1- Potencialidades e limitações para a coordenação do cuidado a partir da saúde bucal.

Coordenação do cuidado a partir da clínica ampliada na saúde bucal	
Potencialidades	Fortalecimento de vínculo Autonomia do sujeito Integralidade do cuidado Ampliação do acesso
Limitações	Postura profissional Proporção ESB: ESF Estrutura física Rede de assistência

Quadro 2- Conduta da saúde bucal de acordo com a ficha de atendimento odontológico individual do e-sus de Recife-PE.

Paciente	Conduta da ESB			
	Número de consultas de retorno	Agendamentos para outros profissionais na AB, NASF e grupos	Tratamento concluído (na AB)	Encaminhamento para especialidade odontológica
<i>Dona Resignada</i>	3	Enfermeira Grupo de hipertensos NASF (psicóloga)	Sim	Endodontia
<i>Eterno Lutador</i>	3	Médico	Sim	Endodontia e Radiologia
<i>Dona (Des) Informada</i>	5	-	Sim	Endodontia
<i>Jovem Mãe</i>	3	Enfermeira (Interconsulta)	Sim	Endodontia; Radiologia
<i>Jovem Adulta</i>	2	Enfermeira	Sim	-
<i>Avó-paciente</i>	3	Enfermeira NASF (nutricionista)	Sim	Prótese
<i>Defensor da vida</i>	1	-	Sim	Cirurgia BMF
<i>Sobrevivente</i>	2	-	Sim	-

Quadro 3- Coordenação do cuidado a partir da saúde bucal durante a experiência da clínica ampliada.

Paciente	Coordenação do cuidado pela ESB
<i>Dona Resignada, 49 anos</i>	Fez os exames laboratoriais na USF. Concluiu o tratamento em 3 sessões. Aguarda tratamento endodôntico e o resultado dos exames laboratoriais. Encaminhada e atendida pela psicóloga do NASF após discussão do caso com a ESF 2. Recebeu alta. Prefere fazer suas consultas ginecológicas no hospital onde a mãe foi tratada.
<i>Eterno Lutador, 32 anos</i>	Concluiu o tratamento em 3 sessões. Fez os exames radiográficos num hospital estadual, rota alternativa informada pela ESB 2, porque não conseguiu na clínica particular de referência. Foi encaminhado para o ortopedista pelo médico da USF. Aguarda a ortopedia, a endodontia e sua indenização para concretizar seu sonho (implantes e reabilitação protética). A ESB acompanha as marcações da endodontia na atenção secundária pelo aplicativo WhatsApp.
<i>Dona (Des) Informada, 38 a nos</i>	Fez os tratamentos endodônticos na especialização em endodontia da Associação Brasileira de Odontologia de Pernambuco, após o contato da ESB 2 com a instituição. Concluiu o tratamento na USF em 5 sessões, em 4 meses. Conseguiu emprego e remarcou 2 consultas com antecedência.
<i>Jovem Mãe, 21, anos</i>	Concluiu o tratamento em 5 sessões. Remarcou 3 vezes em função do cuidado com o filho recém-nascido. Participou de interconsulta (CD e enfermeira), inclusive em função da amamentação. Aguarda o tratamento endodôntico. A ESB está acompanhando as marcações na atenção secundária pelo aplicativo WhatsApp.
<i>Jovem Adulta, 20 anos</i>	Concluiu o tratamento em 2 sessões. Apesar de não ser cadastrada na ESF sob responsabilidade sanitária da ESB 2, a CD relatou o caso à enfermeira a qual informou que conseguiu esclarecer as suas dúvidas.

Quadro 3- Coordenação do cuidado a partir da saúde bucal durante a experiencição da clínica ampliada (*continuação*).

Paciente	Coordenação do cuidado pela ESB
<i>Avó-paciente, 47 anos</i>	Concluiu o tratamento em 3 sessões. Ingressou no grupo de hipertensos, foi atendida pela nutricionista do NASF e encaminhada para a especialidade de prótese. Aguarda marcação na especialidade de prótese. A ESB não firmou um contato alternativo com referida especialidade.
<i>Defensor da vida, 33 anos</i>	A primeira consulta foi no horário noturno. A única consulta de retorno foi no horário tradicional, pois o programa Saúde do Homem foi suspenso na USF pela falta de segurança pública no município. Foi encaminhando para a especialidade de Cirurgia Oral Menor. Não houve contra-referência, nem foi firmado um contato alternativo com referida especialidade.
<i>Sobrevivente, 51 anos</i>	A primeira consulta foi no programa Saúde do Homem, no horário noturno, concluindo em 2 consultas de retorno no horário tradicional pela suspensão do programa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de inovação defendida nesse estudo sugeriu uma mudança de prática em saúde tomando como guias novos referenciais teóricos como clínica ampliada, integralidade do cuidado e bucalidade. Assim, representou uma oportunidade de vivenciar que a mudança é viável e significativa, à medida que o profissional passa se importar com o sofrimento do outro (sujeito/ paciente/ comunidade), escutando-o e esforçando-se para ajudá-lo; reconhecendo a percepção da necessidade autoreferida ao priorizar a queixa trazida pelo paciente; valorizando a sua participação na escolha da melhor forma de instituir esse cuidado; tentando ultrapassar o centralismo dentário, a prática odontológica tecnicista, a ideia de plano e tratamento concluído em função da construção de uma alta pactuada e satisfação dos sujeitos.

No entanto, não foi um movimento fácil e nunca poderá ser dado como concluído. E, como essa proposta não tinha a pretensão de instituir mudanças imediatas de práticas e sim, de possibilitar a experimentação de possibilidades da clínica, de novos arranjos tecnológicos do cuidado a partir da saúde bucal do SUS, acredita-se ter atingido um resultado importante no contexto da inovação tecnológica do cuidado em saúde bucal, mesmo considerando as inúmeras limitações discutidas no estudo.

Sugere-se ainda que, de acordo com a realidade de cada município ou comunidade, esse planejamento seja discutido e acordado com representantes da gestão para otimizar a execução das tarefas sem prejudicar o cumprimento das metas da produtividade dos profissionais, repensando juntos e, baseados nas necessidades do usuário, o tempo (em turnos) a ser disponibilizado para as atividades das ESB, como planejamento, atividades clínicas ambulatoriais e coletivas; visitas domiciliares, matriciamentos, saúde e valorização do trabalhador, bem como educação continuada.

Ressalta-se também a importância da criação de vínculo entre os profissionais para a facilitação da interface entre a atenção básica e os demais níveis de atenção e com a gestão, em prol da continuidade do cuidado do paciente. Esse contato pode ser promovido pela gestão através de encontros ou matriciamentos por iniciativa e sugestão, inclusive, da ESB.

Ainda nesse contexto, apesar da coordenação do cuidado estar diretamente relacionada à atenção primária, é essencial que os profissionais dos demais níveis de atenção se comprometam e reconheçam suas responsabilidades nesse processo de produção do cuidado integral ao paciente.

Assim, conhecendo a rede, responsabilizando-se e criando fluxos criativos que permitem a integralidade do cuidado, que facilitam a interface entre os níveis de atenção em saúde, o acesso poderá ser mais equânime e os profissionais, ao assumirem uma postura mais comprometida e disponível na prática em saúde bucal, passarão a interagir mais com o outro, seja com o paciente, com a ESB, com a ESF ou com o profissional da gestão; fortalecendo vínculos e compartilhando a importante tarefa de produção e coordenação do cuidado a partir da atenção primária.

REFERÊNCIAS

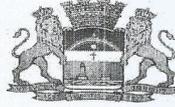
1. Botazzo C et al. Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde [projeto de pesquisa]. São Paulo; 2012.
2. Costa e Silva V. Rivera FJU, Hortale, VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(6):1405-1414.
3. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
4. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20 (4): 1079-1097.
5. Graff AV. Produção do cuidado nas práticas clínicas em saúde bucal: encontros de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e dentistas na atenção primária à saúde [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. 88p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 25 set. 2015.
7. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. latino-am. Enfermagem* 2005; 13 (6): 1027-1034.
8. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2010. 209 p.
9. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2. ed. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 22 set. 2015.
11. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006.

12. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
13. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; 2000.
14. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.
15. Souza CF de. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 18-43.
16. Botazzo C. Oficina Subjetividade e Prática Odontológica. *Relatório Final. Pré Congresso do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, RJ. 2006. [acessado 2015 Mar 07] Disponível em:*
http://saudecoletiva2006.com.br/Oficina_Subjetividade%0%20Pratica%20Odontologica.pdf.
17. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
18. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2): S331-S336.
19. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
20. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53(496): 872-84.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica: 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). Diário oficial 2011.
22. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: the nature of the interface. *British Dental Journal* 2000; 191 (12).
23. Mello ALSF de, Andrade SR de, Moysés SJ, Erdmann AL. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(1): 205-214.

24. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
25. Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18 (7): 2095- 2104.
26. Assis MMA et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS*, 2007; 10 (2): 189-199.
27. Coleman CF; Wagner E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: Bengoa R, Nuño RS. *Curar y cuidar: innovación en La gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier España; 2008.
28. Goes PSA; Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes médicas; 2012. 248p.
29. Pimentel FC; Albuquerque de PC; Martelli PJJ; Souza WV; Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28: S146-S157.
30. Moysés SJ. *Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2013.
31. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
32. Carnut L, Figueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação Inicial do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16 (7):3083- 91.
33. Turato EB. Métodos quantitativos e qualitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (3): 507-14.
34. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (2): 259-267.
35. Recife. Atenção Básica. Disponível em <http://www2.recife.pe.gov.br/800-profissionais-da-rede-de-saude-do-recife>. Acessado em 20.06.17

36. Haguette TMF. A observação participante. In: *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 4ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.
37. Starfield B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO- Ministério da Saúde; 2002.
38. Castiel LD. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas SP: Papyrus; 1994.
39. Entralgo PL. *La história clínica. Historia Y teoría del relato patográfico*. Madrid: Editoria Triacastela; 1998. 775p.
40. Kovalski DF, Freitas STF de, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Sau. & Transf. Soc* 2010; 1 (1): 61-69.
41. Paulon SM. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa intervenção. *Psicologia & Sociedade* 2005; 17 (3): 18-25.
42. Rocha, ML; Aguiar, KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão* 2003; 23 (4): 64-73.
43. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União 2013.

APÊNDICE A- Carta de Anuência



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Ana Carolina Silva de Lima** doutoranda em odontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa na USF Vila do Sesi do Distrito Sanitário VI e na Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde,” sendo orientada por Paulo Savio Goes.**

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 05 de dezembro de 2013.

Atenciosamente,

Juliana Siqueira

Juliana Siqueira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Juliana Siqueira Santos
Gerente Geral de Formação e Avaliação
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR
Matrícula nº 87.655-5

APÊNDICE B- Termo de Consentimento livre e esclarecido (Para maiores de 18 anos ou emancipados)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DOUTORADO EM ODONTOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário (a) da pesquisa "A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal", que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Silva de Lima, Rua Professor Fernando Mota, nº 127, Bairro Ibura de Baixo, CEP 51230-250 Recife/PE, Telefone 81. 3355-6246/81.9262-4783, email carolslima1@hotmail.com. E está sob a orientação do professor: Paulo Sávio Angeiras de Goes, Telefone: 81.91755763, e-mail paulosavio Goes@gmail.com; bem como sob a co-orientação do professor: Carlos Botazzo, Telefone OXX11997541231, e-mail cbotazzo@hotmail.com. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

OBJETIVO: Experienciar a ampliação da clínica como elemento inovador do processo de trabalho da equipe de saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife.

METODOLOGIA: Serão realizadas consultas com os pacientes. Gravações, filmagem ou fotos apenas serão realizadas com a autorização do paciente.

BENEFÍCIOS: Como principais benefícios destacam-se a ampliação do acesso à unidade de saúde da família; bem como a melhoria da capacidade resolutive das ações e procedimentos e integração efetiva dos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) através da coordenação do cuidado a partir da atenção básica.

RISCOS: Os riscos inerentes à atividade clínica odontológica, como acidentes e complicações de extrações de dentes (sangramento, inchaço, dor) serão minimizados pela habilidade e aperfeiçoamento técnico-científico da pesquisadora e tratados na unidade de saúde ou na policlínica de referência; o risco de constrangimento será evitado pela consulta clínica individual, pela não obrigatoriedade de participação na pesquisa e pelo sigilo das informações.

PERÍODO PARTICIPAÇÃO: As atividades do estudo serão realizadas entre 1 e 5 visitas ao local da pesquisa.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Poderão ser realizados os procedimentos de clínica odontológica e de saúde bucal (exame clínico, raspagem, profilaxia, aplicação tópica de flúor, exodontias, restaurações provisórias e definitivas, de acordo com protocolos pré-existentes na literatura.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, filmagens), ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal sob a guarda da pesquisadora, no seu endereço residencial, pelo período de no mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br.

_____ (assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal", como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Recife, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome _____ Assinatura: _____

Nome _____ Assinatura: _____

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para adultos impossibilitados de assinar o TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA ADULTOS IMPOSSIBILITADOS DE ASSINAR O TCLE - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário (a) da pesquisa "A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal", que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Silva de Lima, Rua Professor Fernando Mota, nº 127, Bairro Iburá de Baixo, CEP 51230-250 Recife/PE, Telefone 81. 3355-6246/81.9262-4783, email carolslima1@hotmail.com. E está sob a orientação do professor: Paulo Sávio Angeiras de Goes, Telefone: 81.91755763, e-mail paulosaviogoes@gmail.com; bem como sob a co-orientação do professor: Carlos Botazzo, Telefone OXX11997541231, e-mail cbotazzo@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assinhe ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

OBJETIVO: Experienciar a ampliação da clínica como elemento inovador do processo de trabalho da equipe de saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife.

METODOLOGIA: Serão realizadas consultas com os pacientes. Gravações, filmagem ou fotos apenas serão realizadas com a autorização do paciente.

BENEFÍCIOS: Como principais benefícios destacam-se a ampliação do acesso à unidade de saúde da família; bem como a melhoria da capacidade resolutiva das ações e procedimentos e integração efetiva dos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) através da coordenação do cuidado a partir da atenção básica.

RISCOS: Os riscos inerentes à atividade clínica odontológica, como acidentes e complicações de extrações de dentes (sangramento, inchaço, dor) serão minimizados pela habilidade e aperfeiçoamento técnico-científico da pesquisadora e tratados na unidade de saúde ou na policlínica de referência; o risco de constrangimento será evitado pela consulta clínica individual, pela não obrigatoriedade de participação na pesquisa e pelo sigilo das informações.

PERÍODO PARTICIPAÇÃO: As atividades do estudo serão realizadas entre 1 e 5 visitas ao local da pesquisa.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Poderão ser realizados os procedimentos de clínica odontológica e de saúde bucal (exame clínico, raspagem, profilaxia, aplicação tópica de flúor, exodontias, restaurações provisórias e definitivas) de acordo com protocolos pré-existentes na literatura.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, filmagens), ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal sob a guarda da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de no mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado pelo meu representante legal, após a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal", como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento). A rogo de _____, que é (não alfabetizado/juridicamente incapaz/ deficiente visual), eu _____ assino o presente documento que autoriza a sua participação neste estudo.

Assinatura: _____ Recife, ____/____/____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D- Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Eu _____, CPF _____, RG _____,

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Ana Carolina Silva de Lima, Paulo Sávio Angeiras de Góes e Carlos Botazzo do projeto de pesquisa intitulado "A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal" a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Recife, ____/____/____.

Entrevistado

Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

Pesquisador responsável pela entrevista

APÊNDICE E- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para responsável legal pelo menor de 18 anos)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DOUTORADO EM ODONTOLOGIA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
 (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) ou menor que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntário (a), da pesquisa "A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal", que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Carolina Silva de Lima, Rua Professor Fernando Mota, nº 127, Bairro Ibura de Baixo, CEP 51230-250 Recife/PE, Telefone 81. 3355-6246/81.9262-4783, email carolsilva1@hotmail.com. E está sob a orientação do professor: Paulo Sávio Anjeiras de Goes, Telefone: 81.91755763, e-mail paulosaviogoes@gmail.com; bem como sob a co-orientação do professor: Carlos Botazzo, Telefone 0XX11997541231, e-mail cbotazzo@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assinhe ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

OBJETIVO: Experimentar a ampliação da clínica como elemento inovador do processo de trabalho da equipe de saúde bucal numa unidade de saúde da família do município de Recife.

METODOLOGIA: Serão realizadas consultas com os pacientes. Gravações, filmagem ou fotos apenas serão realizadas com a autorização do paciente.
BENEFÍCIOS: Como principais benefícios destacam-se a ampliação do acesso à unidade de saúde da família; bem como a melhoria da capacidade resolutive das ações e procedimentos e integração efetiva dos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) através da coordenação do cuidado a partir da atenção básica.

RISCOS: Os riscos inerentes à atividade clínica odontológica, como acidentes e complicações de extrações de dentes (sangramento, inchaço, dor) serão minimizados pela habilidade e aperfeiçoamento técnico-científico da pesquisadora e tratados na unidade de saúde ou na policlínica de referência; o risco de constrangimento será evitado pela consulta clínica individual, pela não obrigatoriedade de participação na pesquisa e pelo sigilo das informações.

PERÍODO PARTICIPAÇÃO: As atividades do estudo serão realizadas entre 1 e 5 visitas ao local da pesquisa.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Poderão ser realizados os procedimentos de clínica odontológica e de saúde bucal (exame clínico, raspagem, profilaxia, aplicação tópica de flúor, exodontias, restaurações provisórias e definitivas) de acordo com protocolos pré-existentes na literatura.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, filmagens), ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal sob a guarda da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de no mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br.

 (assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO (A) VOLUNTÁRIO (A)

eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo A ampliação da clínica como elemento facilitador da interface entre os níveis de atenção em saúde bucal, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Assinatura do responsável _____ Recife, ____/____/____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO B- Ficha de procedimento individual odontológico do e-sus- Verso

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Radiografia Periapical / Interproximal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selamento provisório de cavidade dentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ulotomia / Ulectomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procedimentos (Quantidade realizada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORNECIMENTO	Escova Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Creme Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fio Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ NASF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agendamento p/ Grupos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tratamento Concluído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDUTA*	ENCAMINHAMENTO	Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	<input type="checkbox"/>											
		Cirurgia BMF	<input type="checkbox"/>											
		Endodontia	<input type="checkbox"/>											
		Estomatologia	<input type="checkbox"/>											
		Implantodontia	<input type="checkbox"/>											
		Odontopediatria	<input type="checkbox"/>											
		Ortodontia / Ortopedia	<input type="checkbox"/>											
		Periodontia	<input type="checkbox"/>											
		Prótese Dentária	<input type="checkbox"/>											
		Radiologia	<input type="checkbox"/>											
	Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa
 * Campo Obrigatório
 ** Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea

ANEXO E- Manual para Normatização de Dissertações e Teses dos Cursos de Pós-Graduação em Odontologia da UFPE

Carlos Menezes Aguiar

**MANUAL PARA NORMATIZAÇÃO DE DISSERTAÇÕES E TESES
DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**RECIFE – PE
2016**

Apresentação

A necessidade de padronização é uma luta incansável nos diversos campos do saber humano. E a necessidade da padronização estrutural dos trabalhos apresentados à Coordenação de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CPO/CCS/UFPE) não foge a essa regra.

O presente manual tem por objetivo ser um guia de orientação aos autores e orientadores à normatização de apresentação dos trabalhos de dissertação e teses apresentadas à PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, baseando-se nas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, órgão representativo da International Standard Organization - ISO, no Brasil. E desta forma contribuir com a sua visibilidade, de acordo com os padrões de excelência da produção científica da UFPE.

Em vista do exposto estamos apresentando o “MANUAL PARA NORMATIZAÇÃO DE DISSERTAÇÕES E TESES DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO”.

Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar

1. INTRODUÇÃO

Ainda nos dias atuais, observa-se certa confusão entre as diferenças dos trabalhos acadêmicos de Dissertação e Tese.

Segundo a ABNT, NBR 14724(2002), a Dissertação é um documento que apresenta o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico retrospectivo, de tema único e bem delimitado em sua extensão, com o objetivo de reunir, analisar e interpretar informações. Deve evidenciar o conhecimento de literatura existente sobre o assunto e a capacidade de sistematização do candidato. É feito sob a coordenação de um orientador (doutor), visando à obtenção do título de mestre. A Tese é um documento que apresenta o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico de tema único e bem delimitado. Deve ser elaborado com base em investigação original, constituindo-se em real contribuição para a especialidade em questão. É feito sob a coordenação de um orientador (doutor) e visa à obtenção do título de doutor, ou similar.

Em vista do exposto, o presente manual tem por objetivo ser um guia de orientação aos autores e orientadores à normatização de apresentação dos trabalhos de dissertação e teses apresentadas à Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-CCS/UFPE.

2. ESTRUTURA E FORMATAÇÃO

O trabalho científico deverá ser estruturado da seguinte forma: Parte Externa e Parte Interna.

2.1. Parte Externa:

Capa

Lombada

2.2. Parte Interna

Elementos Pré-Textuais

Elementos Textuais

Elementos Pós-textuais

Parte Externa

CAPA

A capa é definida como a proteção externa do trabalho sobre a qual se imprimem as informações indispensáveis à sua identificação.

Para o Exame de Qualificação e Defesa:

Os exemplares poderão ser apresentados em espiral, grampeadas ou colada na lombada, com plástico duro e transparente sobre a capa.

Exemplar após a Defesa e aprovação:

Os exemplares deverão ter capa em cor verde esmeralda, com as gravações em letra de baixo relevo, dourada, fonte Arial ou Times New Roman 16 e contendo as seguintes informações:

Nome completo do autor- impresso em caixa alto na porção superior da capa,.

Título do trabalho- impresso em caixa alto na porção central da capa.

Local e ano da defesa - impresso em caixa alto na porção inferior da capa

A capa deverá apresentar as seguintes dimensões: A4 210X297mm

LOMBADA

A lombada é definida como a parte da capa do trabalho que reúne as margens internas das folhas, sejam elas costuradas, grampeadas, coladas ou mantidas juntas de outra maneira.

Parte Interna

Elementos Pré-Textuais

Folha de rosto (obrigatório)

Errata (opcional)

Folha de aprovação (obrigatório)

Dedicatória (opcional)

Agradecimentos (opcional)

Epígrafe (opcional)

Resumo na língua vernácula (obrigatório)

Resumo em língua inglesa (obrigatório)

Lista de ilustrações (opcional)

Lista de tabelas (opcional)

Lista de abreviaturas e siglas (opcional)

Lista de símbolos (opcional)

Sumário (obrigatório)

FOLHA DE ROSTO

É definida como a folha que contém os elementos essenciais à identificação do trabalho. Deverá conter os seguintes elementos:

Contém os seguintes dados necessários à identificação:

Autor: o nome completo do autor deverá ser centrado no alto da folha de rosto, escrito com letras menores do que as utilizadas para o título.

Título do Trabalho: deve ser preciso e significativo, escrito com tamanho da letra maior do que o usado para o nome do autor, colocado no centro da página. O subtítulo, quando houver, deve ser graficamente diferenciado e separado do título por dois pontos (quando for explicativo) ou por ponto e vírgula (quando for complementar);

Nota da tese ou dissertação: deve conter a natureza do trabalho (dissertação ou tese), o nível (mestrado ou doutorado), a Unidade de defesa, a Universidade, o curso efetuado e a área de concentração.

Tese/Dissertação Apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor/Mestre em Odontologia área de concentração em Clínica Integrada

Orientador: o nome do orientador do trabalho deve suceder à informação da área;

Co-orientador: o nome do Co-orientador do trabalho deve suceder a do orientador;

Notas tipográficas: compõem-se de local (cidade) e data (ano de depósito).

FICHA CATALOGRÁFICA.

Deve conter os dados de catalogação-na-publicação, conforme o Código de Catalogação Anglo-Americano vigente. É elaborada pelo setor de processamento técnico da Biblioteca setorial – CCS. Deverá conter o crédito (nome e CRB) do bibliotecário responsável pela elaboração da ficha.

Relação do Organograma Administrativo da UFPE

Dedicatória (opcional)

Elemento opcional. Deve ser inserida após a folha de aprovação. O texto deverá ser curto, no qual o autor presta uma homenagem ou dedica o trabalho a alguém.

Agradecimentos (opcional)

Elemento opcional. Devem ser inseridos após a dedicatória. Página em que o autor manifesta agradecimento às pessoas e instituições que, de alguma forma, colaboraram para a execução do trabalho.

Epígrafe (opcional)

Elemento opcional. Elaborada conforme a ABNT NBR 10520. Deve ser inserida após os agradecimentos.

Podem também constar epígrafes nas folhas ou páginas de abertura das seções primárias. Inclui citação escolhida pelo autor que, de certa forma, embasou a gênese da obra.

Resumo em Português (obrigatório)

Elemento obrigatório. Elaborado conforme a ABNT NBR 6028.

O resumo deverá ressaltar o objetivo do trabalho, a metodologia, os resultados principais e as conclusões.

Deverá ser composto por uma sequência de frases concisas, afirmativas e não de uma enumeração de tópicos. Deverá ser redigido em parágrafo único.

A primeira frase deverá ser significativa explicando o tema principal do trabalho.

O verbo deverá ser na voz ativa e na terceira pessoa do singular.

As Palavras-Chave deverão vir logo abaixo do resumo e precedido da expressão "Palavras-Chave:" separadas entre si por ponto e finalizada por ponto também.

Quanto a extensão deverá variar de 250 a 500 palavras.

No caso da apresentação sob a forma de artigo, o resumo deverá contemplar a síntese de todos os artigos resultantes do projeto de tese/dissertação.

Resumo em língua Inglesa (obrigatório)

Deverá ser a versão em inglês do resumo, respeitando-se as características linguísticas do idioma inglês.

Listas

Elemento opcional, que deve ser elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu título específico, acompanhado do respectivo número de página exceto para os casos de listas de abreviaturas, siglas e símbolos. Dependendo da necessidade podem ser feitas listas para cada item. As listas podem ser de:

Abreviaturas e siglas

Ilustrações

Símbolos

Lista de Ilustrações (opcional)

Ilustração é a designação genérica de imagem, que ilustra ou elucida um texto. São consideradas ilustrações os desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráfico, mapas, organogramas, plantas, quadros, tabelas, imagem que acompanha um texto, entre outros. As ilustrações (com exceção de tabelas) são designadas como Figuras. A tabela é definida como a forma não discursiva de apresentar informações das quais o dado numérico se destaca como informação central.

É um elemento opcional. Elaborada de acordo com a ordem apresentada no texto, com cada item designado por seu nome específico, travessão, título e respectivo número da folha ou página. Quando necessário, recomenda-se a elaboração de lista própria para cada tipo de ilustração (desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, gráficos, mapas, organogramas, plantas, quadros, retratos e outras).

Lista de Figuras

Figura 1. Corte histológico 23

Lista de Tabelas

Tabela 1. Percentual de desvios 43

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver). A ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere.

Lista de abreviaturas e siglas (opcional)

É a relação alfabética das abreviaturas e siglas utilizadas no texto, seguidas das palavras ou expressões correspondentes escritas por extenso. Não devem figurar abreviaturas e siglas comuns, como centímetro, milímetro, *et al.* etc.

Lista de símbolos (opcional)

Elemento opcional, que deve ser elaborado de acordo com a ordem apresentada no texto, com o devido significado.

Sumário (obrigatório)

É um elemento obrigatório. Deverá ser elaborado conforme a ABNT NBR 6027.

É a indicação do conteúdo do documento, refletindo as principais divisões e seções, na mesma ordem em que aparecem no texto. Cada parte é seguida pelo número da página em que se inicia. Usa-se o termo “sumário” (e não a palavra índice ou lista) para designar esta parte e é escrita em maiúsculas, centralizada na página, com o mesmo tipo e tamanho de fonte usado para as seções primárias.

O sumário deve incluir apenas as partes do trabalho que lhe sucedem, sendo assim não deve incluir os elementos pré-textuais e deve ser localizado:

a) como último elemento pré-textual;

b) quando houver mais de um volume, deve ser incluído o sumário de todo o trabalho, de forma que se tenha conhecimento do conteúdo, independente do volume consultado.

Elementos Textuais

Preambulo

Introdução

Metodologia

Resultados (Opcional)

Conclusão

Artigos Científicos

Preambulo

Nesse capítulo o autor deverá apresentar o seu trabalho na totalidade, abordando os seguintes tópicos:

a) deverá estabelecer o assunto abordado de forma sucinta sem deixar dúvidas, evidenciando o período de abrangência da pesquisa realizada, com informações sobre a natureza e a importância do tema;

b) descrever os objetivos, a finalidade e a justificativa para a realização do trabalho;

c) deverá destacar os principais tópicos da pesquisa objetivando situar o tema da proposta apresentada;

d) destacar a relevância e a contribuição para o enriquecimento do conhecimento atual.

Introdução

É o capítulo principal do texto, no qual deverá conter uma exposição ordenada e pormenorizada do assunto. Poderá ser dividido em seções e subseções, que irão variar em função da abordagem do tema e do método. Deverá finalizar com a apresentação do objetivo geral e os objetivos específicos.

Metodologia

Nesse capítulo o autor deverá descrever de modo pormenorizado os materiais e o método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa.

Resultados (Opcional)

Nesse capítulo o autor poderá apresentar todos os resultados da pesquisa. Podendo utilizar as ilustrações para facilitar o entendimento do texto.

Conclusões (Opcional)

É a parte final do texto, no qual o autor poderá fazer uma recapitulação sintética dos resultados e da discussão do trabalho apresentados correspondentes aos objetivos ou hipóteses tratados no trabalho. Pode conter a indicação de novos estudos.

Artigos Científicos

Nesse capítulo o autor deverá inserir o(s) artigo(s) científico(s) publicado(s) e/ou submetido(s) à publicação, resultantes do projeto de pesquisa da Tese/Dissertação, redigidos em sua forma original e a sua versão em língua portuguesa, de acordo com as normas do/dos periódico/periódicos ao/aos qual/quais foi/foram publicados e/ou submetidos, a(s) qual(is) deverão vir logo após os manuscritos.

Elementos Pós-textuais

Referências

Apêndice (opcional)

Anexo (opcional)

Referências

É definida como o conjunto de elementos que permitem a identificação, no todo ou em parte, de documentos impressos ou registrados em diversos tipos de mídias. Nesse capítulo o autor deverá incluir todas as referências utilizadas para a realização da pesquisa e, essas deverão ser elaboradas de acordo com o estilo Vancouver.

Apêndice

É o texto ou documento elaborado pelo autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho. É um constituinte opcional. São identificados por letras maiúsculas, consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos e devem ser apontados no Sumário.

Anexo

É um texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e/ou ilustração, como leis, estatutos etc. Por tratar-se de material complementar ao texto, deve ser incluído quando for imprescindível à compreensão do trabalho. São identificados por letras maiúsculas, consecutivas, travessão e pelos respectivos títulos e devem ser apontados no Sumário.

APRESENTAÇÃO GRÁFICA**FORMATAÇÃO**

A tese ou dissertação deve ser impressa em papel branco e tinta de cor preta, folha "A4", de dimensões 210 x 297mm, gramatura 90g/m². A fonte utilizada pode ser escolhida entre Times New Roman ou Arial, tamanho 12 para o texto, 16 em negrito para o título e cortinas.

Espeçamento:

Entre as linhas do texto: espaço 1,5;

Entre as linhas de referências, notas de rodapé e citações textuais longas: espaço simples.

Margens

Superior: 3,0 cm;

Esquerda: 3,0 cm;

Direita: 2,0 cm;

Inferior: 2,0 cm;

De parágrafos: 2,0 cm a partir da margem esquerda;

De citação longa: 4,0 cm a partir da margem esquerda.

Paginação

As páginas deverão ser enumeradas sequencialmente a partir do início do trabalho (Elementos Textuais-Introdução) algarismo arábico, no canto superior direito de cada página, exceto as cortinas e nas páginas chamativas entre um capítulo e outro. Para efeito de catalogação sumária, todas as páginas deverão ser contadas a partir da introdução.

As páginas iniciais (Elementos Pré-textuais) poderão ser numeradas, porém se utilizando algarismos romanos em sua forma minúscula.

Número de Exemplares

Número de Exemplares:

Trabalho Científico

Qualificação

Dissertação

Tese

4

4

Defesa

6

10

ANEXO F- Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central.

A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

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

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

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores

Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

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

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

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

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

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

Seções da publicação

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

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

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

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

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

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

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

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

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e

palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, o objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação.

Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras

chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título.

Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

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

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...ex. 2:

“Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

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

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

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

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

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

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

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

3. Sem indicação de autoria

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

4. Número com suplemento

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

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

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

Livros e outras monografias

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

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

7. Organizador ou compilador como autor

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

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

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

10. Resumo em Anais de congressos

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

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

12. Dissertação e tese

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

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

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

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

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

14. Material audiovisual

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

15. Documentos legais

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

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996. Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm> Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico *CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM].

Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

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

ANEXO G- Regras da revista Cadernos de Saúde Pública (USP IMPRESSO)

ISSN 1678-4464 *versión on-line* •**Escopo e política**

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo

a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos

metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Nederlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na

[Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com

espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração

deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial

Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do

e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>].

Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”.

Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[\[http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login\]](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login) no prazo de 72 horas.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil

Tel.:+55

21

2598-2511

Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@fiocruz.br

LINK RESUMO

Resumo

O Resumo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, por isto deve conter as informações essenciais do artigo. Nos CSP a extensão do Resumo é restrita a 1.700 caracteres (incluindo espaços), o que torna a sua elaboração um desafio.

O Resumo é escrito depois do artigo pronto, mas não é corte e cola de frases soltas. É um sumário do que tem de mais importante, e deve atrair o leitor para o artigo completo. Frequentemente é a única parte do artigo que é lida. CSP não adota resumo estruturado, pois é grande a variedade de tipos de artigos recebidos. Em geral, o Resumo deve conter o objetivo, o método, os principais resultados e conclusão.

Na conclusão evite jargões do tipo “mais pesquisas são necessárias sobre o tema”, “os resultados devem ser considerados com cautela” ou “os resultados deste estudo podem ser úteis para a elaboração de estratégias de prevenção”. No final do Resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.