

Universidade de Ribeirão Preto
Programa de Mestrado Saúde e Educação
Stricto sensu

Patricia Zanon Justiniano Zanetta

PERCEPÇÃO DO GRADUANDO DE ODONTOLOGIA DA
NECESSIDADE DE INVESTIMENTOS PARA
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL

Ribeirão Preto

2019

Patricia Zanon Justiniano Zanetta

PERCEPÇÃO DO GRADUANDO DE ODONTOLOGIA DA
NECESSIDADE DE INVESTIMENTOS PARA
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos
para obtenção do título de Mestre em Saú-
de e Educação.

Orientador: Prof.^a Elizabeth Regina Negri
Barbosa.

Ribeirão Preto

2019

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

Zanetta, Patricia Zanon Justiniano, 1974-

Z28i A percepção do graduando de odontologia, da necessidade
de investimento para Políticas Públicas em saúde bucal / Patricia
Zanon Justiniano Zanetta. - - Ribeirão Preto, 2019.
58 f.: il. color.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Regina Negri Barbosa.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2019.**

1. Educação em odontologia. 2. Odontologia em Saúde
Pública. 3. Saúde bucal. 4. Política pública I. Título.

CDD 610

PATRICIA ZANON JUSTINIANO ZANETTA

**PERCEPÇÃO DO GRADUANDO DE ODONTOLOGIA NAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

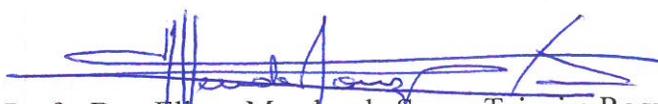
Data da defesa: 09 de agosto de 2019

Resultado: Aprovada

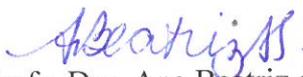
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Ana Beatriz da Silva Sousa
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, meus filhos Guilherme e João Pedro e ao meu esposo Régis, pelo apoio, carinho e compreensão durante todo esse trabalho. E a minha mãe Maria Ercilia, por sempre me incentivar a investir na minha educação e aprendizagem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que estiveram de alguma forma envolvidas nesse trabalho. Especialmente a minha família, funcionários, colegas de curso, professores e orientadores. Nada seria possível, sem o apoio e direcionamento de vocês.

RESUMO

ZANETTA,PZJ. A Percepção do graduando de odontologia da necessidade de investimentos para Políticas Públicas de Saúde Bucal. 58 p. Defesa (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto -SP, 2019.

Ao decorrer da história da saúde pública brasileira, muitos problemas foram enfrentados, entre esses os relacionados aos serviços de assistência à saúde odontológica que esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso à saúde bucal aos brasileiros sempre foi difícil e limitado, em decorrência aos reflexos do que o Brasil passou no contexto político-social ao longo dos anos. Na tentativa de ampliação da oferta do atendimento odontológico, programas e ações foram traçadas e implantadas, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias. Para o sistema ser efetivo o pilar de sustentação são os profissionais da saúde, principalmente os que estão em formação que devem ter conhecimento necessário sobre a situação pública do país e entender seus princípios para tudo funcionar conforme o esperado. Assim, o objetivo deste estudo é apresentar a visão dos alunos do último período do curso Odontologia de uma Universidade privada do interior do estado de São Paulo sobre o aprendizado na área da Saúde Bucal Coletiva e conhecer sua percepção sobre as Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil. Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, onde foram entrevistados 20 alunos do último ano de graduação do curso de Odontologia da Universidade através de roteiro elaborado para o atendimento dos objetivos do trabalho e a análise de dados foi realizada por meio do método de análise de conteúdo. A maioria dos alunos confirmaram a importância e aspectos positivos das Políticas Públicas de Saúde Bucal, mas foi observado que estes não dominam o conhecimento de como funciona o sistema, tão pouco houve interesse em perspectiva de trabalho neste ramo de saúde pública. A grande maioria dos sujeitos entrevistados, cerca de 90% tem maior interesse nas atividades clínicas tradicionais, mesmo quando pensam em sua inserção no SUS, possivelmente justificado pela grande quantidade de disciplinas na área clínica inseridas no projeto pedagógico do curso de Odontologia. Para a efetivação do SUS e bom funcionamento das Políticas Públicas de Saúde Bucal, é necessário o envolvimento do profissional da saúde no fortalecimento do controle social, para isso a odontologia deve aprofundar a discussão com elementos de aliança com a população, gestão de serviços e perspectiva da clínica ampliada ao serviço público, permitindo assim que as conquistas do SUS tragam benefícios concretos tanto para os profissionais da saúde, ao desempenhar sua função transformadora da realidade social, quanto para a população, a conquistar seus direitos constitucionais.

Palavras-chave: Educação em odontologia. Odontologia em Saúde Pública. Saúde Bucal. Política Pública.

ABSTRACT

ZANETTA,PZJ. The Perception of dentistry undergraduate swearing-in stake in the need for investments for Public Oral Health Policies. 58 p. Defense (Professional Master's degree in Health and Education), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP. 2019

Throughout the history of Brazilian public health, many problems were faced, among them those related to dental health care services that were on the margins of public health policies.

Access to oral health for Brazilians has always been difficult and limited, due to the reflections of what Brazil has gone through in the political-social context over the years. To expand the offer of dental care, programs and actions were drawn up and implemented, the strategy of directing resources and choosing priority goals was adopted. For the system to be effective the pillar of support is the health professionals, especially those in training who must have necessary knowledge about the public situation of the country and understand its principles for everything to work as expected. The objective of this study is to present the vision of the students of the last period of Dentistry of the University private inland of the state of São Paulo ,on the learning in the area of Collective Oral Health and to know their perception on Public Policies of Oral Health in Brazil. This is a descriptive exploratory study, with a qualitative approach, where 20 students from the last year of undergraduate course of Dentistry of the University were interviewed through a self-administered questionnaire and data analysis was performed by content analysis. Most of the students confirmed the importance and positive aspects of the Oral Health Public Policies, but it was observed that these do not dominate the knowledge of how the system works, so there was little interest in working in this branch of public health, the great majority, 90% are more interested in traditional clinical activities, even when they think about their insertion in the SUS, possibly justified by the great number of disciplines in the clinical area inserted in the pedagogical project of the Dentistry course. For the implementation of SUS and good functioning of Public Health Policies, it is necessary the involvement of the health professional in strengthening social control, for this dentistry should deepen the discussion with elements of alliance with the population, service management and the perspective of the extended clinic to the public service, thus allowing the achievements of the SUS to bring tangible benefits both to health professionals, while performing their transforming function of social reality, as well as to the population, to conquer their constitutional rights.

Key words: Education in dentistry. Dentistry in Public Health. Oral Health. Public policy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 História da Política Pública de saúde bucal no Brasil pág. 28
- Figura 2 Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde pág.31

LISTA DE SIGLAS

IES	Índice de Exclusão Social
SUS	Sistema Único de Saúde
CFO	Conselho Federal de Odontologia
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
PBS	Programa Brasil Sorridente
eSB	Equipes de Saúde Bucal
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
RAS	Rede de Atenção à Saúde Bucal
APS	Atenção Primária à Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
CPOD	Índice do Ataque de Carie
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PAS	Programa Anual de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 HIPÓTESE	19
1.2 JUSTIFICATIVA	199
1.3 OBJETIVO GERAL.....	22
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1. HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA.....	23
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL	25
2.3 SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL	29
2.4 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	33
3. MÉTODOS E CASUÍSTICA	34
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	34
3.2 LOCAL DO ESTUDO	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	35
3.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	35
3.4. COLETA DE DADOS	35
3.4.1 INSTRUMENTO DE COLETA.....	35
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	38
3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	39
3.8 ORÇAMENTO FINANCEIRO E CRONOGRAMA DE PE.....	39
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE I- Roteiro de entrevista.....	52
APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido	53
APÊNDICE III- PLANILHA E ORÇAMENTO.....	54
APÊNDICE IV- CRONOGRAMA.....	55
ANEXO I – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	53
ANEXO I– Autorização do departamento de odontologia	56

APRESENTAÇÃO

Desde criança, mesmo sem saber exatamente a profissão a qual me dedicaria no futuro, eu já sabia que ela não seria um agente transformador exclusivo da minha vida e sim a minha escolha impactaria além das paredes do meu negócio e sim de forma a ajudar na transformação e evolução do outro e do meio onde eu viesse a pertencer. Escolhi a carreira Odontológica e cursei a Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), onde atendíamos pacientes, na sua grande maioria, carente que não tinham condições de custear um tratamento odontológico particular. O curso nos ofereceu uma vasta vivência a fim de que tivéssemos a oportunidade de conhecer técnicas das mais variadas disciplinas e seus diferentes níveis de complexidade. Assim que me formei, fiz especialização em Saúde Pública / Administração em Serviços de Saúde e demais pós graduações em diversas especialidades. Acreditava que deveria qualificar-me para receber meus pacientes com a maior gama de conhecimento possível. Atendendo em consultório particular há 18 anos, tendo como parâmetro a relação comercial com o paciente, percebi a necessidade de me adaptar a diversas situações, para atender as demandas vindas de uma população sem recursos financeiros, para contratar os serviços odontológicos ideais para a solução de seus problemas de saúde bucal. Muitos desses pacientes, já haviam passado pelos serviços de saúde bucal do município e esbarraram na falta de acesso ou morosidade de toda engrenagem pública.

A Odontologia avança a passos largos, muito nos orgulha toda modernização, a cada dia, novos materiais e tecnologia de ponta são inseridos no mercado. Além disso, cerca de 11% dos dentistas de todo mundo se encontram no Brasil, o que torna o número de profissionais por habitantes, acima da média de qualquer outro país do mundo. Mas, infelizmente, todos esses recursos são exclusividade de uma parcela muito pequena da população, já que a grande maioria não consegue atingir esse patamar de consumo, apresentando um quadro em que, pelo menos, 40% da população entre 15 e 19 anos já apresentam alguma perda dentária. Mais de 40 milhões de brasileiros já perderam todos os dentes. A informação é da última pesquisa sobre saúde bucal realizada pelo Ministério da Saúde (MS) 1986. O trabalho aponta, ainda, que 58% dos brasileiros não usam escova de dentes e um terço da população nunca fez tratamento dentário.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2016 cerca de 20% da população nacional nunca teve acesso a qualquer tipo de tratamento odontológico. Os problemas mais comuns, no que tange à saúde bucal dos brasileiros, são as cáries e doenças periodontais, que se não forem tratadas evoluem para níveis mais elevados de comprometimento da saúde bucal e possíveis perdas dentais.

O país que possui um dos maiores Sistemas de Inclusão Social em Saúde do mundo é capaz de ser um dos mais injustos quando se leva em consideração o acesso da população a especialidades de saúde bucal. Por falta de políticas públicas ou mesmo a falta de atuação eficaz das políticas já existentes. Pensando nisso, acabei me interessando em conhecer o que os futuros profissionais da odontologia, que poderão se tornar clínicos, seguirem carreira acadêmica ou gestores públicos, pensam em relação à necessidade de se investir em atendimentos de especialidades e mudar esse quadro de exclusão em saúde bucal no Brasil.

Há de se trabalhar muito, para que a odontologia brasileira deixe de viver a ambiguidade de ser um dos mercados odontológicos que mais prosperam e faturam no mundo e, ao mesmo tempo, estar inserida em um país com elevados índices de perdas dentais.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos maiores desafios para a saúde pública é a desigualdade em saúde, é bem descrito e explorado na literatura as diferenças dos indicadores de morbidade e mortalidade nos diferentes grupos socioeconômicos, raciais e de gênero, principalmente em um país com mais de 200 milhões de habitantes e com uma vasta diversidade territorial como o Brasil, torna-se indispensável incentivar práticas para fortalecer ações com a finalidade de inclusão social. A desigualdade na saúde é consequência dos fatores de risco e proteção incidirem de modo desigual entre os estratos sociais, levando a efeitos que atingem a população de modo heterogêneo, sendo necessária uma maior atenção à política de saúde que exerce efeito global na saúde coletiva (MINISÉRIO DA SAÚDE, 2018; ABREU E BARBOSA, 2009).

As desigualdades sociais exercem substanciais influencia sobre a saúde, em 2002 foi criado o índice de exclusão social (IES) através de dados do censo demográfico, com o objetivo de possibilitar o reconhecimento do grau de desigualdade social existente nas diferentes regiões do país e apoiar à inserção de política voltada à inclusão social. Este índice apresentou que 41.65% dos municípios brasileiros apresentam resultados preocupantes de exclusão social, mostrando uma desigualdade de renda extremamente elevada, como exemplo, as regiões do norte e nordeste são marcadas pela pobreza e fome que atinge as famílias, apresentando uma população menos instruída, já nas regiões do centro-sul, caracteriza-se por uma população de maior escolarização e instrução social, ainda sim, não estão livres da exclusão social que é encontrada em diferentes formas. Estudos apontam que o problema da exclusão social afeta grande parte da população brasileira e o governo no intuito de inserir esse grupo de indivíduos promovem programas, projetos e ações sociais (ABREU E BARBOSA, 2009; PERES et al, 2012).

O Brasil é o único país a propor e inserir um sistema universal de saúde com o objetivo de garantir a gratuidade em todos os níveis de atenção à saúde para toda a população, este programa é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), a maior política de inclusão social já inserida, um sistema universal que reconhece a saúde como um direito de todos e garantido constitucionalmente. Este sistema fornece acesso universal em todos os níveis de assistência à saúde, sendo a integralidade dos serviços prestados um princípio fundamental do sistema, e baseia-se no conceito que em todos os níveis de saúde o tratamento deve estar disponível, para que um indivíduo possa alcançar um bem – estar efetivo, concentrando-se em atendimento primário com a promoção da saúde e prevenção de doenças, secundário, quando necessário, através de encaminhamento para centros especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; JUNIOR et al, 2015; GOMES et al, 2019).

Incluído neste sistema estão às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que busca contemplar o estabelecido pela Constituição Federal do Brasil (capítulo II, seção II artigo 196): “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (MINISÉRIO DA SAÚDE, 2018; JÚNIOR et al, 2015; ANTUNES E NARVAI, 2010). Como principio constitucional da universalização e das ações e serviços de saúde, inclusive de saúde bucal, nas últimas décadas, duas importantes intervenções em saúde bucal foram fortemente expan-

didadas em todo País, sendo estes a fluoração da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS (PERES et al, 2012; BRASIL, 2018).

Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), o Brasil tem o maior número de dentistas no mundo, são mais de 240 mil profissionais distribuídos em todo território nacional. Apesar disso, o suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD, 1998) mostrou que um terço dos indivíduos havia consultado dentista em um ano e que 18,7% nunca realizaram qualquer consulta odontológica, sendo que a proporção deste último grupo foi de 16 vezes maior entre os 20% com renda menor comparado aos 20% de alta renda, com o passar dos anos houve uma melhora neste índice, mas ainda sim 11,7% dos entrevistados se mantiveram sem receber atendimento odontológico (PERES et al, 2012).

Esses números podem ser consequências do financiamento do SUS para os atendimentos odontológicos que eram de apenas 24,2%, uma proporção bem menor quando comparado com os outros serviços de saúde não odontológicos que possuíam o financiamento de 52,4% no serviço público. Apesar dessa comparação, houve um progresso da incorporação de saúde bucal no sistema, reconhecendo a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e saúde de todos. O serviço odontológico não se restringe apenas ao atendimento clínico, ele também promove a saúde bucal, realizando atuação na comunidade, levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e educação em saúde (PERES et al, 2012).

Para isso, o ministério da saúde investiu no contrato de dentistas e recursos destinados a saúde bucal, onde mais de um terço (37,1%) dos dentistas habilitados pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) para o exercício profissional tinham vínculo empregatício com o serviço público. Com o objetivo da ampliação da oferta de atendimento odontológico, a primeira mudança proposta foi o atendimento de crianças, gestantes e urgências odontológicas nas unidades básicas de saúde (UBS), com incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família no ano de 2000 e o Brasil Sorridente em 2004 (ANTUNES E NARVAI, 2010).

Com a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi possível conquistar uma postura mais ativa na atenção primária em saúde bucal, o resultado do ultimo levantamento epidemiológico nacional mostrou mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais, onde o Brasil teve posição entre os países com baixa prevalência de carie e, além disso, através do Programa Brasil Sorridente (PBS) as ofertas por atendimentos endodônticos, de

radiologia odontológica e protéticos aumentaram. O PBS foi criado em 2004 com o objetivo de superar as desigualdades, visando garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros, onde sua meta é a reorganização da prática e qualificação das ações e serviços oferecidos, com ações voltadas para os cidadãos de todas as faixas etárias e como pilar o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2014; BRASIL, 2004; PUCCA et al, 2009).

Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil Sorridente atualmente promoveu 25.391 equipes de saúde bucal no país (467% de aumento desde o início do programa), 5.013 municípios com o Brasil Sorridente (antes este número era de 2.300) e 79,1 milhões de pessoas cobertas pelo programa, 78 mil escolas com a participação no programa, 18 milhões de alunos são atendidos, 267 unidades móveis foram entregues em áreas de difícil acesso (indígenas, quilombolas e áreas definidas pelo Brasil sem Miséria), 7 milhões de pessoas passaram a ter acesso a água tratada e fluoretada, com 600 novos sistemas de fluoretação de água em todo país (BRASIL, 2014).

O PBS atua na atenção básica, através da ESF por meio de 41.025 equipes de Saúde Bucal (eSB) em 5.451 municípios brasileiros, e na atenção especializada em saúde bucal atua através da implantação de 1.102 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todos os Estados, 1.843 laboratórios de prótese em 26 estados, oferecendo diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia, cirurgia odontológica e endodontia, , adição de flúor nas estações de tratamento de águas e abastecimento público e a vigilância em saúde bucal (BRASIL, 2014; BRASIL, 2004; PUCCA et al, 2009). Como resultado da implantação do programa, 2.971.758 próteses dentárias foram entregues, 48.874 aparelhos ortodônticos foram instalados, 58.335 implantes foram realizados e 30.000 pacientes com deficiência foram atendidos. Desde seu lançamento, além da expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, foi possível com a implementação de uma rede assistencial reorientar o modelo através da articulação de três níveis de atenção e ações multidisciplinares intersetoriais (BRASIL, 2014).

Os profissionais do serviço público de saúde e pesquisadores de universidades viram a necessidade de produzir novas fontes de consulta para contribuir com a nova organização de serviços de saúde do SUS, a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RAS), como o livro A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) com a união do Caderno de Atenção Básica número 17 de Saúde Bucal (2006) e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2008), seguido de

atualizações. O principal objetivo da RAS é promover atenção integral de qualidade e resolutiva, atendendo as reais necessidades da população, para isso é necessária a ajuda da Atenção Primária em Saúde (APS), que tem como enfoque o acesso; acolhimento; planejamento e organização do processo de trabalho; grupo de acesso e classificação das necessidades à saúde bucal. Através desse programa, há ações de saúde bucal nas unidades básicas de saúde, que possibilita resolutividade nesta atenção primária com a ortodontia preventiva e intraceptativa (BRASIL, 2014).

Em 2010 foi criada pelo Ministério da Saúde a UNA-SUS, que é a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde. Atualmente composto por três elementos, a rede colaborativa de instituições de ensino superior, o acervo de recursos educacionais em Saúde (ARES) e a Plataforma Arouca, todos os cursos são inteiramente gratuitos na modalidade de educação à distância. E em 2014 foi instalado o GraduaCEO- Brasil Sorridente, um membro da Política Nacional de Saúde Bucal, que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS), este constitui de uma série de ações e serviços de saúde bucal desenvolvidos e prestados pelas Instituições de Ensino Superior (IES) com curso de graduação em odontologia. Com o objetivo de ampliar a oferta e o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal no SUS, qualificar os serviços de saúde bucal por meio da incorporação das clínicas odontológicas das IES com curso de graduação em odontologia na RAS e melhorar a qualidade e resolutividade da atenção à saúde bucal prestada à população (BRASIL, 2014).

Estudos epidemiológicos são realizados para verificar a eficácia e resultado de todos esses investimentos na evolução da saúde bucal, quando observados os números do CPOD (índice do ataque de carie) e principalmente na composição entre os componentes, há uma mudança significativa no decorrer dos anos, em 1982 o valor do componente cariado era de 58,2% do índice, em 2002 ele caiu para 32,1%, neste objetivo, foi realizado em 2015 um levantamento epidemiológico no estado de São Paulo, chamado “SB/São Paulo”, onde 17.560 pessoas foram examinadas em 163 municípios. Neste levantamento 3 grupos etários foram examinados, idades de 15 a 19 anos, 35 a 65 anos e 65 anos ou mais, no primeiro grupo o CPOD, médio do estado foi de 3,57, sendo 1,25 componentes cariados, 0,21 obturado e cariado e 0,15 extraídos e 1,96 obturados. Na segunda faixa etária obteve-se um CPOD médio de 15,84 sendo 1,53 componentes cariados, 0,54 obturado e cariado, 6,30 extraídos e 7,46 obturados. Por fim, no último grupo o CPOD médio foi de 28,22 sendo 0,59 componentes caria-

dos, 0,18 obturado e cariado, 25,87 extraído e 1,57 obturados. ¹¹ Estes estudos epidemiológicos comprovam o declínio da experiência de carie dentária entre a população, principalmente nas crianças (JUNQUEIRA et al, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Essa situação, exemplificada pelo estado de São Paulo, pode ser explicada pela aplicação de métodos de prevenção instalados pelos programas de atenção à saúde bucal, já é comprovado que o melhor método para controle saúde-doença é a prevenção, e os municípios com contribuição destes programas estão apostando e investindo neste método. Em Ribeirão Preto, cidade situada no interior de São Paulo, é um desses municípios, o acesso aos serviços de saúde de média complexidade, ambulatorial e hospitalar em odontologia no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde, Unidades da Saúde da Família e Serviços / Unidades de Pronto Atendimento. O fluxo de atendimentos nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) ocorre da seguinte forma, na Unidade de Saúde o cirurgião dentista solicita o encaminhamento para a especialidade, baseado no protocolo existente, registra as informações necessárias para análise do Complexo Regulador na Central de Regulação Odontológica, que após a análise realiza o agendamento, para o sistema funcional com qualidade são necessários profissionais capacitados para o serviço (JUNQUEIRA et al, 2004).

Com o aumento da procura e oferta em todos os níveis de atenção, há como consequência um aumento na contratação de dentistas na rede pública e oportunidades de trabalho, a saúde teve efeitos corporativos para o exercício do profissional da odontologia. Neste contexto, a formação destes profissionais é de extrema importância para o país, principalmente com o foco de identificar os fatores de risco na população e atuar no processo saúde-doença atuando de forma preventiva. Com este intuito, no Brasil, foram estabelecidas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em odontologia, buscando consolidar a formação de profissionais capazes de atuar tanto na saúde individual quanto coletiva, que tenha a capacidade de atuar com outros profissionais da saúde, mantendo a sensibilidade social e a capacidade de tomar decisões, planejar e administrar serviços de saúde, a fim de aproximar o aluno das atividades práticas no mercado de trabalho (MARTIN et al, 2018).

Mas, para o sistema funcionar de forma eficaz, o principal mentor é o profissional da saúde, que deve estar capacitado para chegar ao objetivo proposto, para isso é necessário que em sua formação acadêmica receba conteúdos e vivências que o direcionem para ter um posicionamento humano e não apenas teórico. De acordo com Costa e Lionço (2006), é necessário permitir a escuta para a identificação da existência de diversas situações de exclusão, não

apenas as decorrentes de classe social, devendo levar em consideração a questão cultural, a territorialidade, a etnia, o gênero, a orientação sexual, a subjetividade e os demais aspectos de pessoas ou grupos em situação de exclusão de bens e serviços públicos (COSTA e LIONÇO, 2006; DONNELL, 2007).

Além dessa expansão de serviço na odontologia, como consequência houve também na educação, as últimas décadas foram marcadas pela ampla expansão de universidades brasileiras. Existem em torno de 296 instituições de educação superior pública e 2.152 privadas em todo território nacional, entre as públicas 41,9% são estaduais, 36,8% federais e 21,3% municipais. Quase 3/5 das federais são universidades e 36,7% são institutos de educação, ciência e tecnologia. Sendo que existem cerca de 220 universidades com o curso de odontologia existentes no Brasil, atualmente com predominância no ensino privado, a maioria está concentrada no estado de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, segundo os dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO) (MARTIN et al, 2018).

Para a formação de profissionais capacitados, é de extrema importância verificar se o sistema de educação e os alunos estão cientes com a importância da evolução do atendimento e na atenção à saúde bucal, principalmente para incentivar as políticas públicas e privadas a oferecer atendimentos especializados de forma gratuita à população mais carente. Este estudo foi realizado com este objetivo, pois é possível que os alunos desconheçam a importância desta necessidade, e é necessário dados que comprovem isto para futuramente serem realizadas intervenções com o objetivo de alterar esta realidade.

1.1 HIPÓTESE

O aluno do último ano de odontologia da instituição privada pesquisada, desconhece a necessidade de incentivos à políticas públicas e privadas que ofereçam atendimento especializado a população de baixa renda de maneira gratuita.

1.2 JUSTIFICATIVA

Quando falamos da Odontologia, são claras e evidentes as maravilhas da evolução técnica e científica que geraram todos os avanços e transformações ocorridas no passar de todos

esses anos desde a Idade Antiga, primórdios de intervenções odontológicas. O Brasil é um dos países com maior concentração de profissionais por número de habitantes e apesar de todos esses avanços a cárie é uma doença que atinge a nossa população de forma precoce, levando a perdas dentárias antes mesmo da vida adulta.

A prática odontológica no Brasil esteve voltada para o setor privado. O setor público, até os anos 1950 limitou-se à regulação da prática profissional, em seguida evoluiu passando a oferecer assistência odontológica apenas para os escolares, enquanto o restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. A população brasileira esteve desassistida durante muitos anos no que se refere às ações e aos serviços públicos odontológicos.

Durante muitos anos a odontologia se restringiu a reparar e a mutilar, muitas pessoas perderam seus dentes devido a falta de uma cultura conservadora, ainda nos dias atuais vivemos os reflexos e consequências dessa época, sendo um país com alto índice de desdentados parciais ou totais e um descaso com o investimento de políticas que reabilitem e/ou evitem que ocorram ainda mais perdas dentárias, os investimentos acontecem em maior escala em programas de promoção de saúde na odontologia, onde políticas de prevenção são adotadas na tentativa de sensibilizar uma população na sua grande maioria carente e sem acesso a educação.

A perda dentária vai muito além da questão funcional, onde trata-se que a principal função do dente seria a mastigação e trituração dos alimentos, os dentes tem um papel muito importante que vão além da sua função mastigatória, eles são importantes em todo desenvolvimento das estruturas ósseas faciais, por serem os recebedores e distribuidores das forças mastigatórias, é na boca e com a ajuda dos dentes que também se inicia a primeira fase da digestão dos alimentos, a sustentação e fortalecimento dos músculos faciais e bucais que atuam na fonação, deglutição e respiração. Além é claro do fator estético que influencia a autoestima e comportamento socio ambiental de qualquer ser humano, interferindo na forma que ele irá se posicionar e estabelecer relações interpessoais.

Em 1998, foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), demonstrando que 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao cirurgião-dentista, ou seja, 19,5% da população³. A partir desses resultados, somados a um conjunto de determinantes, gerou-se um forte impulso, em 2004,

para a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que tem como meta ampliar e melhorar a saúde bucal da população brasileira.

Visto que a maioria dos serviços e atendimentos em saúde no Brasil são feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou por instituições moldadas a ele, espera-se que estes serviços absorvam o grande número ou pelo menos a maioria dos casos onde o atendimento seja feito por algum especialista.

Dentre as principais alterações bucais encontradas nos idosos estão as perdas dentárias e o edentulismo (perda total dos dentes). A perda dental severa afeta 2,3% da população mundial, sendo também marcadora da desigualdade social. As perdas dentárias causam prejuízo na mastigação, na digestão, na fonação e na estética, o que favorece o desenvolvimento de distúrbios psicológicos e causa impacto negativo na qualidade de vida. Além disso, estudos apontam relação entre perda dentária e obesidade, déficit nutricional, hipertensão, disfunção cognitiva e maior risco de mortalidade. Portanto, devido às altas prevalências, acrescido ao dano causado para os indivíduos e o elevado custo para o tratamento, as perdas dentárias são consideradas um problema de saúde pública, com maior ocorrência nas parcelas mais desfavorecidas socialmente da população. O uso de prótese dentária é indicado para a recuperação da capacidade mastigatória, para a melhora do aspecto estético e de fonação dos indivíduos acometidos pela perda dental, impactando na qualidade de vida dos mesmos.

As políticas públicas consistentes de saúde bucal no Brasil são consideradas recentes, ainda quando se analisa o histórico acumulado de perdas dentárias e em faixa etária ampliada, em que a demanda de necessidades de resolutividade dos problemas bucais e a falta de oferta de serviços públicos. Além disso, no passado, o exercício profissional em Odontologia era pouco conservador, e por muito tempo a extração foi considerada a resolução mais viável para eliminação de dor dentária.

Segundo estudos do Ministério de Saúde 2017 (MS), adultos jovens apresentaram menor severidade das condições clínicas de saúde bucal para experiência de cárie e doença periodontal, enquanto os mais velhos apresentaram maior uso e necessidade de prótese dentária. Sendo a dor a principal motivação de escolha pela extração dentária nos adultos estudados, sendo agravada na maioria dos casos pela inexistência de outra opção de tratamento no momento da busca pelo atendimento odontológico.

A atenção secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde pode ser realizada em diversas instituições públicas e privadas. Os CEO são estabelecimentos públicos de saúde, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. São preparados para oferecer à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase em detectar câncer de boca, nos serviços de periodontia especializada, nos de cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros e nos de endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar a percepção dos alunos (as) do último ano do curso de odontologia sobre políticas públicas em saúde bucal e o atendimento à população de baixa renda.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o entendimento dos alunos de odontologia sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) principalmente em relação à saúde bucal.
- Identificar o conhecimento dos alunos de odontologia sobre os níveis de atendimento em saúde.
- Identificar se os alunos do último ano de odontologia de uma faculdade particular de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, consideram importante incentivar políticas públicas e privadas que ofereçam atendimentos especializados a população de baixa renda.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A trajetória histórica da odontologia no Brasil é marcada por várias transformações, desde a concepção na prática da odontologia como a arte de cuidar dos dentes, até a conquista da autonomia nos diversos programas atualmente instalados.

Nesse capítulo apresenta-se a revisão de literatura que contempla as temáticas: História da odontologia, políticas públicas em saúde bucal, serviços em saúde bucal e centros de especialidades odontológicas.

2.1 HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA

A odontologia, como as demais áreas da ciência da saúde, passou por várias etapas em sua trajetória, iniciando com o empirismo na idade antiga, passando pelo pré-cientificismo nos séculos XVI e XVII, até o surgimento de escolas especializadas na prática odontológica, iniciando a fase científica (PEREIRA, 2012).

Na idade antiga, a odontologia era praticada em diversas civilizações, fato confirmado em achados arqueológicos, no Brasil colonial não havia um profissional que realizasse tratamentos odontológicos, como já havia na metrópole portuguesa e nos outros países da Europa. Os primeiros terapeutas dentais eram médicos, mas já na idade média os cirurgiões-barbeiros europeus se especializavam no tratamento de dentes, mas estes profissionais trabalhavam à custa de tentativas e erros e também por observações e seus tratamentos terapêuticos e diagnósticos eram baseados em rituais mágicos e religiosos, no Brasil a situação era mais complicada, os acometidos por doenças dentárias procuravam sozinhos ações contra dor de dentes, buscavam diversas formas para tratar a patologia, sendo o cuidado feito por benzedura, rezas e uso de medicamentos à guisa de óleo de cravo, láudano, cânfora, pólvora, teias de aranha, entre outros (PEREIRA, 2012; PIERRE, 1728).

Durante o período pré-científico, a Europa é dada como o berço da prática odontológica, surgindo neste local os primeiros escritos sobre esta ciência. Acredita-se que a primeira citação sobre o assunto se refere a Esculápio, mencionado por Homero como sendo um hábil cirurgião, e após isso, apenas em XVIII houve a realização de um tratado sobre a odontologia (STARLING, 2007).

Mesmo com a dificuldade enfrentada pela falta de recurso a estudos, a prevenção já era realizada através da recomendação da higiene bucal como fator principal de manutenção da saúde oral. No Brasil, o primeiro relato de intervenção dentária foi em Hans Staden, que em 1549 foi capturado pelos índios tupinambás onde sofreu “fortes dores no dente”, assim, um índio trouxe um instrumento de madeira com o qual pretendi extrair o dente doente, mas o mesmo não autorizou a realização do procedimento (PEREIRA, 2012; STARLING, 2007).

Os primeiros cirurgiões dentistas eram médicos, foi a partir daí que surgiram os primeiros dentistas barbeiros. Em seguida, no período conhecido por período científico da odontologia houve um desenvolvimento das escolas especializadas na prática dental, sendo que a primeira escola de odontologia no mundo foi em 1840, nos Estados Unidos, na cidade de Baltimore, Estado de Marilândia (Baltimore College of Dental Surgery) (PEREIRA, 2012; cunha, 1931).

O exercício da odontologia no Brasil apenas foi regularizado em 09 de novembro de 1629 com a carta régia de Portugal, a partir desta data, todos os dentistas barbeiros teriam que passar por um exame de habilidade e provar que realmente entendiam do assunto. Quando a família real portuguesa já se instalara no Brasil, D. João VI nomeou o cirurgião-mor do exército José Correia Picanço para controlar o exercício das funções realizadas pelos sangradores, parteiras e outros. A partir de então chegaram ao Brasil outros dentistas franceses, trazendo o que havia de mais atual na odontologia mundial, e após começaram a chegar dentistas dos Estados Unidos que aos poucos suplantaram os franceses (PEREIRA, 2012; STARLING, 2007).

Em 1813 foram fundadas as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, no mesmo ano dia 1º de abril através do projeto de Manuel Luís Alvares de Carvalho, instalou-se a Academia Médico-Cirúrgica no Rio de Janeiro, mas apenas em 29 de setembro de 1826 foi autorizada a emissão de diplomas e certificados para os médicos que realizavam o curso no Brasil. No dia 25 de outubro de 1840 foi criado no Brasil o primeiro curso de odontologia, com o título de conclusão de cirurgião dentista, com duração de três anos, ligado à faculdade de Medicina do Rio de Janeiro-RJ. Percebe-se o desenvolvimento do estudo odontológico no Brasil ao longo do século XVIII, tornando possível a listagem das mais comuns doenças dentárias como o abalo, escurecimento, tártaro, efeitos do escorbuto e os inchaços provenientes das extrações. Levando a buscarem aperfeiçoamento nas técnicas para torna-las menos doloridas, com isso vieram as primeiras anestésias em 1847, por meio da inalação de éter e em 1848 o uso do clorofórmio (PEREIRA, 2012).

Em 25 de outubro de 1884 (dia nacional do cirurgião-dentista) a Odontologia foi reconhecida como curso superior, através do decreto 9.311, o curso funcionava de forma anexa ao de Medicina, tendo como docentes médicos e alguns dentistas, não havendo preparação prática, definiram-se da seguinte forma a preparação pedagógica durante três anos: No primeiro ano, física elementar, química mineral e elementar, anatomia descritiva e topografia da face;

No segundo ano, histologia dentária, fisiologia dentária, patologia dentária e higiene da boca; E finalmente no terceiro ano constaria uma única disciplina, a terapêutica dentária. Em 1891 através da reforma educacional Benjamin Constant, o curso foi reduzido para apenas dois anos e em 1911, por decreto promulgado pelo então presidente Epitácio Pessoa, o curso de odontologia separou da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro - RJ, e em 1947 o curso passou a ter quatro anos, formando sua primeira turma em 1951. Apesar das grandes mudanças na área esse é o modelo estrutural que mais se parece com a atualidade (PEREIRA, 2012).

Nos últimos 30 anos com o aparecimento de novas doenças e suas formas de transmissão, como por exemplo, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), e a disseminação da tecnologia, houve uma transformação radical em tudo que se pensava ou fazia em saúde bucal. Passou-se a olhar o paciente de forma sistêmica, correlacionando à cavidade oral com todo o organismo. A nova era tecnológica trouxe a facilidade em realizar diagnósticos mais precisos e produção de materiais altamente qualificados e em larga escala pela indústria odontológica, facilitando o desenvolvimento de uma prática eficaz, segura e mais acessível a todos (PEREIRA, 2012).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE BUCAL

A política pública é um conjunto de ações de poder público que faz parte de um conjunto de regras e procedimentos que auxiliam nas relações entre o poder governamental e a sociedade. Com o objetivo de solucionar problemas da coletividade, através de documentos que orientam ações que abrangem a aplicação de recursos públicos nos diferentes setores, como a área da saúde, educação e assistência social, que devem estar integrados, mas isto algumas vezes não acaba ocorrendo, pois cada setor fica responsável por sua parte, o que gera uma competição interburocrática (SPEZZIA et al, 2015; TEIXEIRA, 2014).

Socialmente, a inclusão representa um ato de igualdade entre os diferentes indivíduos que habitam determinada sociedade. Assim, esta ação permite que todos tenham o direito de integrar e participar das várias dimensões de seu ambiente, sem sofrer qualquer tipo de discriminação e preconceito. Inclusão é o ato de incluir e acrescentar, ou seja, adicionar coisas ou pessoas em grupos e núcleos que antes não faziam parte. Um dos direitos aos quais incluem o cidadão de forma mais integral possível é a inclusão a saúde.

Na saúde, o Brasil conta com uma das maiores Políticas de Inclusão Social, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual possui umas das estruturas jurídicas e orga-

nizacionais mais avançadas do mundo e representa uma conquista da sociedade brasileira para uma vida mais digna. Por outro lado, ele, também, possui um perfil de exclusão, principalmente, quando pensamos nas diversidades territoriais e nos protocolos de regulação para ter-se acesso a esses serviços.

Constitucionalmente o direito à saúde é garantido à todo cidadão brasileiro através do artigo Art. 196. Que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Portanto, conclui-se que o termo “inclusão social” é muito amplo e pode ser utilizado em diferentes contextos, todavia, possui um único objetivo: igualdade de direitos os quais visa a oportunidades para todos. O índice de Exclusão Social – IES- foi criado em 2002 a partir de dados do censo demográfico de 2002, com os objetivos de possibilitar o reconhecimento do grau de desigualdade social existente nas diferentes regiões do país e de apoiar a implementação de políticas voltadas a inclusão social. “ O Índice de Exclusão Social é uma síntese de sete indicadores (e mostra que 41,65% dos municípios brasileiros apresentam resultados preocupantes da exclusão social, uma realidade marcada pela pobreza e pela fome que atinge famílias extensas , jovens, população pouco instruída e sem experiência assalariada formal, quase todas localizadas nas regiões Norte e Nordeste, podendo ser observada a “velha” exclusão social. No entanto, as regiões Centro-Sul não ficam fora dessa realidade, que se faz presente até mesmo nos grandes municípios brasileiros , porém de forma diferenciada, pois nessas regiões a maior parte das famílias são pouco numerosas , com quantidade reduzida de crianças e jovens, pessoas relativamente escolarizadas e que tem experiência de assalariamento formal” (ABREU, Yolanda Vieira de.)

Esses estudos apontam que o problema da "exclusão social" ainda afeta grande parte da população brasileira, de forma que o governo, com o intuito de inserir a população excluída, promove programas, projetos e ações que indicam um movimento de transformações positivas. Temos uma desigualdade de renda extremamente elevada, de modo que 1% da população brasileira mais rica detém o equivalente de renda total que a dos 50% mais pobres. Verifica-se, por meio destes dados que o Brasil não é um país pobre, mas um país injusto e desigual, com uma elevada concentração de renda, além de iniquidades de inclusão econômica e social.

O profissional de saúde precisa receber em sua formação conteúdos e vivências que o direcionem para ter um posicionamento humano e não puramente laboral e especialista. É preciso “iluminar mais o cenário do cotidiano das pessoas e coletividades, buscando escutar e reconhecer as situações de iniquidades”. (Costa e Lionço 2006). Estes mesmos autores ainda sugerem que se vá além da condição socioeconômica vulnerável, permitindo a escuta e a identificação da existência de situações de exclusão, relacionadas às diferentes condições, não apenas aquelas injustiças decorrentes de classe social. Deve-se levar em consideração a questão cultural, a territorialidade, a etnia, o gênero, a orientação sexual, a subjetividade e os demais aspectos de pessoas ou grupos em situação de exclusão de bens e serviços públicos.

Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), o Brasil tem o maior número de dentistas no mundo, são mais de 240 mil profissionais distribuídos em todo território nacional. Em termos de mercado, o dental brasileiro é o terceiro do mundo, atrás apenas dos EUA e China. Apesar de números aparentemente animadores, o quadro de desigualdade e injustiça social impede as pessoas de baixa renda usufruam desse mercado pungente.

No Brasil existem 220 faculdades distribuídas em todo território nacional, com predominância do ensino privado. Os Estados com maior número de cursos, respectivamente, são: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Já, os Estados com menor concentração de faculdades são: Acre, Roraima, Amapá e Sergipe segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO).

Na região Norte em particular só existem faculdades privadas. No Brasil como um todo contamos com 165 faculdades privadas, 28 federais, 19 estaduais e 8 municipais. Dentre estas, temos Sudeste (96), Nordeste (43), Sul (40), Norte (22) e Centro-Oeste (19).

A maior concentração de Cirurgiões-dentistas por regiões, em ordem decrescente, encontra-se nas Regiões Sudeste (151.098), Sul (45.806), Nordeste (43.069), Centro-Oeste (24.387) e Norte (14.034). Quando se analisa a relação de número de profissionais por número de habitantes, nos deparamos com o seguinte quadro: Sudeste (567 hab./CD), Centro-Oeste (633 hab./CD), Sul (638 hab./CD), Norte (1.245 hab./CD) e Nordeste (1.313 hab./CD).

Como pudemos observar através dos dados apresentados acima, a desigualdade já pode ser vista na distribuição geográfica dos profissionais e conseqüentemente da disponibilidade e acesso aos serviços.

Faremos nosso estudo em uma Faculdade privada de Odontologia, situada em uma das cidades mais ricas do sudeste brasileiro, no Município de Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo, para avaliarmos se esse profissional de Odontologia, um dos mais privilegiados do país, tanto na qualidade da sua formação acadêmica, quanto no acesso da população aos seus serviços.

Os dados relacionados aos Índices de Saúde Bucal no Brasil são muitos deficientes e insatisfatórios e as Políticas de Inclusão Social, segmentadas em grupos sociais específicos, não tratando o assunto com a transversalidade buscada neste estudo. Portanto, a deficiência desses dados nos produz indícios da falta de programas atuantes e eficazes de saúde bucal para os brasileiros.

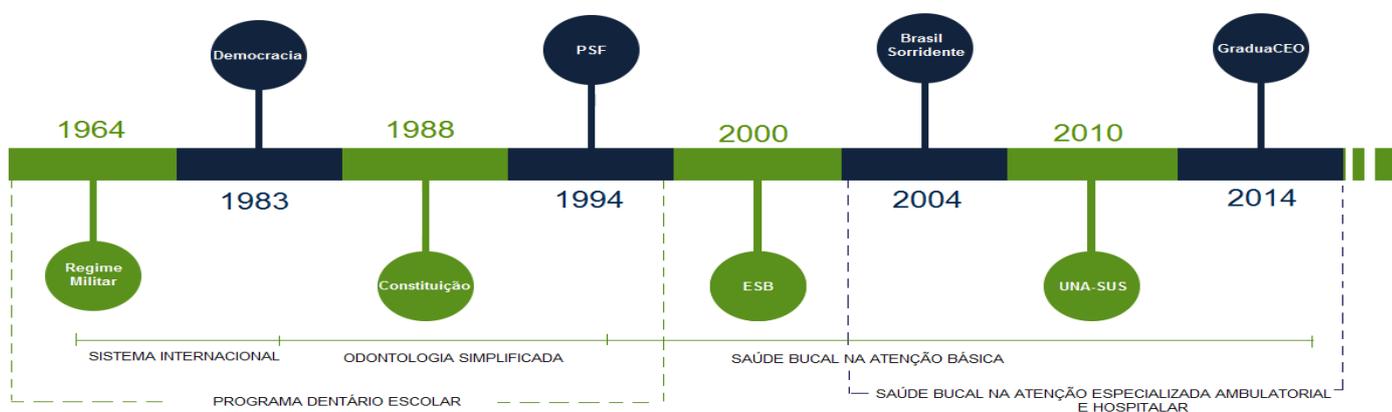
O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito.

Ao decorrer da história da saúde pública brasileira, muitos problemas foram enfrentados, entre esses os relacionados aos serviços de assistência a saúde odontológica que esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso à saúde bucal aos brasileiros sempre foi difícil e limitado, em decorrência aos reflexos do que o Brasil passou no contexto político-social ao longo dos anos. O serviço público odontológico focou suas ações em escolares de 6 a 12 anos e em gestantes, onde os adultos e idosos ficaram deficientes desta atenção, tendo acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, que pela demora do atendimento a solução em sua grande maioria era a exodontia. Houve uma necessidade de expandir o atendimento público além do habitual grupo materno-infantil, mas isto se tornou uma dificuldade para a rede em saúde, pois os meios destinados para esta finalidade são insuficientes para atender prontamente todas as necessidades da população. Segundo um levantamento Nacional de Saúde Bucal realizado pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam passado por atendimento odontológico, 20% da população brasileira já havia extraído os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular à escovação dos dentes (SPEZZIA et al, 2015; BARROS e BERTOLDI, 2002; COSTA et al, 2006; BRASIL, 2004).

Para ampliar o atendimento odontológico, programas e ações foram traçadas e implantadas, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias, como atendimentos de crianças e gestantes em caráter de urgência odontológica nas Unidades Básicas de

Saúde (UBS), implementação da equipe da saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família (ESF), estabelecimento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como mostra na figura 1 (FRAZÃO e NARVAI, 2009).

Figura 1. História da Política Pública de saúde bucal no Brasil



Fonte: Adaptado de VASCONCELOS; FRATUCCI, 2014.

2.3 SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL

Atualmente o planejamento do setor de saúde adquire mais importância devido ao fato da crescente descentralização na gestão pública de saúde. A institucionalização da prática do planejamento deve ser instalada desde o nível local (consultórios odontológicos) até o nível federal (Coordenação Nacional de Saúde Bucal). O planejamento em saúde está na Lei de número 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com a evolução do SUS muitos são os documentos editados com o objetivo de regulamentar as ações sobre o tema e aperfeiçoar cada vez mais o sistema (BRASIL, 2018).

Existem três instrumentos para o planejamento no SUS, o Plano de Saúde, as Programações Anuais e o Relatório de Gestão, interligando-se sequencialmente eles compõem o processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada solidária e sistêmica do SUS.

O Plano de Saúde tem enfoque não questões prioritárias de saúde da população, tendo como base a prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde, podendo ter atuação no âmbito nacional, estadual ou municipal. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, e seu objetivo é anualizar as metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Por fim, o Relatório de Gestão, é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, podendo este ser quadrimestral ou anual (BRASIL, 2018).

É dessa forma que o sistema define as prioridades da população em cada área para realizar a ação e interferência necessária à saúde. Essas prioridades são definidas através do conhecimento de dados populacionais, socioeconômicos e culturais de cada território, e quem realiza é o profissional responsável pela saúde bucal da sua região. Estes dados ficam disponibilizados para a equipe no Mapa da Saúde do município e para a população e podem ser encontrados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e nos bancos de dados do próprio município (ROSA et al, 1992). Os locais que não tiverem disponível o levantamento epidemiológico pode trabalhar com o levantamento das necessidades imediatas, através da avaliação de risco ou utilizar os dados regionais/estaduais do SB Brasil 2010.

Através disso, as informações, diretrizes e estratégias elaboradas pelo município permitem o conhecimento do território e assim a equipe irá escolher a melhor alternativa prática de trabalho que contemple as ações da saúde bucal a serem desenvolvidas, com o objetivo de melhorar as condições de saúde bucal da população de sua responsabilidade (BRASIL, 2018).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente é a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde seu lançamento, em 2004, além da expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersectoriais. (Brasil ,2018).

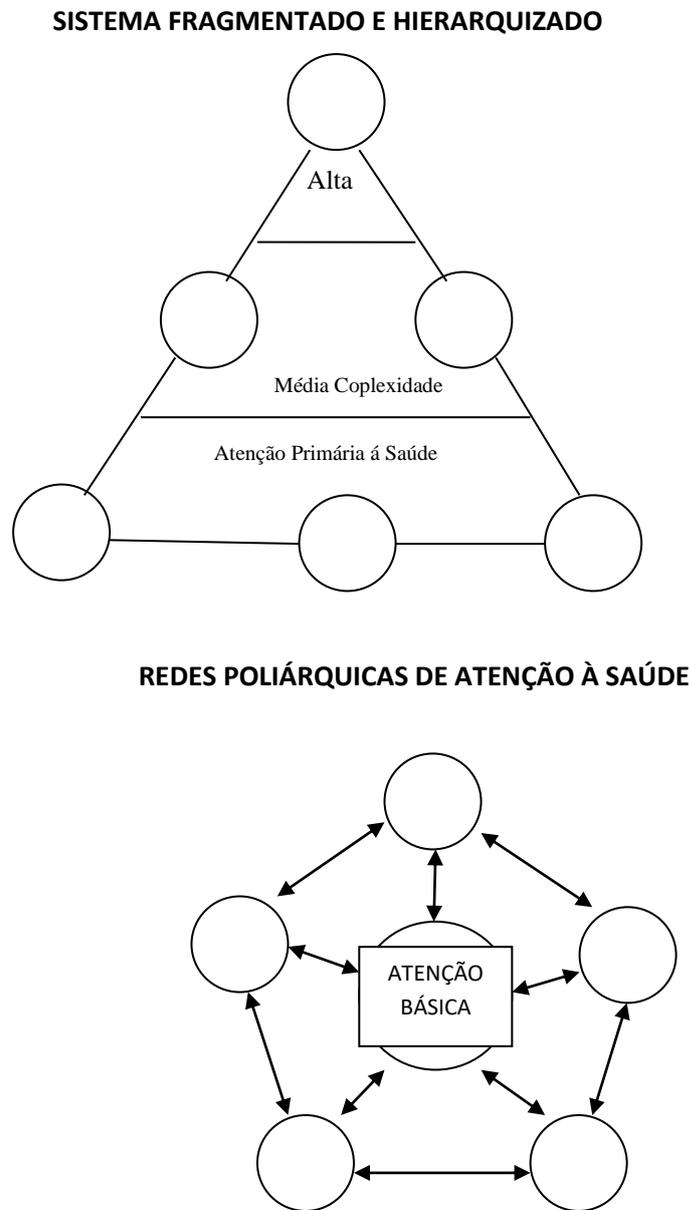
O Brasil avançou muito com a criação o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a universalidade e a integralidade como princípios e a ampliação da cobertura da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). O resultado do último levantamento epidemiológico nacional – SB Brasil 2010 – mostrou mudança no perfil epidemiológico das doenças bucais: o Brasil entrou entre os países com baixa prevalência de cárie, CPO-D 2,07 (BRASIL,

2011c). Embora os resultados sejam satisfatórios nacionalmente as diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie são marcantes, o que indica necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção, pequena redução da cárie na dentição decídua e 80% dos dentes afetados continuam não tratados, o déficit em idosos é significativo, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos; e prevalência de oclusopatia que requer tratamento em 15,3% dos adolescentes, o que sugere a necessidade de redimensionar a oferta de procedimentos ortodônticos (SCHERER; SCHERER, 2015 1 Introdução 16 MINISTÉRIO DA SAÚDE apud NASCIMENTO et al, 2009; 2013). Os resultados estão associados ao perfil da prática odontológica, caracterizado pela realização de ações eminentemente clínicas, com ênfase em atividades restauradoras e ações preventivas direcionadas a escolares, que se mostraram insuficientes para responder às necessidades da população (SCHERER; SCHERER, 2015). Os profissionais tendem a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados no campo da gestão do trabalho, da formação e da educação permanente. (BRASIL,2018)

A Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar em saúde bucal está associada à consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. A Atenção Especializada Ambulatorial foi potencializada por meio da criação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Por outro lado, a organização de serviços de atenção especializada hospitalar na área odontológica no SUS é incipiente. Os avanços recentes remontam à garantia da oferta de procedimentos em nível hospitalar e à obrigatoriedade da atenção ao câncer de boca nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). A análise das redes de atenção ao câncer de boca, que envolve iniciativas de prevenção, proteção e recuperação, será crucial nos próximos anos. Há necessidade ainda de assistência aos portadores de fissuras labiopalatais.

Apresenta como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das equipes de Saúde Bucal – eSB – da Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada ambulatorial (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal (BRASIL, 2004b; PUCCA et al., 2009).

Figura 2 – Sistemas de saúde fragmentados e as redes poliárquicas de atenção à saúde



Fonte: (MENDES 2011)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (Atenção Primária/Básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condi-

ções de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição) (MENDES, 2011)

2.4 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fez-se necessários, investimentos que aumentasse o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO”, como parte das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade.

Serviços ofertados pelos CEO:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.
- Periodontia especializada.
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.
- Endodontia.
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família.

Cada Centro de Especialidade Odontológica credenciado recebe recursos do Ministério da Saúde. A implantação de Centros de especialidades funciona por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal, isto é o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e Estados e municípios contribuem com outra parcela

Em Ribeirão Preto, o acesso aos serviços de saúde de média complexidade ambulatorial e hospitalar em odontologia no município se dá a partir das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e Serviços/Unidades de Pronto-Atendimento. O fluxo de atendimento para o CEO, Unidades Especializadas e Prestadores ocorre da seguinte maneira: na Unidade de Saúde o cirurgião dentista solicita o encaminhamento para a especialidade, baseado no protocolo existente, registrando as informações necessárias para análise do Complexo Regulador, na Central de Regulação Odontológica que, após análise, realiza o agendamento. A lista de espera se fazer uma prótese total chega de 36 a 40 meses segundo dados da própria secretaria da saúde do município, o que leva uma acomodação dos profissionais de odontologia no sentido de desejar que o sistema funcione com mais eficiência , já que uma parte dessa demanda acaba sendo direcionada para os consultórios particulares.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Estudo de caráter exploratório descritivo e abordagem qualitativa, segundo Gil, 2008 esta natureza de estudo é aplicado para observar a percepção de um dado ou assunto que possuem poucos estudos realizados, onde possa contribuir com a descoberta, ou fornecer evidências preliminares. Flick, 2009 refere que um estudo exploratório-descritivo permite explorar contextos reais, favorecendo a visualização global da hipótese que se investiga e possibilita identificar fatores que influenciam ou são influenciados.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

Realizado em uma Universidade privada de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, situada na Região Metropolitana de Ribeirão Preto, onde reúne 34 municípios divididos em quatro sub-regiões com aproximadamente 1,7 milhões de habitantes.

A instituição de ensino superior possui licenciaturas, bacharelados, cursos superiores de tecnologia nas modalidades presenciais e EAD, infraestrutura de ensino, pesquisa e extensão com laboratórios, equipamentos, biblioteca e recursos tecnológicos. Atualmente, são realizados 500 mil atendimentos à comunidade em mais de trinta programas de extensão nas clínicas, laboratórios, hospital próprio e outros hospitais, UPA e UBDS da cidade.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra consta de 20 alunos que estão cursando o quarto ano de graduação de Odontologia.

3.3.1 Critérios de inclusão:

- a. Cursar Odontologia
- b. Estar no último ano do curso
- c. Ter Realizado monitoria em disciplinas consideradas especialidades (endodontia, próteses, cirurgia, pacientes especiais, periodontia, ortodontia ou diagnóstico bucal).

3.3.2 Critérios de exclusão:

- a. Alunos que não assinaram o TCLE.
- b. Fizeram parte do processo de validação do roteiro de entrevista (piloto).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após a provação pelo comitê de ética em pesquisa sob o número 3.149.774 e a coordenação do curso de odontologia da Universidade. CAEE nº 01738818300005498

Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), onde se esclareceu que todas as informações coletadas dos participantes serão mantidas em sigilo absoluto, foi realizada a entrevista individualmente, reservada e com o direito de não responder qualquer pergunta, o participante pode se retirar do estudo em qualquer momento, sem que este seja exposto a qualquer tipo de risco. A entrevista foi realizada através do roteiro em Apêndice I, elaborado para este fim, as questões elaboradas permitem que os sujeitos em estudo demonstrem sua percepção em relação às políticas públicas pré-existentes e o entendimento de toda relação destas com a inclusão social em saúde bucal e o impacto que os investimentos em atendimentos de especialidades odontológicas realizam na sociedade.

O entrevistador que foi a pesquisadora deste estudo, anotou todas as respostas respectivas que cada indivíduo em pesquisa durante a entrevista. Inicialmente foi apresentado ao aluno o TCLE explicado sobre o que se trata o estudo para assim assiná-lo e em seguida foi iniciada a entrevista para a coleta de dados que foi realizada na clínica de odontologia da faculdade.

3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice I) O instrumento foi validado por meio da aplicação de um piloto, contendo 6 questões e as mesmas foram mantidas após a validação. O piloto foi aplicado em 5 alunos, nas mesmas condições dos selecionados para amostra, onde procurou-se avaliar o sentimento do graduando de odontologia quanto a profissão escolhida, seu entendimento quanto as políticas públicas existentes em saúde bucal e seu nível de pertencimento em relação ao tema pesquisado. Os entrevistados na entrevista piloto, ficaram fora da pesquisa final.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi feita baseada nas respostas obtidas através dos formulários aplicados aos alunos de odontologia, baseada em formular questões abertas e desenvolver uma análise das informações fornecidas pelos participantes, através da análise de conteúdo. Pode-se dizer que análise de conteúdo é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. Para tanto, disciplina, perseverança e rigor são essenciais (Freitas, Cunha, & Moscarola, 1997).

A análise de conteúdo possui etapas, devem-se respeitar todas estas para um resultado satisfatório, a fase da pré-análise onde organiza o material a ser analisado com o objetivo de torna-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Esta fase é dividida em quatro etapas, (1) a leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, que é o momento que começa a conhecer o texto; (2) a escolha dos documentos, que consistem na demarcação do que será analisado; (3) a formulação das hipóteses e objetivos, (4) ,referencia dos índices e elaboração de indicadores por meio de recortes de textos nos documentos de análise (BARDIN, 2006).

A próxima fase é a exploração do material, que consiste na exploração deste com a definição de categorias (sistemas de codificação), a identificação das unidades de registro (unidades de significação codificada correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e contagem de frequência) e as unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). Esta fase é de extrema importância, pois possibilita o conteúdo das interpretações e interferências, ou seja, a fase da descrição analítica a qual diz respeito ao *corpus* (material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado e orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. A terceira e última fase é composta pelo tratamento dos resultados, onde há inferência e interpretação, condensação e destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, sendo o momento da intuição, análise reflexiva e crítica do material coletado (BARDIN, 2006).

Enfim, essa técnica de análise de conteúdo “parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos”. Sendo uma metodologia adequada para verificar hipóteses ou questões estabelecidas, a fim de confirmar ou não afirmações estabelecidas no trabalho de campo (MINAYO, 1992).

De acordo com Minayo (1998), a análise do conteúdo passa por 3 fases, a pré-analítica, onde material deve ser analisado e organizado de acordo com a finalidade do estudo. Neste momento, são definidas as principais frases, os principais contextos e trechos que aparecerem nas mensagens passadas pelos sujeitos. Em um segundo momento ocorre a exploração do material, onde se aplica o que foi definido na fase pré-analítica, e por fim, a fase de tratamento dos resultados e interpretação. Nesta fase deve-se ir mais profundo na análise das mensagens emitidas pelo sujeito da pesquisa. A pesquisa qualitativa, o processo de coleta de dados e interação com o sujeito da pesquisa, faz com que adentremos na realidade do entrevistado.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto e Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade onde o estudo será aplicado. Somente após as devidas autorizações a pesquisa teve início e continuidade.

Os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, com todas as informações sobre os objetivos do estudo. Os mesmos foram entrevistados de maneira individual, reservada, podendo se reservar ao direito de não responder alguma pergunta ou se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que os mesmos fossem expostos a algum tipo de risco.

Todas as informações coletadas dos participantes foram mantidas em sigilo e o mesmo recebeu retorno do andamento da pesquisa.

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa poderia ter sido suspensa em caso de observação de surgimento de qualquer risco para os sujeitos da pesquisa ou com a publicação de estudos com os mesmos objetivos. O que não se fez necessário.

3.8 ORÇAMENTO FINANCEIRO E CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DA PESQUISA

Todos os gastos necessários para a realização da pesquisa foram custeados pelo pesquisador, foram necessários apenas gastos com cópias dos questionários e TCLE para os entrevistados. Não houve nenhum custo para a Universidade e nem para os entrevistados para a realização da pesquisa. A planilha de orçamento encontra-se no Apêndice III deste projeto.

O cronograma das atividades da pesquisa encontra-se detalhado no Apêndice IV deste projeto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados foi possível verificar na fala dos entrevistados a prevalência de cursar odontologia, por querer uma profissão relacionada à área de saúde. Inscreveu-se como primeira opção em medicina sendo registrada a odontologia como segunda opção 55% e a menor porcentagem 45% foi porque escolheu o curso de odontologia em específico. Podemos verificar essa questão nas falas dos sujeitos da pesquisa quando questionados com relação a sua escolha:

S1: "... Sempre me interessei pela área da saúde."

S2 "... Pois queria alguma profissão da área da saúde."

S3 "... Porque é a área da saúde de que mais gosto."

S4 "... Admiro desde pequena, mas queria Medicina."

S5 “... Sempre quis ser dentista. É uma área da saúde muito importante.”

De acordo com Sousa et al, 2013, a vocação profissional tem início na adolescência, mas é formada durante toda a vida, perpetuando-se até o período da graduação. A escolha da profissão não é simples e na maioria das vezes acontece no ensino médio, quando o adolescente ainda não tem a maturidade necessária para realizar uma escolha permanente. “A decisão da carreira é entendida como a capacidade que um indivíduo tem de identificar seus interesses dentro da profissão, estabelecer objetivos profissionais que espera alcançar e traçar uma estratégia de ação coerente com esses objetivos” (SOUSA et al, 2013). Escolher a Odontologia como profissão pode derivar de vários fatores para um único entrevistado, que podem interferir na escolha da profissão, sendo eles: sociais, educacionais, familiares, psicológicos, políticos e econômicos (SOARES, 2002).

Um estudo realizado demonstrou que entre os motivos de escolha para iniciar um curso, 22,8% relataram ter recebido influência de parentes; 17,4% escolheram em decorrência do retorno financeiro e 3,3% pelo status, a minoria composto por os outros 13,6% foram trabalho autônomo, liberal e flexibilidade nos horários de trabalho (SOUSA et al, 2013).

Nesse estudo ficou demonstrado que o fator determinante da escolha da carreira se deu pela Odontologia ser uma carreira afim a Medicina, o que supriu de uma certa maneira o desejo de trabalhar como profissional de saúde, além disso mostrou um desconhecimento inicial sobre a atuação do cirurgião dentista, além da vontade em especializar-se em áreas que os aproxime da prática médica, como Cirurgia Buco Maxilo Facial.

Na questão abordada sobre o futuro onde o aluno se imagina dentro da profissão de cirurgião dentista, foi observado que a maioria opta por atendimentos clínicos em consultórios ao invés de atendimento à comunidade mais necessitada, como no campo da área de saúde pública:

S1 “... Consultório...”

S16 “... Trabalhar em consultório.”

S8 “... Atendimento em consultório...”

S5 “... Montar um consultório.”

S12 “... Especialização e consultório.”

Um estudo realizado por Machado et al, 2010, que observou que a expectativa dos estudantes de odontologia para a inserção no mercado de trabalho mostrou que a maioria 48,3% tinham como objetivo trabalhar em consultório particular associado ao público. Foi realizado um levantamento onde mostrou que na maioria dos estados brasileiros os cirurgiões dentistas são jovens, 26 a 35 anos, com concentração na região Sul e Sudeste, mais precisamente no estado de São Paulo, atuando como clínicos gerais e/ou como especialistas em seus consultórios. Outro estudo mostra que essa escolha não é atual, mas de muito tempo antes, onde 78,4% dos cirurgiões dentistas trabalham em consultório, seguido por 59% com atuação em emprego público (MACHADO et al, 2010; MORITA et al, 2010; JARDIM, 1999).

Quando questionado sobre as Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil, a primeira pergunta era sobre quais os níveis de atendimento que o curso de odontologia da faculdade que esse aluno cursa atende, os alunos não sabiam do que se tratava, a entrevistadora teve que explicar para a maioria dos entrevistados sobre o que são os níveis de atenção à saúde, sendo , então, demonstrando nesta questão a falta de conhecimento sobre o assunto:

S2 “... Nível Primário e Secundário.”

S5 “... Os três níveis.”

S13 “... Prevenção, tratamento e acompanhamento.”

S15 “... Primário.”

S17 “... Não sei.”

S18 “...Não tenho conhecimento.”

S20 “... Não entendo.”

O quarto questionamento foi sobre a importância que o entrevistado vê no desenvolvimento da Política Pública de Saúde Bucal. As falas dos sujeitos revelaram suas percepções, conforme se segue:

S4“... De extrema importância, principalmente na parte da prevenção.”

S5“... Diminuiria os índices de carie, doenças periodontais, prevenção câncer bucal, entre outros.”

S19“...Acesso à saúde facilitada.”

S15“... Melhora do atendimento odontológico, diagnóstico e tratamento.”

Percebe-se que a maioria respondeu ser muito importante para prevenir e melhorar a qualidade de vida da população da rede pública, apesar de demonstrarem, anteriormente, a não aderência em trabalhar com atendimento na área pública.

A quinta questão sobre a Política Pública de Saúde Bucal, abordou qual seria o impacto que poderia desencadear se o governo investisse mais em ampliar os recursos nos atendimentos especializados (endodontia, cirurgia, pediatria, ortodontia, periodontia etc.). Os entrevistados responderam que iria haver melhora a qualidade do atendimento, melhora a autoestima da população, que teria porcentagem maior de indivíduos cuidando da saúde bucal, houve uma resposta que o entrevistado colocou que além do benefício que seria feito à população, os profissionais também teriam um incentivo de se especializar mais

S4“... A população sairia ganhando e os profissionais iriam se especializar mais”

S7“...Qualidade de vida, de atendimento, causaria uma melhora na saúde bucal da população.”

S9“...Melhoraria a qualidade de atendimentos, melhorando a saúde bucal da população de baixa renda.”

S11“... O SUS aumentaria a quantidade e qualidade dos atendimentos, promovendo mais saúde e assistencialismo à população.”

S14“... Seria uma melhora bastante significativa para a população.”

A última questão sobre o assunto afirmava que a criação dos CEOs foi um avanço importante para a Política Pública da Saúde Bucal no Brasil e como o entrevistado via essa implementação. Os alunos responderam que foi de extrema importância, mas que poucas pessoas possuem o conhecimento desta criação:

S4“... Foi de extrema importância, mas nem toda a população tem conhecimento desses centros, sendo assim, deveria ser mais divulgado.”

S8“... Muito Boa, visto que o paciente pode desfrutar de atendimentos específicos e com profissionalismo.”

S14“... Foi um recurso muito positivo, pois dar a oportunidade dos pacientes do SUS a atendimento especializado.”

S5“... De grande importância para a população mais pobre, que não tem recurso disponível para custear tais tratamentos.”

S20“... Funciona, mas pacientes reclamam da fila de espera, tratamentos demoram, mas quando está em atendimento funciona.”

Embora a Saúde Bucal Coletiva seja de grande importância na formação acadêmica de Odontologia para perspectiva atuação no SUS, ficou claro a desinformação do futuro profissional da saúde, no que se refere ao funcionamento e importância para que pessoas menos favorecidas usufruam do acesso ao serviço odontológico. Nota-se uma formação embasada em princípios técnicos que buscam alta performance e alta qualidade. O que pode induzir e levar aos alunos a terem uma visão diferente em relação ao SUS, e sua possível inserção como profissional de saúde nesse sistema. É importante mencionar que apesar disto, alguns alunos possuem uma visão positiva relacionada ao SUS, já que este é o principal mecanismo de conquista de direitos relativos à universalização da atenção a saúde e deve ser defendido por todos que acreditam em princípios como ética, cidadania e justiça social (NORO e TORQUATO, 2010).

Observa-se que os profissionais disponíveis no mercado de trabalho são preparados dentro do contexto que privilegia a abordagem individual e curativa, sendo incapazes de realizar uma abordagem integralizada, para poder transcender o espaço do consultório para propor um diagnóstico coletivo e realizar suas intervenções, o chamado “ ensino odontológico flexneriano” é ainda muito praticado nos cursos de graduação no país (GARBIN et al, 2006). Esse modelo expressa um conjunto que envolve o mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnicista do ato odontológico, com ênfase na odontologia curativa e de gestão tecnocrática. Araújo e Dimenstein, (2006) mostraram que os cirurgiões-dentistas possuem perfil profissional mais voltado para a

clínica, o que está relacionado com sua formação acadêmica além da própria expectativa da comunidade, onde a gestão do serviço prioriza o atendimento clínico. Seria fácil tratar a clínica e a saúde coletiva como campos opostos, mas o real desafio para os cursos de Odontologia é formar profissionais com a visão onde a clínica aborda as doenças tanto em sua dimensão biológica quanto ampliada (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006).

Como sabemos, a odontologia advém da área de conhecimento do campo das ciências médicas e, por conseguinte, tem seu marco conceitual e seu alicerce na medicina científica. A prática odontológica é, portanto, baseada nesse modelo, embora demonstre ser ineficaz, na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população, e ineficiente, uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento, apesar de apresentar um grande desenvolvimento científico e tecnológico, experimentado pela odontologia brasileira. A prática odontológica, ao final do século passado, vem carregando uma grande contradição, que é retratada na evolução técnica da odontologia, com novos equipamentos, medicamentos e procedimentos mais simplificados, porém com seu alcance social mínimo, o que torna cientificamente questionáveis as medidas de intervenção, fazendo com que o modelo assistencial seja de alta complexidade e com ênfase no enfoque curativo.

Durante a graduação, há uma falta de articulação entre a teoria e a prática, que como consequência leva a uma visão da odontologia descontextualizada da realidade, onde os alunos saem despreparados para atuação no mercado de trabalho, sem visão sobre o gerenciamento e administração da própria prática e relacionamento com pacientes e outros profissionais, e ainda com a formação inadequada principalmente para trabalhar no contexto do SUS, onde um dos grandes desafios para sua efetivação é o envolvimento do profissional com a gestão dos serviços e participação popular (CORDIOLI E BATISTA, 2007).

Assim, é o papel do curso de odontologia aprofundar o conhecimento e discussão sobre os aspectos necessários para a formação de um profissional da saúde para estes enfrentamentos, permitindo que as conquistas do SUS possam trazer realização tanto para os profissionais da saúde ao desempenhar sua função, quanto para a população, que é o elemento fundamental na conquista da cidadania.

5. CONCLUSÕES

A saúde bucal vem assumindo um papel de grande importância na saúde geral da população, muitas doenças sistêmicas estão tendo suas origens comprovadas de infecções bucais e dentárias. As atividades profissionais estão se tornando cada dia mais multiprofissionais e os conhecimentos interdisciplinares se fazem necessários para enfrentar as complexas necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Os conhecimentos e práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornam-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde.

Precisa-se considerar a necessidade do graduando de odontologia, como um profissional de saúde, se envolver com questões mais amplas da sua formação, que vão além das técnicas que sustentam todo o seu conhecimento prático, mas questões como as concepções de saúde-doença, os modelos de atenção em saúde e as políticas públicas para o setor, entre outras. Fatores esses de extrema importância em um país como o Brasil, onde a desigualdade social é gritante e muitas pessoas ainda hoje não conseguem ter acesso a Saúde.

Foi possível concluir com os resultados obtidos do atual estudo que a maioria dos entrevistados possuem uma percepção geral e superficial sobre os níveis de atendimento em Saúde e as Políticas Públicas da Saúde Bucal, estando no último ano de graduação mostram-se despreparados e desinteressados para atuação na saúde pública. Este fator pode ser o que desencadeia, como consequência, as escolhas no âmbito de atuação de consultórios. Visto o distanciamento das questões sociais que envolvem a profissão escolhida somado ao aumento do volume e a grande transitoriedade da base de conhecimentos necessários à prática de uma profissão. Neste estudo o graduando do último ano de odontologia escolheu sua carreira baseado em um fator motivador que muito se repetiu nas respostas dadas por eles, que era atuar de forma a poder ajudar o próximo, buscando como caminho o setor da saúde, porém não demonstrou neste estudo interesse nas questões sociais relacionadas a mesma. Mostraram-se confusos em relação as possibilidades de trabalho após a conclusão do curso e confusos também a como o paciente chega aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e apesar de mostrarem entendimento das questões sociais do país, mantiveram um discurso distanciado quanto a solução das questões e a relação com a sua formação e atuação profissional.

Nota-se a necessidade do graduando de Odontologia entender com mais clareza as Políticas em Saúde Bucal já existentes, para que possa entender o funcionamento dos aparelhos públicos, sendo que a clínica odontológica onde ele pratica suas atividades de aprendizagem, é parte integrante de uma Política Nacional de Saúde Bucal, todavia que a Clínica da Faculdade de Odontologia é um exemplo de parceria pública privada, atuando como Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Além, de procurar entender o macro sistema que envolve todo o fluxo de assistência do SUS e suas diretrizes. Interessante salientar que a abordagem do assunto em questão faz parte do currículo da maioria das Instituições de Ensino e desta em questão, porém os graduandos neste caso, relataram um conhecimento superficial sobre o assunto, parecendo não entender que o que fizeram ou estudaram, se tratava de um contexto que extrapolava a instituição a qual faziam parte. Considerando este estudo, seria recomendado cogitar uma maior exploração as Políticas Públicas de Saúde Bucal, envolvendo disciplinas teóricas e práticas de Odontologia Coletiva, Orientação Profissional, Programas Odontológicos Coletivos e Ciências Sociais aplicadas à Saúde, com maior clareza, para que quem sabe aumente as possibilidades de sensibilização para a aplicabilidade da odontologia voltada as questões sociais.

Com isso, espera-se contribuir através de ensino-aprendizagem com respostas positivas em um dos problemas mais desafiadores para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a formação de um profissional preparado e sensibilizado para atender as necessidades de saúde da população e que incorpore a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais para a saúde.

Deste estudo, resulta a criação de um protocolo de sensibilização em Políticas Públicas em Saúde Bucal, cujo objetivo é melhorar o entendimento e envolvimento do graduando do curso de odontologia e futuro profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Y.V; BARBOSA, A.D.D. **Estudo de exclusão social no Brasil: caso Tocantins.** Madri, dezembro 2009.
- ANTUNES, J.L. F; NARVAI, P.C. **Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde.** Rev. Saúde Pública 2010; 44(2): 360-5.
- ARAÚJO, Y. P; DIMENSTEIN, M. **Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,2006, v .11,n.1,p.219-227.
- BARDIN, L. (2006). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). 70 ed. Lisboa. (Obra original publicada em 1977)
- BARROS, AJD, BERTOLDI, AD. **Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional.** Rev. C S Col. 2002; 7(4): 709-17.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Laboratório de Inovação em Saúde em Educação na Saúde com ênfase em Educação Permanente/** Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde/ Organização Mundial Saúde no Brasil – Brasília; Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003:** condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Editora MS. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.)
- CORDIOLI, O. F. G; BATISTA, N. A. **A graduação em Odontologia na visão de egressos: propostas de mudanças.** Revista da Abeno, São Paulo, 2007, v. 7, n. 1, p. 88-95.
- COSTA, A.M; LIONÇO, T. **Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?** Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.47-55, maio-ago. 2006.

CUNHA, E.M.S. **A evolução da odontologia no Brasil: Memória histórica.** In: Atas e Trabalhos do Terceiro Congresso Odontológico Latino Americano, v.3. Rio de Janeiro: Imp. Nacional, 1931.p. (22).

DONNELL, O.O. **Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(12): 2820-2834, dez 2007.

FALCÃO, M. M. L., ALVES, T. D. B., FREITAS, V. S. et al. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal.** RGO 2010; 58: 27-33.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRAZÃO, P, NARVAI, PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate 2009; 33 (81): 64-71.

FREITAS, H. M. R., Cunha, M. V. M., Jr., & Moscarola, J. (1997). **Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo.** Revista de Administração da USP, 32(3), 97-109.

GARBIN, C. A. et al. **O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde.** Revista da Abeno, São Paulo, 2006, v. 6, n. 1, p. 6-10.

GOMES, M.A. G; ABREU, M.H.N. G; FERREIRA, F.M. F; FRAIZ, F.C; MENEZES, J.V.N.B. **Não comparecimento na atenção secundária pública em saúde bucal de pacientes pediátricos: estudo transversal em uma grande cidade brasileira.** Ciência & Saúde Coletiva, 24(5): 1915-1923 2019.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JARDIM, M.C.A.M. **Evolução do mercado de trabalho em Odontologia na cidade de João Pessoa – PB.** Camaragibe, 1999. 84p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco.

JÚNIOR, G.A.P; GABRIEL,M.; DE ARAUJO, M.E; ALMEIDA, F.C.S. **Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges.** Journal of Dental Research.Vol. 94, p. 1333-1337, 2015.

JUNQUEIRA, S.R; FRIAS, A.C; ZILBOVICIUS, C. **Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político.** São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 591-604.

MACHADO, F. C; SOUTO, D.M.A.S; FREITAS, C.H.S.M; FORTE,F.D.S. **Odontologia como escolha: perfil de graduandos e perspectiva para o futuro profissional**. Revista da ABENO • 10(2):27-34.2010.

MARTIN, A.S. S; CHISINI, L.A; MARTELLI, S; SARTORI, L.R. M; RAMOS, E.C; DEMARCO F.F. **Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho**. Revista da ABENO • 18(1): 63-73, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1992.

MINAYO, M.C.S.;DESLANDES,S.F; **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**.9ªedição.-Petrópolis, RJ: Vozes, 1998

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

Ministério da Saúde, “SB/SP 2015”: **Pesquisa estadual de Saúde Bucal**> Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-dases/e_book_relatorio_sb_sp_2015. pdf. [Acessado: 18-jun. 2019].

MORAIS, T. M. N. **Câncer de boca: avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto aos fatores de risco e procedimentos diagnósticos** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo; 2003.

MORITA, M.C; HADDAD, A.E. ARAUJO, M.E. **Perfil atual e tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro**. Maringa: dental Press. 2010. 96p.

NORO, L.R.A; TORQUATO, S.M. **Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o sus entre alunos concludentes de curso de odontologia**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n.3, p .439-447, nov .2010/fev.2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde – Brasil. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de

Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica.** Org. COSTA, JFR, CHAGAS, LD, SILVESTRE, RM. Brasília, 2006, 67 p. 11.

PATTON, L. L., ELTER, J. R., SOUTHERLAND, J. H. et al. **Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among** North Carolina dentists. *Journal of the American Dental.* 2005; 136: 602-10.

PEREIRA, W. **Uma história da odontologia no Brasil. História e Perspectivas,** Uberlândia (47): 147-173, jul./dez. 2012

PERES, K.G; PERES, M.A; BOING, A.F; BERTOLDI, A.D; BASTOS, J.L; BARROS, A.J.D. **Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil** entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(2): 250-8.

PINHEIRO, S. M. S., CARDOSO, J. P., PRADO, F. O. **Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia.** *Revista Brasileira de Cancerologia* 2010; 562: 195-205.

PUCCA JÚNIOR, G. A. et al. **Oral Health Policies in Brazil.** *Braz. Oral Res.*, v. 23, p. 9-16, 2009.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G. & RAMOS, L. R., 1992. **Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil).** *Revista de Saúde Pública*, 26: 155- 160.

SOARES, D.H.P. **A escolha profissional: do jovem ao adulto.** São Paulo: Summus; 2002.

SOUSA, J.E; MACIEL, L.K.ZOCRATTO, K.B.F. **O papel do ensino de graduação em odontologia e o motivo da escolha da profissão: uma visão dos alunos concluintes.** *RFO*, Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 277-283, set./dez. 2013.

SPEZZIA, S; CARVALHEIRO, E.M; TRINDADE, L.L. **Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil.** *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-13, jan./jun. 2015.

STARLING, H.M.M. et al. **Odontologia: Historia restaurada.** Belo Horizonte: Ed. Da UFMG, 2007. P.70.

TEIXEIRA, EC. **O papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**, 2002.

VASCONCELOS, E.M; FRATUCCI, M.V.B. **Práticas de Saúde Bucal**, UnaSUS, Unifesp, 2013.

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista

Nome _____ sexo _____

Disciplina/ monitoria: _____

Melhor forma de contato: _____

Porque você escolheu cursar Odontologia?

Depois de formado, qual caminho pretende seguir como cirurgião dentista?

Quais níveis de atendimento que o Curso de Odontologia de sua Universidade faz referente a alguma Política Pública de Saúde Bucal?

Qual a importância que você vê no desenvolvimento de Políticas Públicas em Saúde Bucal?

Se o governo investisse mais recursos para que os atendimentos de especialidades (endodontia, cirurgia, pediatria, ortodontia, periodontia, etc) fossem ampliados no Sistema Único de Saúde (SUS), qual o impacto que esta ação poderia desencadear?

A criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foi avanço importante para a Política Pública de Saúde Bucal. Sendo assim, como você vê essa implementação?

APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e esclarecido
PERCEPÇÃO DO GRADUANDO DE ODONTOLOGIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE BUCAL.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Patrícia Zanon Justiniano Zanetta

ORIENTADORA: Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

Eu _____ RG _____ Resi-
dente na Rua: _____ concordo em participar da pes-
quisa realizada pela cirurgiã dentista Patricia Zanon Justiniano Zanetta, após ter sido esclare-
cido (a) dos objetivos da mesma. É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qual-
quer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição. As
informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divul-
gada a identificação de nenhum participante. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta
pesquisa, não havendo despesas para a participação em qualquer fase do estudo.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em
Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: (16) 36036915.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Profa. Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

Tel: (16) 999921809

Assinatura da pesquisadora

Patricia Zanon Justiniano Zanetta

Tel: (16) 992029839

Programa de Mestrado *Stricto sensu* Saúde e Educação

Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP)

Fone: (16) 3603-6774 e 36037010.

3. APÊNDICE III

PLANILHA DE ORÇAMENTO

Despesa	Quantidade	Valor
Caneta esferográfica	2	6,00
Papel sulfite A4	60	12,00
impressão	1	50,00
encadernação	4	60,00
Pen drive	1	60,00
CD	4	12,00
Total		200,00

4. APÊNDICE IV

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROJETO DE PESQUISA:

ATIVIDADES	outu bro 2018	nove mbro 2018	dez 2018	jan 2019	fev 2019	março 2019	abril 2019	mai 2019	junho 2019	julho 2019	Ago sto 2019
Elaboração do Projeto de Pesquisa	x	x	x	x							
Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	x			x	x						
Banca de Qualificação						x					
Coleta de dados e aplicação do instrumento							x	x			
Análise dos dados coletados									x	x	
Elaboração, conclusão e Encaminhamento de artigos										x	
Encontro com orientadora	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Defesa da Dissertação											x

ANEXO I – Parecer do comitê de ética em pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DO GRADUANDO DE ODONTOLOGIA, DA NECESSIDADE DE INVESTIMENTOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL

Pesquisador: Elizabeth Regina Negri Barbo-

sa Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01738818.3.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.149.774

Apresentação do Projeto:

Sem considerações.

Objetivo da Pesquisa:

Sem considerações no novo Parecer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Rever redação dos riscos, considerando que toda pesquisa tem risco, isto precisa estar claramente descrito para proteção do participante de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Pendência acatada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De forma geral o projeto precisa detalhar melhor sua metodologia, nos seguintes aspectos:

- na descrição do local do estudo,
- no instrumento de pesquisa a ser utilizado,
- na análise a ser realizada, porque neste caso citou o "emprego de formulários" mas não foi apresentado nenhum formulário a não ser um roteiro muito básico e incompleto com 5 questões,
- não foi apresentado como foi feito o cálculo de "n" amostral que foi citado um n=35,
- TCLE precisa ser totalmente reescrito, porque não contempla os aspectos básicos de exigência

Continuação do Parecer: 3.149.774

de proteção ao participante da pesquisa e também não está assinado pelos pesquisadores e tão pouco coloca o endereço dos pesquisadores, cita somente o telefone do CEP local para caso de dúvidas e os questionamentos,

Todas as solicitações foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Rever redação dos riscos, considerando que toda pesquisa tem risco, isto precisa estar claramente descrito para proteção do participante de pesquisa.

não foi apresentado como foi feito o cálculo de "n" amostral que foi citado um n=35,

- TCLE precisa ser totalmente reescrito, porque não contempla os aspectos básicos de exigência de proteção ao participante da pesquisa e também não está assinado pelos pesquisadores e tão pouco coloca o endereço dos pesquisadores, cita somente o telefone do CEP local para caso de dúvidas e os questionamentos,

- rever cronograma porque coloca que irá apresentar sua qualificação e coletará dados agora em Dezembro.

Todas as solicitações de APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA FORAM CONTEMPLADAS DE FORMA SATISFATÓRIA.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações de APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA FORAM CONTEMPLADAS DE FORMA SATISFATÓRIA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

ANEXO II – Autorização do departamento de odontologia

Ribeirão Preto, 18 de outubro de 2018.

Pedido de Autorização de Pesquisa

Venho por meio desta solicitar autorização para a Instituição de Ensino Curso de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto, para realização de pesquisa de Mestrado em Saúde e Educação intitulado *Análise pela perspectiva do Graduando de Odontologia da necessidade de investimentos em atendimentos de especialidades através das Políticas Públicas de Saúde bucal*, sob a orientação da Professora Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa. A coleta de dados será realizada pela mestranda

Atenciosamente

Patricia Zanon Justiniano Zanetta

Autorizado:



Prof^ª. Dr^ª. Yara Teresinha Corrêa Silva Sousa
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Protocolo de Sensibilização em Políticas Públicas em Saúde Bucal

O Protocolo de Sensibilização em Políticas Públicas em Saúde Bucal visa melhorar o entendimento e envolvimento do graduando do curso de odontologia e futuro profissional em políticas de saúde bucal.

Este protocolo é um produto resultado de pesquisa do Mestrado Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto.

Aluna: Patricia Zanon Justiniano Zanetta

Orientadora: Profa.Dra. Elizabeth Regina Negri Barbosa

1- O graduando de odontologia deverá identificar e discutir durante a sua formação as políticas públicas em saúde bucal as quais ele participa durante o curso de odontologia, através de discussão em grupo e/ou estudo.
2- Descrever quais políticas e níveis de ações de saúde estão envolvidas na fase do seu aprendizado, identificar as ações de saúde como:
- primárias
- secundárias
- terciárias
3- Inserir perguntas nos questionários de anamnese que identifiquem o ponto de partida do encaminhamento do paciente para a faculdade de odontologia.
4- Inserir perguntas nos questionários de anamnese que identifiquem o tempo de espera do paciente para a realização do procedimento.
5- Inserir perguntas nos questionários de anamnese que correlacionem todas as especialidades as quais o paciente foi ou será atendido
6- Inserir nas disciplinas de Saúde Coletiva participação dos alunos em Conselhos Locais de Saúde e Consultas Públicas sobre o tema Saúde Bucal