

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CURSO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL PROFISSIONAL E
TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

RECIFE
2009

Juliana Raposo Souto Maior

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL PROFISSIONAL E
TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

Dissertação apresentada ao Colegiado da Pós-Graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Odontologia com área de concentração em Clínica Integrada.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Heliomar Vicente da Silva

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice

RECIFE
2009

Souto Maior, Juliana Raposo

Estratégia de saúde da família: perfil profissional e tomada de decisão terapêutica dos cirurgiões-dentistas / Juliana Raposo Souto Maior. – Recife : O Autor, 2009.
65 folhas : il., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Odontologia, 2009.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Dentística. 2. Odontólogos – Perfil profissional.
3. Estratégia de Saúde da Família. I. Título.

616.314-084
617.6

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2009-115

JUNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA

COLEGIADO

Profa. Dra. Alessandra de Albuquerque T. Carvalho

Prof. Dr. Anderson Stevens Leônidas Gomes

Prof. Dr. Carlos Menezes Aguiar

Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva

Prof. Dr. Etenildo Dantas Cabral

Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto

Prof. Dr. Jair Carneiro Leão

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

Profa. Dra. Liriane Baratella

Profa. Dra. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice

Profa. Dra. Renata Cimões Jovino Silveira

Profa. Dra. Silvana Maria Orestes Cardoso

SECRETARIA

Oziclere de Araújo Sena

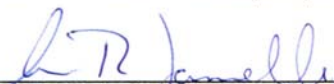
**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL PROFISSIONAL E
TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS**

JULIANA RAPOSO SOUTO MAIOR

DISSERTAÇÃO DEFENDIDA EM: 15 / 06 / 09

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:


Prof^a. Dr^a. Alessandra Albuquerque T. Carvalho


Prof^a. Dr^a. Sílvia Regina Jamelli


Prof. Dr. Paulo Fonseca Menezes Filho

Recife

2009

Agradecimentos Especiais

A Deus, por se fazer sempre presente em minha vida, guiando os meus passos e me mostrando os caminhos a seguir.

Ao meu marido, Felipe, pelo seu companheirismo, dedicação e amor presentes em todos os momentos de minha vida;

Aos meus pais, Simone e Marcos pelo exemplo de caráter, respeito e pelo grande amor que sempre dispensaram em mim e pelo constante incentivo dado durante toda a minha vida, sem eles não teria chegado aqui.

Aos meus queridos irmãos por fazerem parte da minha vida, e por saber que poderei contar com vocês sempre.

Agradecimentos

A todos os professores do curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que contribuíram na minha formação.

Ao meu orientador Prof. Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva, exemplo de pessoa e de profissional e pelos ensinamentos durante estes sete anos de convivência.

À minha co-orientadora Prof^a. Dr^a Lúcia Carneiro de Souza Beatrice, pela qual tenho uma grande admiração e gratidão pelos ensinamentos.

À Prefeitura da Cidade do Recife por me permitir a realização deste trabalho de pesquisa.

Aos Distritos sanitários I, II, III, IV, V e VI, pela disponibilidade e ajuda na realização da pesquisa.

Aos meus colegas do mestrado: Fabrícia Barros, Ana Marly Maia, Daniel Gomes, Natália Costa, Águida Hemrique, Daene Patrícia, Déborah Fonseca, Darcyla Belo, Keyla Marinho, Ana Paula Pires e Anderson Marciano pelos momentos vividos juntos. Em especial, Ana Carolina Lima, Andreza Barkokebas e George Gusmão pela amizade e ajuda na minha pesquisa.

A minha prima Maria Clara pela ajuda na coleta dos dados.

Aos todos que de forma direta ou indireta se fizeram presentes e ajudaram na minha formação.

Às funcionárias da Pós-Graduação de Odontologia da UFPE, pela ajuda prestada.

EPÍGRAFE

*“Concedei-nos Senhor,
Serenidade necessária, para
aceitar as coisas que não
podemos modificar, Coragem
para modificar aquelas que
podemos e Sabedoria para
distinguirmos umas das outras”.*

Reihold Niebuhr

SUMÁRIO

Lista de tabelas	09
Lista de abreviaturas	10
Artigo	11
Resumo	12
Abstract	13
Introdução	14
Métodos	17
Resultados	19
Discussão	21
Conclusão	26
Referências	27
Tabela 01	30
Tabela 02	31
Tabela 03	32
Tabela 04	33
Tabela 05	34
Tabela 06	35
Tabela 07	36
Tabela 08	37
Apêndices	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	
Formulário de entrevista	
Formulário de avaliação de ambiente de trabalho	
Gabarito do formulário de entrevista	
Protocolo clínico sugerido para as situações propostas	
Anexos	
Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPE CEP UFPE)	
Parecer da Diretoria de Gestão e Trabalho - Prefeitura do Recife	
Normas do Caderno de Saúde Pública	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sócio-demográficos e o distrito

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 1

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 2

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 3

Tabela 5 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 4

Tabela 6 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 5

Tabela 7 – Equipamentos, materiais e instrumental encontrados nas unidades de saúde da família

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Serviço Único de Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
CIV	Cimento de ionômero de vidro
OZE	Óxido de zinco e eugenol

ARTIGO**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PERFIL PROFISSIONAL E
TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS****RECIFE'S FAMILY HEALTH STRATEGY: DENTIST PROFESSIONAL
PROFILE AND TERAPEUTIC DECISION**

Juliana Raposo Souto Maior (SOUTO MAIOR, J.R.) *

Lúcia Carneiro de Souza Beatrice (BEATRICE, L.C.S.) *

Cláudio Heliomar Vicente da Silva (VICENTE SILVA, C. H.) *

* Instituição vinculada: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

End: Av.Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, CEP: 50670-420 Recife-PE

Autor para correspondência: Cláudio Heliomar Vicente da Silva

Av. Prof. Moraes Rego n. 1235, Cidade Universitária, CEP: 50670-901 Recife-PE

E - mail: claudioheliomar@uol.com.br Telefone: (81) 21268338

RESUMO

OBJETIVO: verificar o perfil profissional e a tomada de decisão dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família da Cidade do Recife.

METODOLOGIA: foi aplicado um questionário a uma amostra de conveniência de 70 cirurgiões-dentistas, que atendiam nas unidades de saúde da família do Recife. O questionário era composto por dados sócio-demográficos e por 5 situações clínicas possíveis de se encontrar numa unidade de saúde da atenção básica, para as quais, os profissionais deveriam determinar o tipo de tratamento indicado para cada caso, o material restaurador, a necessidade de proteção pulpar e a técnica restauradora a ser empregada. Para cada questionamento havia cinco possibilidades de respostas: ideal, aceitável, inaceitável, a opção “não sei” e “outro”.

RESULTADOS: A maioria dos cirurgiões-dentistas são da raça branca (75,7%) e do sexo feminino (80,0%), a maioria dos entrevistados optou pela resposta ideal ou aceitável, exceto quando a situação clínica envolvia a técnica do amálgama adesivo, em que 63% dos entrevistados desconheciam ou não empregaram-na. Em apenas 3 unidades de saúde evidenciou-se a presença de aparelho de radiografia intra-oral.

CONCLUSÃO: Os procedimentos de Dentística realizados nas unidades de saúde da família do Recife visam à preservação da estrutura dentária e mínima intervenção, e em sua maioria, se enquadram na proposta de uma Odontologia mais conservadora. No entanto é necessária a criação e implementação de um protocolo clínico para a padronização dos procedimentos restauradores na atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: dentística; estratégia de saúde da família; conduta

ABSTRACT

OBJECTIVE: Verify the dentist professional profile and therapeutic decision in Recife's family Health program.

METHODS: 70 dentist of Recife's family health program answered a questionnaire with socio-demographic questions and 5 clinical situations that occurs on the health's basic attention unit. The professionals determined the type of treatment, restorative material, pulp protection and restorative technique employed in each case. For every question the dentist had 5 answers possibilities: ideal, acceptable, unacceptable, don't know the answer and other answer.

RESULTS: The dentist interviewed are majoritary women (80,0%) and White (75,7%) and most of the dentist's interviewed answered an ideal or an acceptable option, except when the clinical situation that involved the adhesive amalgam technique, that 63% of the sample answers that do not employed or do not know the technique. only 3 health units showed the presence of equipment for intra-oral radiography.

CONCLUSION: The dentistic's procedures realized on Recife's family health units aim to preserve the dental structure and to perform a minimal intervention, and they most frame into a conservative dentistry. However it is necessary to establish and implement a clinical protocol for the standardization of restorative procedures in primary care.

KEY-WORDS: dentistry; Family Health Program; behavior

INTRODUÇÃO

A organização Mundial de Saúde (OMS) propõe, em sua Carta Magna de 7 de abril de 1948, que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença.

A legislação brasileira declara que saúde é um direito de todos e um dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas. Tais medidas visam a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1988). A saúde da população é um dos mais fidedignos indicadores da qualidade de vida de uma nação, e retrata a competência das políticas públicas para com os seus cidadãos (VILARINHO, MENDES, PRADO JÚNIOR, 2007).

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) tem como base os pressupostos do SUS e traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997). Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família (ALVES, 2005).

A inserção da saúde bucal no PSF acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde (BRASIL, 2000). O Cirurgião-Dentista (CD) que trabalha no PSF vê-se diante de muitos desafios, como a sua formação, por anos, voltada para questões biológicas, curativas, técnicas e tecnológicas com pouca ênfase nos fatores sócio-econômicos e psicológicos do processo saúde-

doença; o que pode acarretar em, algumas limitações de suas ações, agravadas pela ausência de atualização do conhecimento técnico-científico refletida no processo decisório do tratamento clínico restaurador (ARAÚJO et al., 2006; BRASIL, 2004).

Para um diagnóstico correto deve-se aliar o conhecimento adquirido ao raciocínio crítico e lógico da situação clínica apresentada pelo paciente. O exame clínico representa o passo inicial do processo diagnóstico e deve propiciar a obtenção de um maior número de dados possíveis para que o profissional possa estabelecer um diagnóstico correto e um plano de tratamento eficaz (VICENTE SILVA et al., 2005).

Atualmente, o profissional deve pautar a sua decisão diagnóstica e terapêutica em resultados de trabalhos científicos. A esta prática denomina-se Prática Clínica Baseada em Evidências (PCBE) e pode ser definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência científica disponível em sintonia com os anseios do paciente, na tomada de decisão sobre os cuidados com o mesmo (MARINHO, 2000; FABER 2009).

No processo de tomada de decisão, não há uma terapia única que preencha todas as necessidades de tratamento do paciente. Para o restabelecimento e/ou manutenção da saúde do indivíduo, devem ser analisados aspectos como riscos, custos e benefícios relativos ao procedimento terapêutico (NEWMAN, 1998). A melhor terapia será aquela que apresentar os menores custos e maiores benefícios (VICENTE SILVA et al., 2005)

Tendo em vista a grande importância dada à tomada de decisão terapêutica na atenção básica e a necessidade de se avaliar o perfil dos

profissionais que atuam nessas unidades, este estudo se propôs a avaliar estes aspectos nos cirurgiões-dentistas que trabalham nos PSF do Recife.

MÉTODOS

(Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CCS/UFPE- protocolo nº 190/08 com anuência da Diretoria de Gestão de Pessoas – Prefeitura da Cidade do Recife)

Foi utilizada uma amostra de conveniência formada por 70 cirurgiões-dentistas que trabalham nos programas de saúde da família da Cidade do Recife, que apresentavam equipe de saúde bucal. Após a assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi aplicado um formulário de entrevista composto por dados sócio-demográficos e cinco situações clínicas criadas a partir de pacientes hipotéticos, mas com condições orais possíveis de serem encontradas nos consultórios odontológicos das unidades de saúde da atenção básica (APÊNDICE B). A situação 1 abordava o tratamento expectante, a situação 2 versava sobre lesões cervicais não cariosas, a situação 3 sobre a adequação do meio bucal e a situação 5 relacionava-se a restauração de dentes anteriores com resina composta.

Cada situação foi composta pelo relato do paciente, achados clínico-radiográficos e figura esquemática representando a condição/problema apresentados pelo paciente. Além deste questionário, o entrevistador argüia o(a) auxiliar de consultório dentário ou mesmo o(a) cirurgião-dentista sobre quais materiais, equipamentos e instrumentais encontravam-se disponíveis em cada unidade de saúde (APÊNDICE C).

Para a situação 1, assim como para a 3, foram realizados quatro questionamentos objetivos, relacionados ao tratamento indicado, necessidade de proteção pulpar, qual técnica ser utilizada e que material restaurador indicar. Para as situações 2 e 4 optou-se por questionar o tipo de tratamento de forma

objetiva e que material utilizar de forma subjetiva, para que o profissional pudesse determinar livremente o mesmo. Na situação 5 realizou-se 2

Para todas as questões objetivas havia cinco possibilidades de respostas. Ideal, aceitável, inaceitável, a opção “não sei” e “outro”, no caso do cirurgião-dentista realizar um tratamento não listado nas alternativas disponíveis.

As respostas para os questionamentos foram baseadas como se o dentista estivesse atendendo a um paciente naquele exato momento, na sua unidade de saúde e o tratamento proposto devia levar em consideração os materiais, equipamentos e instrumental disponíveis na unidade de atuação do pesquisado.

Foi realizado um banco de dados a partir das respostas dos questionários e o mesmo foi submetido a análise estatística do tipo descritiva. Os dados foram digitados na planilha Excel e o “software” estatístico utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 13.

RESULTADOS

A maioria dos cirurgiões-dentistas são da raça branca (75,7%), do sexo feminino (80,0%) e casados (63,8%). No que se refere à instituição de graduação, 50,7% dos pesquisados foram graduados na UFPE e 40,6% na UPE e, a maioria tem até 10 anos de graduado (45,7%). Apenas 30,0% dos pesquisados tinha pós-graduação em Dentística; 97% dos cirurgiões-dentistas tinham especialização em alguma área da Odontologia e 53,6% tinha até 5 anos de atuação no PSF (Tabela 1).

A maioria (65,7%) errou a classificação das cavidades utilizadas no preenchimento dos formulários.

Para a situação 1 (Tabela 2) a maioria (94,2%) indicou o tratamento ideal; a maioria (60,3%) respondeu de forma aceitável quanto à necessidade de proteção pulpar e 27,9% optaram pela resposta ideal; 83,8% optou pela técnica correta e 43,5% utilizaria o material restaurador ideal.

Na situação 2 observou-se que 78,6% indicou o tratamento ideal e um pouco mais da metade (52,2%) indicou o material restaurador ideal (Tabela 3).

Destaca-se na situação 3 (Tabela 4) que a maioria (85,7%) indicou o tratamento ideal (troca da restauração); a proteção pulpar adotada foi aceitável para 55,7% dos entrevistados e 20,0% optou pela proteção ideal; no entanto, quanto à técnica restauradora a ser utilizada, a maioria (63,6%) indicou a resposta inaceitável (restauração em amálgama convencional). Já para o material restaurador a resposta mais freqüente correspondeu à ideal (40,5%).

Na Tabela 5 pode-se verificar que, para a situação 3, quando comparado o tempo de formado do profissional com as respostas dadas para a realização do procedimento restaurador não houve associação estatística significativa.

A Tabela 6 mostra que para a situação clínica 4 a maioria (85,3%) dos entrevistados indicou o tratamento ideal e 75,0% indicou o material restaurador ideal.

Pode-se destacar que, para a situação 7 (Tabela 6) a maior parte dos cirurgiões-dentistas (60,9%) indicou o tratamento ideal; 41,8%% e 34,3% optou pela proteção pulpar, respectivamente, aceitável e ideal.

Quanto aos materiais, instrumentais e equipamentos disponíveis nas unidades de saúde visitadas, pode-se observar (Tabela 8) que em todas as unidades dispunha-se de resinas compostas microhíbridas, cimento de ionômero de vidro quimicamente ativado, agente de união à base de acetona, lixa de resina, cunha de madeira, lixa para amálgama, tira de poliéster, matriz metálica e em nenhuma das unidades observou-se instrumentais e matérias para isolamento do campo operatório como: grampos, lençol de borracha, arco de Young ou Ostby, pinça porta-grampo e perfurador de lençol de borracha.

DISCUSSÃO

Um dos aspectos observados foi a participação majoritária das mulheres no mercado de trabalho odontológico. Em nosso estudo pode-se constatar que a maioria dos cirurgiões-dentistas são do sexo feminino dados que coincide com Brasil (2005), Gil (2005) e com pesquisa do Instituto Brasileiro de Pesquisas Socioeconômicas, em que, no Brasil, 57% dos dentistas são mulheres. No que se refere à instituição de graduação, a maioria dos entrevistados foram graduados em instituições públicas (UFPE e UPE), assim como no trabalho de Vilarinho; Mendes; Prado Junior (2007) e têm até 10 anos de formado, no estudo de Araújo; Dimenstein (2006) a maior parte dos entrevistados têm até 5 anos de formado.

Foi observado que quase a totalidade dos profissionais entrevistados possuía curso de especialização em alguma área da Odontologia, sendo mais predominantes os cursos em saúde pública e áreas afins. Estes dados estão de acordo com Volschan; Soares; Corvino por afirmarem que o cirurgião-dentista ao assumir seu compromisso como profissional de saúde e contribuir efetivamente para a melhoria das condições de vida da comunidade, na sua formação profissional deverá resgatar o caráter coletivo da prática odontológica, com conseqüente capacitação para o PSF.

Desta forma, os profissionais têm procurado aumentar o seu conhecimento e estar constantemente atualizados, afinal quanto maior o nível de atualização do cirurgião-dentista, maior será a capacidade de definir diagnósticos corretos, planos de tratamentos adequados e de obter o sucesso no procedimento restaurador. Já no estudo Vilarinho; Mendes; Prado Junior (2007) e Araújo; Dimenstein (2006) pode-se observar que a maioria dos

profissionais que atuavam nos PSF não possuía especialização, e para estes autores os que tinham tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF. Estes pesquisadores afirmam que o mercado de trabalho atual exige um profissional cada vez mais especializado.

De acordo com Tavares; Vianna; Tura, (2001) o perfil desejável para o profissional de Odontologia que busca trabalhar no PSF é enxergar o paciente em sua totalidade bio-psicosocial e não de forma fragmentada. Saber integrar-se com os outros profissionais envolvidos na equipe do PSF, apresentar sensibilidade para as questões sociais, estabelecer vínculos e criar laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade, humanizando as práticas de saúde e ter uma visão ampliada do processo saúde/doença.

A valorização da estrutura dentária, os novos materiais adesivos e a estética transformaram a Odontologia restauradora num evento novo. A nova dimensão da Odontologia baseada na máxima atenção à prevenção, preservação do remanescente dentário e execução de uma mínima restauração, redimensionaram a intervenção. A mudança do modelo de atendimento em que se privilegia o cuidado com a saúde e não com o tratamento completam as novas características da “Nova Dentística” (BUSATO et al., 2005).

Neste estudo, pode-se observar que, para todos os questionamentos levantados quanto a realização de procedimentos como tratamento expectante (situação 1), lesões cervicais não cariosas (situação 2), adequação do meio bucal (situação 4) e restauração de dentes anteriores em resina composta (situação 5), os profissionais obtiveram respostas coerentes com esta nova filosofia da Dentística, adotando uma visão mais conservadora.

No entanto, quando o procedimento restaurador a ser adotado foi a restauração em amálgama (situação 3), a maior parte dos entrevistados indicou o tratamento inadequado, optando pela realização da técnica tradicional de restauração em amálgama que consiste, resumidamente, em preparar o elemento dentário e inserir o material restaurador. Tendo em vista a falta de adesão do amálgama a estrutura dentária atualmente preconiza-se a técnica do amálgama adesivo que, através de um agente de união, permite unir o material restaurador à estrutura dentária, o que minimiza a infiltração marginal e como benefício tem-se o aumento da longevidade da restauração.

Pode-se questionar as razões para a resposta insatisfatória dos profissionais referente à questão supracitada. Existe a falta de conhecimento dos profissionais sobre a técnica da restauração em amálgama adesivo? O tempo de formado pode influenciar no conhecimento dos profissionais? De acordo com os nossos resultados não existe associação entre o tempo de graduação e a falta de conhecimento sobre o tema.

Apesar de o amálgama ser um material utilizado na Odontologia a mais de 150 anos com uma boa relação custo-benefício, a tendência é a utilização materiais adesivos, ao considerar que uma união duradoura permite um aumento na resistência da estrutura dentária. De acordo com Gomes et al. (2005), o sucesso de muitos procedimentos clínicos que envolvem a união entre materiais dentários e os tecidos mineralizados dos dentes, é determinado pelo desempenho do material adesivo usado e das interfaces adesivas criadas.

Baseado nesta nova filosofia atualmente é preconizada a classificação das cavidades de acordo com Mount; Hume (1997), pois passou-se a observar o local e a extensão da lesão cariosa, com ênfase na preservação da estrutura

dentária além de facilitar a comunicação entre os profissionais e, não mais, deter-se a classificá-las a partir de locais mais propícios para o acúmulo de biofilme, como Black preconizava.

Em nosso trabalho os profissionais foram questionados quanto à classificação das cavidades adotadas por eles no momento de descrever o procedimento restaurador realizado e pode-se observar que grande parte dos profissionais ainda utiliza a classificação das cavidades proposta por Black. Tendo em vista que a classificação das cavidades adesivas adotadas pelo Grupo Brasileiro de Professores de Dentística (GBPD) é a preconizada por Mount & Hume (1997) esse resultado aponta para a falta de atualização dos profissionais entrevistados quanto à classificação das cavidades, os quais devem buscar de forma continuada o conhecimento técnico-científico, para embasar o processo de tomada de decisão, seja para a determinação do diagnóstico ou do tratamento pertinente.

Os serviços odontológicos historicamente proporcionam tratamentos baseados no paradigma cirúrgico-restaurador, ou seja, focalizado na doença. Nesse contexto os problemas de saúde são desvinculados dos seus fatores etiológicos e as manifestações clínicas são privilegiadas pela atenção dos profissionais.

Os cirurgiões-dentistas têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, mas também, devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Rodrigues (2008) observou que o perfil dos profissionais de saúde bucal necessita de uma adequação para atender aos princípios do SUS e do PSF,

visto que, a maioria – constituída por especialistas – não exerce tais habilidades, por não lhe serem possibilitadas as condições necessárias nos serviços em que atua e, quando as executa, o faz de forma fragmentada.

De acordo com os resultados obtidos e com as experiências relatadas nas unidades visitadas, pode-se observar que não existe uma padronização dos procedimentos de dentística realizados nos PSF do Recife, devendo ser adotado um protocolo único para a realização de procedimentos restauradores que permita uma atualização dos profissionais e aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática diária. Diante desta necessidade é sugerido um protocolo clínico (APÊNDICE E) para as situações apresentadas no formulário de entrevista.

CONCLUSÕES

Através das respostas ao formulário de entrevista pode-se concluir que:

- Na amostra estudada a maioria dos cirurgiões-dentistas que trabalham nos PSF do Recife são da raça branca e do sexo feminino, casados, foram graduados na UFPE e UPE e tem até 10 anos de formado;
- 97% dos cirurgiões-dentistas tinham especialização em alguma área da Odontologia e 30% dos pesquisados tinha pós-graduação em Dentística;
- Frente às situações propostas realizariam procedimentos restauradores conservadores;
- Os entrevistados optaram pela realização de restaurações em amálgama convencional (situação 3);
- Em todas as unidades estudadas não há qualquer material ou instrumental para a realização do isolamento absoluto do campo operatório e em apenas 3 unidades podemos verificar a presença de aparelho para a realização de radiografia intra-oral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu MAT, Gevaerd SP, Bufón MCM, Cordellini JVF. Análise do perfil dos profissionais de saúde bucal da secretaria municipal de saúde de Curitiba na abordagem ao adolescente. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.6, n.2, p.119-126, maio/ago. 2004.
2. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):131-138, 2004.
3. Alves, VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
4. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(1):219-27.
5. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005.
6. Barros ME, Piola SF, Vianna SM. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Fev, 1996.
7. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988
- 8.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 28 de dezembro de 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, 03 de junho de 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Brasil. Conferência Nacional de Saúde Bucal, Relatório Final. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993. 28p.

15. Busato ALE, Barbosa NA, Da Silva AS, Hernandez PAG, Macedo RP, Reichert LA. *Uma nova filosofia em Dentística*. In: Busato ALEB. *Dentística: filosofia, conceitos e prática clínica*. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
16. Carvalho, G. I.; Santos, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica de saúde* (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002. p.33-53.
17. Dickson M, Abegg C. *Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal*, pp. 39-66. In YP Buischi (org.). *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. Ed. Artes Médicas, São Paulo.
18. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.
19. Kramer et al. *Promoção de saúde bucal em odontopediatria: diagnóstico precoce, prevenção e tratamento da cárie oclusal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
20. Lamosa AC; Kalix AP; Dias ARC; Dias KRHC; Miranda MS; Sampaio Filho H. *Prevenção em Dentística*. In: Busato ALEB. *Dentística: filosofia, conceitos e prática clínica*. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
21. Marques MR, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 403-415, 2003.
22. Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília; 2004.
23. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):121-130, 2004.
24. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ed. Editora Santos. 2000.
25. Porto VMC. *Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu. 2002.
26. Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos no PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2):523-531, 2008.

27. Silva MRF, Jorge MSB. Prática dos profissionais no Programa saúde da Família: representações e subjetividades. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2002; 55(5):549-555.
28. Sousa MF. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate. Cebes*, n. 21. 2000.
29. Souza DS et al. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2001; 2(2):7-29.
30. Tavares MJ, Vianna R, Tura LFR. O cirurgião-dentista inserido no contexto social como promotor de saúde bucal. *UFES Revista de Odontologia* 2001; 3(1):16-22.
31. Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica*. Santos, São Paulo. 1995.
32. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERESINA (PI). *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007.
33. Werneck MAF. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança*. Niterói, 1994. [Tese –Universidade Federal Fluminense].

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo os dados sócio-demográficos e o distrito

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	14	20,0
Feminino	56	80,0
TOTAL	70	100,0
Raça		
Branco	53	75,7
Preto	2	2,9
Pardo	15	21,4
TOTAL	70	100,0
Estado civil		
Solteiro	20	29,0
Casado	44	63,8
Divorciado	4	5,8
Viúvo	1	1,4
TOTAL(1)	69	100,0
Instituição de graduação		
UFPE	35	50,7
UPE	28	40,6
Outras	6	8,7
TOTAL ⁽¹⁾	69	100,0
Tempo de graduação (anos)		
Até 10	32	45,7
11 a 20	19	27,1
> 20	19	27,1
TOTAL	70	100,0
Pós-graduação em dentística		
Sim	21	30,0
Não	49	70,0
TOTAL	70	100,0
Titulação		
Graduação	2	2,9
Especialização	65	94,2
Mestrado	2	2,9
TOTAL ⁽¹⁾	69	100,0
Tempo de atuação no PSF (anos)		
Até 5	37	53,6
Mais de 5	32	46,4
TOTAL ⁽¹⁾	69	100,0
Classificação das cavidades utilizadas no preenchimento dos formulários		
Errado	44	65,7
Não sabe	23	34,3
TOTAL ⁽¹⁾	67	100,0

(1): A diferença entre os valores de n foi devido à falta de informação.

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 1

Variável	n	%
Tratamento indicado para caso		
Ideal	65	94,2
Aceitável	2	2,9
Outra	2	2,9
TOTAL ⁽¹⁾	69	100,0
É necessária proteção pulpar?		
Certo,	19	27,9
Certo, aceitável	41	60,3
Não sabe	5	7,4
Outra	3	4,4
TOTAL ⁽¹⁾	68	100,0
Técnica que deveria ser utilizada		
Ideal	57	83,8
Aceitável	4	5,9
Inaceitável	5	7,4
Outra	2	2,9
TOTAL ⁽¹⁾	68	100,0
Material restaurador utilizado		
Ideal	30	43,5
Aceitável	26	37,7
Inaceitável	8	11,6
Outra	5	7,2
TOTAL ⁽¹⁾	69	100,0

(1): A diferença entre os valores de n foi devido à falta de informação.

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 2

Variável	n	%
Tratamento indicado para este caso		
Ideal	55	78,6
Aceitável	13	18,6
Outra	2	2,9
TOTAL	70	100,0
Material restaurador utilizado		
Ideal	36	52,2
Aceitável	29	42,0
Inaceitável	4	5,8
TOTAL ⁽¹⁾	69	100,0

(1): A diferença entre os valores de n foi devido à falta de informação.

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 3

Variável	N	%
Tratamento indicado para este caso		
Ideal	60	85,7
Aceitável	9	12,9
Outra	1	1,4
TOTAL	70	100,0
É necessário proteção pulpar?		
Certo,	14	20,0
Certo, aceitável	39	55,7
Certo, inaceitável	2	2,9
Errada	12	17,1
Não sabe	2	2,9
Outra	1	1,4
TOTAL	70	100,0
Técnica que deveria ser utilizada		
Ideal	15	21,4
Aceitável	8	11,4
Inaceitável	46	65,7
Outra	1	1,5
TOTAL ⁽¹⁾	70	100,0
Material restaurador utilizado		
Ideal	28	40,0
Aceitável	11	15,7
Inaceitável	17	24,3
Outra	14	20,0
TOTAL ⁽¹⁾	70	100,0

(1): A diferença entre os valores de n foi devido à falta de informação.

Tabela 5 – Avaliação da situação 3 segundo o tempo de graduação

Situação 3	Tempo de graduação						TOTAL		Valor de p
	Até 10		11 a 20		> 20				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tratamento indicado para o caso									
Ideal	26	81,3	16	88,9	18	94,7	60	87,0	p ⁽¹⁾ = 0,437
Aceitável	6	18,8	2	11,1	1	5,3	9	13,0	
Grupo Total	32	100,0	18	100,0	19	100,0	69	100,0	
Necessidade de proteção pulpar									
Certo, ideal	4	14,3	6	31,6	4	22,2	14	21,5	p ⁽¹⁾ = 0,555
Certo, aceitável	18	64,3	9	47,4	12	66,7	39	60,0	
Errada	6	21,4	4	21,1	2	11,1	12	18,5	
Grupo Total	28	100,0	19	100,0	18	100,0	65	100,0	
Técnica que deveria ser utilizada									
Ideal	7	25,9	3	18,8	5	27,8	15	24,6	p ⁽¹⁾ = 0,864
Inaceitável	20	74,1	13	81,3	13	72,2	46	75,4	
Grupo Total	27	100,0	16	100,0	18	100,0	61	100,0	
Material restaurador utilizado									
Ideal	11	34,4	10	52,6	7	36,8	28	40,0	p ⁽¹⁾ = 0,607
Aceitável	7	21,9	1	5,3	3	15,8	11	15,7	
Inaceitável	8	25,0	3	15,8	6	31,6	17	24,3	
Outra	6	18,8	5	26,3	3	15,8	14	20,0	
Grupo Total	32	100,0	19	100,0	19	100,0	70	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 6 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 4

Variável	n	%
Tratamento indicado para este caso		
Ideal	58	85,3
Aceitável	9	13,2
Inaceitável	1	1,5
	68	100,0
Material restaurador utilizado		
Ideal	51	75,0
Aceitável	14	20,6
Inaceitável	3	4,4
TOTAL⁽¹⁾	68	100,0

(1): A diferença entre os valores de n foi devido à falta de informação.

Tabela 7 – Distribuição dos pesquisados segundo os questionamentos da situação 5

Variável	n	%
Tratamento indicado para este caso		
Ideal	39	60,9
Aceitável	19	29,7
Não sabe	1	1,6
Outra	5	7,8
TOTAL ⁽¹⁾	64	100,0
É necessário proteção pulpar?		
Certo,	23	34,3
Certo, aceitável	28	41,8
Certo, inaceitável	5	7,5
Errada	3	4,5
Não sabe	6	9,0
Outra	2	3,0
TOTAL ⁽¹⁾	67	100,0

(1): A diferença entre os valores de n foi devido à falta de informação.

Tabela 8 - Equipamentos, materiais e instrumental encontrados nas unidades de saúde da família.

EQUIPAMENTOS	SIM (n)	NÃO (n)	TOTAL (n)
Aparelho de Rx	03	67	70
Avental de Chumbo	01	69	70
Posicionador radiográfico	00	70	70
Câmara escura	01	69	70
MATERIAIS			
Sistema adesivo	70	00	70
Cimento de hidróxido de cálcio	70	00	70
Cimento de ionômero de vidro convencional	70	00	70
Resina composta	70	00	70
Amálgama em cápsula	45	25	70
Amálgama (limalha e mercúrio)	39	31	70
Lixa para resina	70	00	70
Cunha de madeira	70	00	70
Matriz metálica	70	00	70
Tira de poliéster	70	00	70
Discos de Lixa	70	00	70
Pincel aplicador de adesivo	70	00	70
Lixa para amálgama	70	00	70
INSTRUMENTAL			
Porta matriz	70	00	70
Grampos	00	70	70
Pinça porta-grampo	00	70	70
Arco de ostby / young	00	70	70
Lençol de borracha	00	70	70
Perfurador de lençol de borracha	00	70	70
Afastador labial	00	70	70

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISADORES: Cláudio Heliomar Vicente da Silva, Lúcia Carneiro de Souza Beatrice, Juliana Raposo Souto Maior.

OBJETIVO: Estudar o perfil dos procedimentos de dentística nos PSF's do município de Recife – PE.

METODOLOGIA: Serão coletados, através de entrevista com auxílio de um formulário, os dados fornecidos pelos cirurgiões-dentistas a respeito dos equipamentos, técnicas e materiais utilizados para a realização dos procedimentos de dentística nos Programas de Saúde da Família do município do Recife, para a determinação do perfil dos procedimentos de dentística realizados pelos cirurgiões-dentistas.

BENEFÍCIOS: Auxiliar os gestores e cirurgiões-dentistas na implementação de técnicas, equipamentos e matérias mais atuais e adequadas para a realização de procedimentos de dentisteria.

RISCOS: Há risco de constrangimento o qual será evitado resguardando-se a identidade e informações fornecidas pelos usuários entrevistados.

Eu, _____
abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar desta pesquisa, para fins de publicação dos resultados em revista especializada na área de odontologia e saúde pública.

DIREITOS:

- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que não serei identificado e terei assegurado minha privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Para qualquer esclarecimento, entrar em contato com os pesquisadores:

Profª Dr. Cláudio Heliomar Vicente da Silva – Rua Jorge Couceiro da Costa Eiras, 443, Apto 2403, Boa Viagem, Recife-PE, CEP: 51021-300. Telefones: (81) 34630025 / (81) 88153207 ou Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Anatomia. Avenida Professor Moraes Rego, S/N Cidade Universitária 50670-420 - Recife, PE – Brasil. Telefone: (81) 21268555

Profª Dra. Lúcia Carneiro de Souza Beatrice – Av. Parnamirim, 327, Parnamirim, Recife-PE.

ou Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas, Pós-Graduação em Odontologia – Telefones: (81) 2126-8817.

Juiana Raposo Souto Maior. - Rua Jerônimo de Albuquerque, 188/1104 – Casa Forte/ Recife – CEP 52061-470 – Fone: 81. 3267-6283 ou Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas, Pós-Graduação em Odontologia – Telefone: 81. 2126-8817.

Recife, _____ de _____ de 200__

Assinatura do Pesquisado

Assinatura do Pesquisador: _____

Assinatura da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Distrito sanitário: _____	N° _____
PSF: _____ N° _____	DATA: _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Raça: ☐ Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Amarelo ☐ Indígena

Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União estável ☐ Separado(a) ☐

Desquitado(a) ☐ Viúvo(a)

Instituição de Graduação: ☐ UFPE ☐ UPE ☐ FOR ☐ FOC ☐ outra _____

Tempo de graduação: ☐ 0-5 anos ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 20 ou mais

Possui algum curso de pós-graduação na especialidade da Dentística?

☐ Sim ☐ Não

Caso sim: ☐ atualização ☐ aperfeiçoamento ☐ especialização ☐ mestrado ☐ doutorado

Titulação: ☐ Graduado ☐ Especialista ☐ Mestre ☐ Doutor

Especifique? _____

A quanto tempo atua no PSF? ☐ 0 a 5 anos ☐ 5 a 10 anos ☐ 10 a 15 anos ☐ mais de 15 anos

Assinale abaixo qual a classificação das cavidades utilizadas no preenchimento dos prontuários dos pacientes, na secção de tratamentos realizados?

- | | | |
|---------------------|-----------------|----------------------------|
| a) Black | b) Mount & Hume | c) Mount & Hume modificada |
| d) Black modificada | e) não sei | |

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

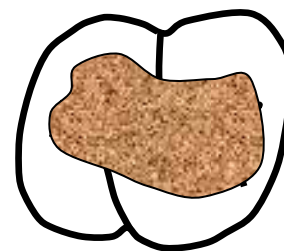
Instruções ao pesquisado:

Este formulário é composto de 5 situações criadas a partir de pacientes hipotéticos, mas com condições orais possíveis de serem encontradas nos consultórios odontológicos das unidades de saúde da atenção básica. As respostas para os questionamentos devem ser baseadas como se você estivesse atendendo a um paciente neste momento, na sua unidade de saúde e o tratamento proposto deve levar em consideração os materiais, equipamentos e instrumentais disponíveis na sua unidade.

Cada situação será composta pelo relato do paciente, achados clínico-radiográficos e figura esquemática representando a condição/problema apresentada pelo paciente.

Situação 1: Oi Dr. (a) meu nome é A.B.C. tenho 23 anos e vim aqui porque o meu dente dói quando bebo água gelada ou como doce. O(A) sr.(a) sabe, trabalho o dia inteiro e, para não perder tempo almoçando, gosto de comer de guloseimas, mas nem assim sobra tempo para escovar os dentes, mas à noite quando chego em casa sempre escovo.

Dados clínicos e radiográficos: ao exame clínico observa-se lesão cariiosa extensa no elemento dentário 36, a dentina apresenta-se amarela e amolecida e há certa proximidade com a câmara pulpar com risco de exposição. Na radiografia interproximal observa-se que esta distância é de 1,0mm e na radiografia periapical não existe qualquer alteração patológica no ápice. Os testes de vitalidade foram positivos.



1. Qual o tratamento indicado para este caso?

- (a) restauração em amálgama
- (b) tratamento dos canais radiculares
- (c) tratamento expectante
- (d) não sei
- (e) Outro:

2. É necessária proteção pulpar?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual a alternativa correta?

- (a) cimento de ionômero de vidro
- (b) cimento de hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro
- (c) pasta de hidróxido de cálcio em pó + cimento de hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro
- (d) Outro:

3. Qual técnica deveria ser utilizada?

- (a) abertura coronária.
- (b) amálgama adesivo
- (c) restauração provisória
- (d) não sei
- (e) Outro:

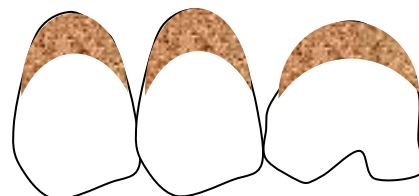
4. Qual material restaurador será utilizado?

- (a) Resina Composta
- (b) Cimento de ionômero de vidro
- (c) Amálgama
- (d) não sei
- (e) Outro:

Situação 2: Bom dia! Chamo-me E.F.G, tenho 65 anos. Tenho notado que os meus dentes estão sensíveis quando como alimentos frios, quentes e, até mesmo, ao falar sinto uma dor insuportável. Às vezes penso que não vou suportar tanta dor, não sei dizer bem quais são os dentes, mas dói tudo. Não sei por que isto aconteceu comigo, já que sou uma pessoa muito cuidadosa e

sempre escovo os dentes com bastante força para que fiquem bem limpos e gosto de usar bochechos, principalmente aqueles que ardem mais.

Dados clínicos: ao exame clínico pode-se observar lesão em forma de pires com bordas mal definidas na face vestibular dos pré-molares e molares esquerdos com profundidade maior que 1 mm, radiograficamente observa-se aspecto de normalidade periapical. Os dentes respondem de forma positiva aos testes de vitalidade pulpar.



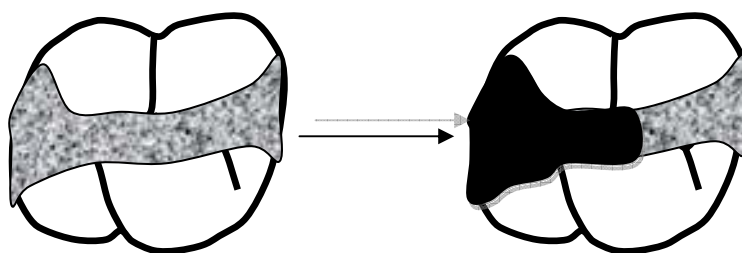
1. Qual o tratamento indicado para este caso?

- (a) dessensibilização dentinária
- (b) restauração
- (c) tratamento dos canais radiculares
- (d) não sei
- (e) Outro: _____

2. Qual material restaurador será utilizado?

Situação 3: Me nome é H.I.J tenho trauma de dentista e vim hoje aqui porque quando eu estava comendo, um pedaço do meu dente quebrou. Aviso logo que tenho preguiça de escovar os dentes e já tenho várias obturações escuras.

Dados clínicos e radiográficos: clinicamente observa-se restauração em amálgama nas faces MOD do elemento dentário 47, fraturada em sua metade. Radiograficamente pode-se verificar que a cavidade possui média profundidade. O paciente apresenta várias restaurações em amálgama em outros dentes e uma higiene bucal deficiente.



1. Qual o tratamento indicado para este caso?

- (a) reparo da restauração
- (b) restauração provisória
- (c) substituição da restauração
- (d) não sei
- (e) Outro: _____

2. É necessária proteção pulpar?

☒ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual a alternativa correta?

- (a) cimento de hidróxido de cálcio
- (b) verniz cavitário

(c) cimento de ionômero de vidro

(d) Outro: _____

3. Qual técnica deveria ser utilizada?

(a) restauração adesiva

(b) restauração de amálgama

(c) restauração de amálgama adesivo

(c) não sei

(d) Outro: _____

4. Qual material restaurador será utilizado?

(a) sistema adesivo + Resina Composta

(b) Verniz cavitário + amálgama

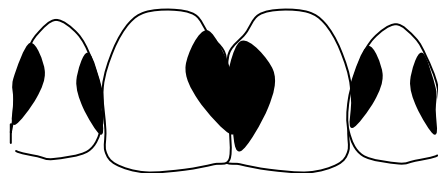
(c) cimento de ionômero de vidro + Amálgama

(d) não sei

(e) Outro: _____

Situação 4: Dr.(a) meus dentes da frente estão feios e todo mundo fica rindo de mim. Queria ver se era possível arrancar estes dentes para colocar uma peça. Sempre tive preguiça de escovar os dentes e gosto de comer muitas vezes ao dia, principalmente quando tem biscoito em casa.

Dados clínicos: Clinicamente podem-se observar lesões cariosas ativas em elementos dentários anteriores e posteriores, a higiene bucal é bastante deficiente. Após o preparo cavitário toda cárie é removida e as cavidades remanescentes são profundas.



1. Qual o TRATAMENTO INICIAL indicado para este caso?

(a) tratamento restaurador adesivo com resina composta

(b) tratamento restaurador em amálgama

(c) adequação do meio bucal

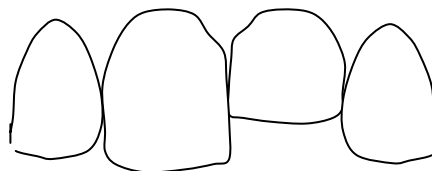
(d) não sei

(e) Outro: _____

2. Qual material restaurador será utilizado?

Situação 5: Dr.(a) sofreu um acidente e seu dente se partiu, vou começar a trabalhar na próxima semana e tenho medo de perder o meu dente. Sempre tive muito cuidado com a limpeza dos dentes e da boca e sou bem disciplinado na minha alimentação, não como doces e nem tomo refrigerantes.

Dados clínicos: no exame clínico verifica-se fratura do elemento dentário 21 com acometimento de esmalte, dentina e borda incisal (perda estrutura < 50%), o dente apresenta vitalidade pulpar e a cavidade foi classificada como muito profunda. No exame radiográfico não foi observada qualquer alteração da normalidade.



1. Qual o tratamento indicado para este caso?

- (a) restauração em resina composta microhíbrida
- (b) restauração em resina composta híbrida
- (c) restauração em resina composta de macropartícula
- (d) não sei
- (e) Outro: _____

2. É necessária proteção pulpar?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual a alternativa correta?

- (a) cimento de ionômero de vidro + sistema adesivo
- (b) cimento de hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro + sistema adesivo
- (c) pasta de hidróxido de cálcio em pó+ + cimento de ionômero de vidro + sistema adesivo
- (d) Outro: _____

APÊNDICE C
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO

Distrito sanitário: _____	N° _____
PSF: _____ N° _____	DATA: _____

EQUIPAMENTOS	Funcionamento	
	Adequado	Inadequado
Aparelho fotopolimerizador? ☐ Sim ☐ Não		
Amalgamador? ☐ Sim ☐ Não		
Porta-resíduos de amálgama? ☐ Sim ☐ Não		
Aparelho de Rx? ☐ Sim ☐ Não		
Avental de Chumbo? ☐ Sim ☐ Não		
Posicionador radiográfico? ☐ Sim ☐ Não		
Autoclave? ☐ Sim ☐ Não		
Estufa? ☐ Sim ☐ Não		
Câmara escura? ☐ Sim ☐ Não		
MATERIAIS		
Sistema adesivo? ☐ Sim ☐ Não		
Cimento de hidróxido de cálcio? ☐ Sim ☐ Não		
Cimento de ionômero de vidro? ☐ Sim ☐ Não		
Resina composta? ☐ Sim ☐ Não		
Tipos: ☐ microhíbrida ☐ microparticulada ☐ híbrida ☐ nanoparticulada ☐ opaca ☐ translúcida		
Amálgama em cápsula? ☐ Sim ☐ Não		
Amálgama (limalha e mercúrio)? ☐ Sim ☐ Não		
Lixa para resina? ☐ Sim ☐ Não		
Cunha de madeira? ☐ Sim ☐ Não		
Matriz metálica? ☐ Sim ☐ Não		
Tira de poliéster? ☐ Sim ☐ Não		
Discos de Lixa? ☐ Sim ☐ Não		
Microbrush? ☐ Sim ☐ Não		
Lixa para amálgama? ☐ Sim ☐ Não		
INSTRUMENTAIS		
Espátulas de resina? ☐ Sim ☐ Não		
Porta matriz? ☐ Sim ☐ Não		
Grampos? ☐ Sim ☐ Não Numeração: _____		
Pinça porta-grampo? ☐ Sim ☐ Não		
Arco de ostby / young? ☐ Sim ☐ Não		
Lençol de borracha? ☐ Sim ☐ Não		
Perfurador de lençol de borracha? ☐ Sim ☐ Não		
Afastador labial? ☐ Sim ☐ Não		

APÊNDICE D

GABARITO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Situação 1:

1. Qual o tratamento indicado para este caso?
- (a) restauração em amálgama (ACEITÁVEL).
 - (b) tratamento dos canais radiculares. (INACEITÁVEL).
 - (c) tratamento expectante. (IDEAL).
 - (d) não sei
2. É necessária proteção pulpar?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual a alternativa correta?

- (a) cimento de ionômero de vidro (INACEITÁVEL).
 - (b) cimento de hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro (ACEITÁVEL).
 - (c) pasta de hidróxido de cálcio em pó+ cimento de hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro (IDEAL).
3. Qual técnica deveria ser utilizada?
- (a) abertura coronária (INACEITÁVEL).
 - (b) amálgama adesivo (ACEITÁVEL).
 - (c) restauração provisória (IDEAL).
 - (d) não sei
4. Qual material restaurador será utilizado?
- (a) Resina Composta (INACEITÁVEL).
 - (b) Cimento de ionômero de vidro (IDEAL).
 - (c) Amálgama (ACEITÁVEL).
 - (d) não sei
-

Situação 2:

1. Qual o tratamento indicado para este caso?
- (a) dessensibilização dentinária (ACEITÁVEL).
 - (b) restauração em resina composta (IDEAL).
 - (c) tratamento dos canais radiculares (INACEITÁVEL)
 - (d) não sei
 - (e) outro: _____
2. Qual material restaurador será utilizado?

Situação 3:

1. Qual o tratamento indicado para este caso?
- (a) reparo da restauração (ACEITÁVEL).
 - (b) restauração provisória (INACEITÁVEL).
 - (c) substituição da restauração (IDEAL).
 - (d) não sei
2. É necessária proteção pulpar?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual a alternativa correta?

- (a) cimento de hidróxido de cálcio (ACEITÁVEL).
- (b) verniz cavitário (INACEITÁVEL).
- (c) cimento de ionômero de vidro (IDEAL).

3. Qual técnica deveria ser utilizada?

- (a) restauração em resina composta (ACEITÁVEL).
- (b) restauração em amálgama adesivo (IDEAL).
- (c) restauração em amálgama (INACEITÁVEL).
- (d) não sei

4. Qual material restaurador será utilizado?

- (a) sistema adesivo + Resina Composta (ACEITÁVEL).
- (b) Verniz cavitário + amálgama (INACEITÁVEL).
- (c) cimento de ionômero de vidro + Amálgama (IDEAL).
- (d) não sei

Situação 4:

1. Qual o tratamento indicado para este caso?

- (a) restauração em resina composta. (INACEITÁVEL).
- (b) restauração em amálgama. (ACEITÁVEL).
- (c) restauração em cimento de ionômero de vidro. (IDEAL).
- (d) não sei

2. Qual material restaurador será utilizado?

Situação 5:

1. Qual o tratamento indicado para este caso?

- (a) restauração em resina composta microhíbrida (IDEAL).
- (b) restauração em resina composta híbrida (ACEITÁVEL).
- (c) restauração em resina composta de macropartícula (INACEITÁVEL).
- (d) não sei

2. É necessária proteção pulpar?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual a alternativa correta?

- (a) cimento de ionômero de vidro + sistema adesivo (ACEITÁVEL).
- (b) cimento de hidróxido de cálcio + cimento de ionômero de vidro + sistema adesivo (IDEAL).
- (c) pasta de hidróxido de cálcio em pó + cimento de ionômero de vidro + sistema adesivo (INACEITÁVEL).

APÊNDICE E

PROTOCOLO CLÍNICO SUGERIDO PARA AS SITUAÇÕES PROPOSTAS

PROTOCOLO 1

Situação 1 – Tratamento expectante

Definição: Tratamento realizado em pacientes jovens que apresentam extensa lesão cariada em elemento dentário com possibilidade de exposição pulpar.

Objetivo do tratamento: promover a remineralização do tecido dentinário remanescente através da aplicação da pasta de hidróxido de cálcio

1ª Sessão

1- Exame clínico
2- Remoção do tecido cariado das paredes circundantes
3- Profilaxia com pasta de pedra-pomes + água
4- Lavar cavidade com água
5- Secar cavidade
6 – Isolamento do campo operatório
7- Proteção do complexo dentino-pulpar: a) Pasta de hidróxido de cálcio (hidróxido de cálcio Pró-análise + água destilada); b) Cimento de hidróxido de cálcio
8- Restauração provisória da cavidade com cimento de ionômero de vidro (CIV) ou cimento de óxido de zinco e eugenol (OZE).

2ª Sessão

1- Avaliação radiográfica do remanescente dentinário
2- Remoção da restauração provisória
3- Isolamento do campo operatório
4- Profilaxia com pasta de pedra-pomes + água
5- Lavar cavidade com água
6- Secar cavidade
7- Proteção do complexo dentino-pulpar: a) Cimento de hidróxido de cálcio e depois aplicação do Cimento de ionômero de vidro
8- Restauração definitiva da cavidade com resina composta ou amálgama
9 – Ajustes e acabamento inicial

PROTOCOLO 2

Situação 2 – Lesão cervical de origem não bacteriana do tipo abrasão

Definição: lesões decorrentes do desgaste do esmalte dentário através da aplicação de forças de origem mecânica na superfície dentária vestibular.

Objetivo do tratamento: promover selamento dos túbulos dentinários expostos e devolver a forma do elemento dentário.

1- Exame clínico
2- Profilaxia com pasta de pedra-pomes + água
3- Lavar superfície com água
4- Secar superfície
5- Isolamento do campo operatório
6- Proteção do complexo dentino-pulpar: • Cimento de hidróxido de cálcio (em cavidades muito profundas) • Cimento de ionômero de vidro (em cavidades profundas) • Sistema adesivo (em cavidades médias ou rasas, para restaurações em resina)
7- Para restauração em resina: a) Aplicação do ácido fosfórico a 37% por 15" em dentina e 30" em esmalte; b) Lavar e secar a cavidade com pelotas de algodão (dentina) e jato de ar (esmalte); c) Aplicação do agente de união em 2 camadas com intervalo de 20" entre elas e posterior fotopolimerização por 20". d) Inserção incremental da resina e polimerização por 20".
8 – Para restauração em cimento de ionômero de vidro: a) Aplicação do CIV
9 – Ajustes e acabamento inicial

PROTOCOLO 3

Situação 3 – Restauração em amálgama adesivo

Definição: procedimento restaurador que permite a união das propriedades positivas do amálgama à de materiais adesivos.

Objetivo do tratamento: promover união entre material restaurador e estrutura dentária.

1- Exame clínico
2- Remoção do tecido cariado ou de restauração defeituosa
3 - Isolamento do campo operatório
4- Profilaxia com pasta de pedra-pomes + água
5- Lavar cavidade com água
6- Secar cavidade
7- Proteção do complexo dentino-pulpar: • Cimento de hidróxido de cálcio (em cavidades muito profundas) • Cimento de ionômero de vidro (em cavidades profundas)
8- Aplicação do CIV (aplicar em todas as paredes da cavidade)
OBs: o CIV a ser utilizado deve ser de presa química ou dual, tendo em vista a impossibilidade de sua fotopolimerização no interior da cavidade em conjunto com o amálgama
9 - Inserção, condensação, brunidura e escultura do amálgama
Obs: o amálgama deve ser inserido na cavidade quando o CIV ainda apresentar brilho na superfície e deve ser condensado podendo haver a mistura dos dois materiais.
10 - Ajustes e acabamento inicial

PROTOCOLO 4

Situação 4 – Adequação do meio bucal

Definição: escavação em massa das superfícies cariadas e selamento provisório das cavidades, em pacientes com alta atividade de cárie.

Objetivo do tratamento: diminuir nichos bacterianos presentes em diversos sítios da cavidade bucal.

1- Exame clínico
2- Remoção do tecido cariado
6 - Isolamento do campo operatório
3- Profilaxia com pasta de pedra-pomes + água
4- Lavar cavidade com água
5- Secar cavidade
6- Proteção do complexo dentino-pulpar: • Cimento de hidróxido de cálcio (em cavidades muito profundas) • Cimento de ionômero de vidro (em cavidades profundas)
7- Selamento das cavidades com CIV ou OZE
8- Orientações de higiene oral
9- Após 30 dias verificar se houve melhora na higiene bucal para proceder à realização de restaurações definitivas

PROTOCOLO 5

Situação 5 – Restauração de dentes anteriores em resina composta

Definição: procedimento restaurador que visa à devolução da forma e função de dentes anteriores fraturados ou cariados através da utilização de um material restaurador estético, as resinas compostas.

Objetivo do tratamento: permitir ao paciente restabelecimento da estética.

1- Exame clínico
2- Profilaxia com pasta de pedra-pomes + água
3- Lavar superfície com água
4- Secar superfície
5- Escolha da cor da resina composta
5- Isolamento do campo operatório
6- Proteção do complexo dentino-pulpar: • Cimento de hidróxido de cálcio (em cavidades muito profundas) • Cimento de ionômero de vidro (em cavidades profundas) • Sistema adesivo (em cavidades médias ou rasas, para restaurações em resina)
7- Restauração em resina: e) Aplicação do ácido fosfórico a 37% por 15" em dentina e 30" em esmalte; f) Lavar e secar a cavidade com pelotas de algodão (dentina) e jato de ar (esmalte); g) Aplicação do agente de união em 2 camadas com intervalo de 20" entre elas e posterior fotopolimerização por 20". h) Inserção incremental da resina e polimerização por 20".
9 – Ajustes e acabamento inicial

ANEXOS

**NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA
- CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA -**

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- [CONSORT](#) checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- [STARD](#) checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- [MOOSE](#) checklist e fluxograma para meta-análise
- [QUOROM](#) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- [STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no

artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa / crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será *narrativo*, com até 150 palavras. Ou *estruturado*, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As

referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até 2.000 *palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver [modelo](#)). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página*.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação /Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da

Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Preparo dos manuscritos

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde

foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver [permissão expressa](#) dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem

fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os

dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções:

“Ver”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

“Alterar”: Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

“Avaliações/comentários”: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

“Reformulação”: Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e

o ano de defesa.

7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.

8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.

9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"

10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.

11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.

12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.

13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.

15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

Suplementos

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus

editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contra-capla da Revista.

Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.