

RENATA MARIA COLODETTE

**BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE
VIÇOSA - MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

C718b
2018

Colodette, Renata Maria, 1980-

Bioética e atenção primária à saúde : perspectivas dos
cirurgiões-dentistas que atuam na microrregião de saúde de
Viçosa - MG / Renata Maria Colodette. – Viçosa, MG, 2018.
xvi, 121 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Rodrigo Siqueira Batista.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Cuidados primários de saúde - Viçosa (MG). 2. Bioética.
3. Cirurgiões-dentistas. I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Medicina e Enfermagem. Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde. II. Título.

CDD 22. ed. 362.1098151

RENATA MARIA COLODETTE

**BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE
DE VIÇOSA - MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

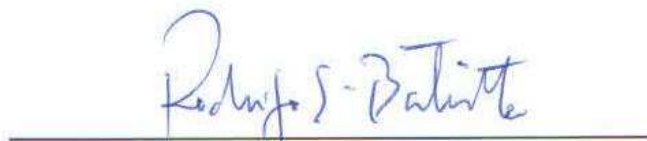
APROVADA: 08 de maio de 2018.



Keith Bullia da Fonseca Simas



Andréia Patrícia Gomes
(Coorientadora)



Rodrigo Siqueira Batista
(Orientador)

DEDICATÓRIA

À minha querida filha Júlia, por encher meus dias de alegrias e por me inspirar a tentar ser uma pessoa melhor e a lutar pelo melhor para nós.

Ao meu esposo Tiago, por ter acreditado mais em mim do eu mesma acreditei.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me guiado até aqui e pelas pessoas maravilhosas que tem colocado no meu caminho.

Ao meu esposo Tiago por seu carinho, compreensão, colaboração e por não me deixar desistir em nenhum momento desse objetivo.

À minha filha Júlia por ter compreendido minhas ausências.

À minha família, pela torcida, especialmente à minha mãe, por ter vindo me amparar sempre que precisei.

Ao querido professor e orientador Rodrigo Siqueira-Batista por seus ensinamentos, por sua paciência e generosidade. À querida professora e coorientadora Andréia Patrícia Gomes, por sua alegria inspiradora nas aulas de Bioética, que transborda e que contagia. Vocês, Rodrigo e Andréia, são exemplos de profissionais e de seres humanos para mim. Os admiro cada dia mais.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Departamento de Enfermagem e Medicina da UFV, por seus preciosos ensinamentos, e às funcionárias da Pós-graduação pela disponibilidade, simpatia e gentileza.

À Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, pela preciosa liberação durante os meus horários de trabalho.

Aos amigos que fiz no mestrado, pelo companheirismo e pelos momentos divertidos que vivenciamos juntos.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo”

Martin Luther King

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	vii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE QUADROS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiv
APRESENTAÇÃO	xvi
1.INTRODUÇÃO GERAL	1
2. OBJETIVO	4
2.1. Objetivo geral	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. MÉTODOS	5
3.1. Aspectos teóricos/revisão de literatura	5
3.2. Caracterização da área de estudo	5
3.3. Desenho do estudo	6
3.4. Participantes da pesquisa	6
3.5. Coleta de dados	7
3.6. Instrumento de coleta de dados	7
3.7. Análise dos dados	8
3.8. Aspectos éticos da pesquisa	8
4. RESULTADOS	9
4.1 ARTIGO 1 - A Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: Trajetórias e Desafios	10
4.2 ARTIGO 2 - Bioética no Cotidiano dos Cirurgiões- dentistas: uma Revisão de Literatura	35
4.3 ARTIGO 3 - Bioética e Atenção Primária à Saúde: Perspectivas dos Cirurgiões-dentistas	51
4.4 ARTIGO 4 - Bioética, Odontologia e Atenção Primária à Saúde: o Sigilo em Questão	74
4.5 OFICINA - Oficina para os Cirurgiões-Dentistas que atuam na Microrregião de Saúde de Viçosa – MG	94
5. CONCLUSÃO GERAL	99

REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	103
ANEXOS	108

LISTA DE ABREVIATURAS

%	Percentual
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP/UFV	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST/AIDS	Infecção Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
LRDP	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PMF	Programa Médico da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta- análises
PSF	Programa de Saúde da Família
SB	Saúde Bucal
SESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de saúde da Família
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1: Combinação de descritores e número de citações identificadas nas bases de dados. 12

Tabela 2: Portarias de implantação e de custeio anual e seus valores correspondentes. 17

Artigo 2

Tabela 1: Combinação de descritores e número de citações identificadas nas bases de dados. 37

Artigo 3

Tabela 1: Tempo de profissão e de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). 56

Tabela 2: Categorização dos Problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, 2017. 57

Tabela 3: Consequências dos problemas de ordem (bio)ética listados. 66

Artigo 4

Tabela 1: Tempo de profissão e de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). 80

Tabela 2: Frequência dos problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas na situação-problema. 80

Tabela 3: Consequências dos Problemas Bioéticos. 88

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1: Fluxograma de Seleção do estudo. 14

Artigo 2

Figura 1: Fluxograma de Seleção do estudo. 38

Artigo 3

Figura 1: Frequência de palavras relatadas pelos entrevistados sobre o que entendiam por Ética. 69

Figura 2: Frequência de palavras relatadas pelos entrevistados sobre o que entendiam por Bioética. 69

Artigo 4

Figura 1: Conduta dos profissionais referente ao caso clínico fictício. 84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Programação da oficina de bioética para os profissionais de saúde bucal da Microrregião de Saúde de Viçosa – MG.	97
------------------	--	----

RESUMO

Colodette, Renata Maria, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, maio de 2018. **Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectivas dos Cirurgiões-dentistas que atuam na Microrregião de Saúde de Viçosa - MG.** Orientador: Rodrigo Siqueira Batista. Coorientadora: Andréia Patrícia Gomes.

A bioética é uma disciplina que estuda a conduta humana no campo das ciências biológicas e do cuidado à saúde, e auxilia os profissionais de saúde na identificação, na análise e na resolução de questões éticas na prática profissional. Problemas bioéticos ocorrem frequentemente no cotidiano dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), mas, por vezes, se apresentam de maneira sutil, sem que possam ser percebidos. O objetivo do presente estudo foi analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas que atuam na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa, Minas Gerais (MG), (i) sobre os problemas bioéticos vivenciados em sua prática profissional, (ii) a melhor forma de abordá-los e (iii) os conhecimentos sobre ética/bioética. Trata-se um estudo de natureza quanti-qualitativa, realizado através da aplicação de um questionário incluindo perguntas abertas e fechadas, a 48 cirurgiões-dentistas atuantes na APS, no período de agosto a setembro de 2017. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Parecer nº. 2.205.321 / CAAE: 69789917.4.0000.5153), e todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação do questionário. A análise dos dados se deu pela técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin. A idade dos participantes variou de 23 a 70 anos, com média e desvio padrão de $40,7 \pm 12,6$ anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (72,9%), tinham realizado pós-graduação (71,0%) e apresentavam tempo de profissão igual ou superior a 12 anos (62,5%). Os resultados mostraram que 38 participantes (79,2%) identificaram, na sua prática profissional, um ou mais problemas (bio)éticos, que foram categorizados em: (1) questões relacionadas aos membros da equipe da APS, (2) questões relacionadas à gestão, (3) questões envolvendo a equipe e os usuários, e (4) questões relacionados à quebra de sigilo profissional. A reunião em equipe (40,0%) foi a abordagem mais citada pelos participantes para a resolução desses problemas, no entanto, 29,2% dos participantes não relataram nenhum tipo de abordagem para os problemas bioéticos vivenciados.

Menos da metade dos participantes (45,8%) disseram ter havido solução para esses problemas, e as principais consequências para isso foram um ambiente de trabalho prejudicado (19,0%) e constrangimento/desmotivação/frustração/indignação (20,7%). Dos 48 participantes, 79,2% responderam não conhecer nenhum conceito de ética e bioética, e apenas 8,3% destes disseram ter recorrido a algum referencial teórico ou consultor para auxiliá-los na resolução dos problemas (bio)éticos. Como última questão foi apresentado um caso clínico fictício aos participantes, e nessa história, 85,4% dos cirurgiões-dentistas identificaram algum problema (bio)ético, tendo sido a quebra de sigilo a mais relatada (59,6%), no entanto, quando questionados sobre qual atitude tomariam, 50,0% dos entrevistados também quebrariam o sigilo. Observou-se, no presente estudo, que 20,8% dos entrevistados não conseguiram identificar nenhum tipo de problema (bio)ético na sua rotina profissional. Constatou-se a necessidade de estratégias de formação – inscritas nos referenciais da educação permanente – para auxiliar esses profissionais no reconhecimento e na correta deliberação frente aos problemas (bio)éticos que eventualmente acontecerão.

ABSTRACT

Colodette, Renata Maria, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, May, 2018. **Bioethics and primary health care: perspectives of dentists working in the Health Micro-region of Viçosa - MG.** Advisor: Rodrigo Siqueira Batista. Co-advisor: Andréia Patrícia Gomes.

Bioethics is a discipline that studies human behavior in the field of biological sciences and health care, and assists health professionals in the identification, analysis and resolution of ethical issues in professional practice. Bioethical problems often occur in the daily life of Primary Health Care (PHC) workers, but sometimes they appear subtly and can not be perceived. The objective of the present study was to analyze the perception of dentists working in the PHC of the Health Microregion of Viçosa, Minas Gerais (MG), (i) on the bioethical problems experienced in their professional practice, (ii) and (iii) your knowledge about ethics / bioethics. It is a quantitative-qualitative study, carried out through the application of a questionnaire including open and closed questions, to 48 dentists working in the PHC from August to September 2017. The study was approved by the Research Ethics Committee with Human Beings of the Federal University of Viçosa (Opinion no. 2,205,321 / CAAE: 69789917.4.0000.5153), and all participants were invited to sign the Informed Consent Form (TCLE) before applying the questionnaire. Data analysis was based on the Lawrence Bardin content analysis technique. The participants' ages ranged from 23 to 70 years, with a mean and standard deviation of 40.7 ± 12.6 years. The majority of the participants were female (72.9%), had postgraduate (71.0%) and had a professional period of 12 or more years (62.5%). The results showed that 38 participants (79.2%) identified in their professional practice one or more bioethics problems, which were categorized into: (1) questions related to members of the PHC team, (2) management issues, (3) issues involving staff and users, and (4) issues related to breach of professional secrecy. The team meeting (40.0%) was the most frequently mentioned approach by the participants to solve these problems, however, 29.2% of the participants did not report any type of approach to the bioethics problems experienced. Less than half of the participants (45.8%) said they had solved these problems, and the main consequences were an impaired work environment (19.0%) and embarrassment / demotivation / frustration / indignation (20.7%). Of the 48 participants, 79.2% answered that they

did not know any concept of ethics and bioethics, and only 8.3% said they had resorted to some theoretical reference or consultant to assist them in solving bioethics problems. As a last question, a fictitious clinical case was presented to the participants, and in this history, 85.4% of the dentists identified some bioethics problem, being the most reported break in secrecy (59.6%), however, when questioned about what attitude they would take, 50.0% of respondents would also break secrecy. In the present study, it was observed that 20.8% of the interviewees were unable to identify any type of bioethics problem in their professional routine. It was verified the need for training strategies - inscribed in the permanent education referential - to help these professionals in the recognition and correct deliberation of the bioethics problems that will eventually occur.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa - UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução geral, objetivos geral e específicos, métodos, resultados, conclusão geral, apêndices e anexos. Os resultados foram apresentados na forma de quatro artigos e uma **oficina para os cirurgiões-dentistas que atuam na Microrregião de Saúde de Viçosa - MG**. O primeiro artigo intitulado **“A Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: Trajetórias e Desafios”** foi formatado de acordo com as normas da revista *Open Dentistry Journal*, (Qualis B4 – Medicina I), para a qual o artigo foi submetido. O artigo 2 foi intitulado **“Bioética no Cotidiano dos Cirurgiões-dentistas: uma Revisão de Literatura”**. O artigo 3 foi intitulado **“Bioética e Atenção Primária à Saúde: Perspectivas dos Cirurgiões-dentistas”**. O artigo 4 foi intitulado **“Bioética, Odontologia e Atenção Primária à Saúde: o Sigilo em Questão”**.

1. INTRODUÇÃO GERAL

No ano de 1884, através do Decreto nº 9.311, promulgado por D. Pedro II, foram criados os cursos de Odontologia nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (BRASIL, 1884). Foram necessários mais de 60 anos para que a pioneira regulamentação do exercício profissional da Odontologia – datada de 1951 – fosse promulgada, a partir da Lei 1.314 (BRASIL, 1951; GIACHETTI, 1960). A partir de então se observou um grande crescimento da profissão – exemplificado pela abertura de inúmeros cursos de graduação e de pós-graduação – e um grande avanço científico e tecnológico da área (SILVA e SALES-PERES, 2007).

Concomitantemente à evolução da prática odontológica, o poder público passou a oferecer esses serviços de forma gratuita à população. Já nos anos de 1950 foi implantado, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), o modelo assistencial denominado Sistema Incremental, que preconizava serviços preventivo-curativos aos escolares de seis a 14 anos de idade, e a fluoretação das águas de abastecimento público (ZANETTI *et al.*, 1996).

Na década de 1980, a odontologia recebeu destaque na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde foi caracterizada como ineficiente e ineficaz, pois apresentava um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura (PERES, 1995). Em 1986 aconteceu a VIII CNS, na qual se propôs um conceito de saúde ampliado, colocando a saúde como um direito de todos (ARAÚJO, 2005). Criou-se, então, através da Constituição Federal de 1988, um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem por princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de reordenar o modelo assistencial – a partir da Atenção Primária à Saúde –, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (BRASIL, 2002).

Devido a necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde (MS) publicou o decreto número 1.444, em 28 de dezembro de 2000, que criava um incentivo financeiro para a inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB)

no PSF (BRASIL, 2002). A intenção era mudar o tipo dos serviços odontológicos prestados e promover a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal (LIMA, WATANABE e PALHA, 2006).

Assim, após a criação do SUS se fez necessária uma “*reviravolta ética*”, com transformações nas atitudes dos profissionais, usuários e gestores (ZOBOLI e FORTES, 2004, p. 1690). No entanto, os cursos de graduação em odontologia não acompanharam todas essas necessárias mudanças, e desse modo, ainda apresentam um caráter especialmente técnico e científico, que não segue as exigências modernas de um tratamento integral e humanizado (NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016).

O ensino de uma ética puramente deontológica condiciona os alunos a uma – suposta – obediência automática às regras, sem quaisquer análises sobre seus atos, deixando estes discentes com menores possibilidades de realizarem uma reflexão crítica dos fatos (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014), e a consequência é o despreparo dos mesmos para lidarem com as questões éticas no cotidiano profissional (VIDAL *et al.*, 2014).

É imprescindível repensar a ética na formação acadêmica, visto que as sociedades necessitam de profissionais capazes de realizar suas atividades com humanização (ORESTES-CARDOSO, MELO e ORESTES-CARNEIRO, 2015). Nesse sentido, ética é definida como a exposição teórica de como o ser humano deve agir em busca do bem comum (CFO, 2012), e a bioética pode ser definida como “o estudo sistemático das dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, que emprega uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar” (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014. p. 32). Sendo assim, a incorporação da bioética nos currículos se torna essencial, uma vez que ela engloba os problemas relativos aos direitos e as obrigações de profissionais, pacientes e da sociedade em relação à saúde (INOCENTE e MEDEIROS, 2016), e prepara os profissionais para a tomada de decisões frente aos problemas (bio)éticos (ZAROR *et al.*, 2014). Desse modo, diferente da ética profissional, a Bioética se apresenta como um campo do conhecimento aplicado a situações de conflitos, e o seu papel é tornar possível chegar a uma escolha racional – e razoável – frente as questões éticas que ocorrem rotineiramente no cotidiano profissional (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014).

Na APS, especialmente, não se pode lançar mão de uma ética puramente deontológica, pois ela exige uma hermenêutica que reflita a própria facticidade do contexto em que acontecem os problemas éticos (JUNGES, 2011), e a APS, por apresentar cenários de serviços distintos, pode levar a problemas éticos particulares de cada unidade de saúde, dependendo do contexto em que estão inseridos, e dessa mesma forma, problemas éticos parecidos podem apresentar soluções diferentes, também dependendo do contexto e dos indivíduos envolvidos (ZOBOLI e FORTES, 2004). Esses problemas, por vezes, se apresentam de maneira sutil no cotidiano do trabalho na APS, chegando a passarem despercebidos, entretanto eles ocorrem com frequência (ZOBOLI e FORTES, 2004). Os cirurgiões-dentistas apresentam uma visão reduzida desses problemas bioéticos, associando-os apenas às situações de ordem deontológica, o que os leva a uma compreensão distorcida da realidade de seu meio (MALUF e AZAMBUJA, 2015).

Assim sendo, torna-se necessário investigar essa questão, à luz da Bioética, para responder aos seguintes questionamentos: (1) Qual a percepção dos cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, sobre os problemas éticos vivenciados em sua prática profissional? (2) Quais são esses problemas? (3) Como os cirurgiões-dentistas lidam com eles? (4) Qual o conhecimento deles sobre os conceitos de ética e bioética?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, sobre os problemas (bio)éticos vivenciados em sua prática profissional.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas da APS sobre os conceitos de ética e de bioética.
- Descrever os problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas na APS.
- Analisar como os cirurgiões-dentistas lidam com os problemas (bio)éticos vividos na sua prática profissional, na APS.

3. MÉTODOS

3.1. Aspectos teóricos/ Revisão da Literatura

Foi realizada, inicialmente, uma revisão bibliográfica enfocando os seguintes temas: (i) Inserção do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família; e (ii) Questões (bio)éticas na Odontologia. Para a primeira revisão – sobre a inserção do cirurgião dentista na Estratégia Saúde da Família – realizou-se uma busca de textos e documentos pertinentes utilizando-se as bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e PUBMED (*U. S. National Library of Medicine*), utilizando combinações entre os seguintes descritores (consultados no DeCS – Descritores de Ciências da Saúde): “saúde da família”, “atenção primária à saúde”, “odontologia” e “saúde bucal”, e os mesmos termos traduzidos para o inglês. Para a segunda revisão – sobre a questões (bio)éticas na odontologia – , realizou-se uma busca de dados nas plataformas Pubmed (*U. S. National Library of Medicine*), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), e foram utilizadas as combinações dos seguintes descritores: “Odontologia”, “Saúde Bucal”, “Bioética” e “Ética Profissional”, e os mesmos termos traduzidos para o inglês. Com base nos artigos encontrados nas buscas de dados, e a partir das citações dos mesmos, foram selecionados os pertinentes aos temas propostos.

3.2. Caracterização da Área de Estudo

O campo da pesquisa compreendeu a Microrregião de Saúde de Viçosa, localizada na região da Zona da Mata, no sudeste de Minas Gerais. A Microrregião de Saúde é composta por nove municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeiras e Viçosa. A população estimada da microrregião, em 2017, era de 138.211 pessoas, e a cobertura da APS, na modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 88,6% (122.448 habitantes), com 44 equipes de ESF. Na microrregião, Viçosa era o único município que não tinha cobertura de 100,0% da ESF (cobertura de 79,8%) (BRASIL, 2017).

Em relação à Saúde Bucal, todos os municípios tinham implantadas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, mas, o número dessas equipes não correspondia ao número de equipes da ESF. Em julho de 2017 estavam implantadas 32 ESB, sendo 20 na modalidade I (Cirurgião-dentista e Auxiliar em Saúde Bucal) e 12 na modalidade II (Cirurgião-dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal). Além dos cirurgiões-dentistas que trabalhavam nas ESB, ainda existiam 21 cirurgiões-dentistas que atuavam na APS, em alguns desses municípios, em unidades de saúde convencionais, e também foram incluídos na pesquisa (BRASIL, 2017). Desse modo, existiam 53 cirurgiões-dentistas trabalhando na Microrregião de Saúde de Viçosa nesse período.

3.3. Desenho do estudo

Foi realizado um estudo quanti-qualitativo, situado no campo da pesquisa social e utilizando o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, devido às características do objeto de investigação. Este tipo de pesquisa permite o aprofundamento relativo aos significados que as pessoas atribuem às suas ações e às relações humanas, tendo como foco de atenção o que é específico e peculiar, objetivando uma abordagem compreensiva dos sujeitos que vivenciam uma dada experiência. Além disso, contribui para a melhor compreensão da distância entre o conhecimento e a prática, na medida em que auxilia na elucidação dos sentimentos das pessoas, explicitando suas ações diante de um problema em situação (MINAYO, 2010).

O interesse, neste estudo, foi compreender as questões (bio)éticas vivenciadas pelos cirurgiões-dentistas na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, buscando analisar quais eram os principais problemas (bio)éticos detectados no seu ambiente de trabalho, como eles lidavam com os mesmos, e o conhecimento desses profissionais sobre os conceitos de ética e bioética.

3.4. Participantes da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa todos os cirurgiões-dentistas que exerciam atividades no âmbito da APS nas cidades da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, e que não se enquadravam nos critérios de exclusão

estabelecidos para esse estudo, quais sejam: (i) os profissionais que estivessem de licença médica ou (ii) os que estivessem atuando exclusivamente em ações de prevenção.

Dos 53 cirurgiões-dentistas que atuavam na APS dessa Microrregião de Saúde, 51 se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão, e destes, 48 aceitaram participar da pesquisa.

A participação foi voluntária e vinculada à aprovação expressa do participante da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5. Coleta de dados

Após ter sido explicado, ao participante, o objetivo e a importância desse estudo, o mesmo foi convidado a responder a um questionário, contendo perguntas fechadas e abertas. Os dados foram coletados por um único pesquisador devidamente treinado, e os encontros foram marcados com cada participante de acordo com sua disponibilidade e local de sua preferência, assegurando-lhes a confidencialidade, o sigilo na coleta das informações, e o anonimato na apresentação dos resultados. Seus nomes não foram incluídos no questionário. Cada questionário foi identificado com a sigla CD (referente a cirurgião-dentista), seguido por numeração crescente.

3.6. Instrumento de coleta de dados

O questionário continha questões quantitativas, referentes a: sexo, idade (anos), naturalidade, nível de escolaridade, tempo de exercício da profissão (em anos), e tempo total de trabalho na APS (em anos). As questões qualitativas questionavam sobre quais problemas (bio)éticos os profissionais já haviam se deparado em sua prática profissional, como eles abordavam esses problemas, se haviam buscado auxílio para solucioná-los, as soluções encontradas e as consequências delas, o entendimento e conhecimento de conceitos de ética e bioética, e a apreciação de um caso clínico fictício (Apêndice B).

3.7. Análise dos dados

Para análise dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2008), que propõe uma sequência para apreciação baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2008). Assim, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das respostas às questões dos questionários, de forma a haver uma familiarização com o texto e obter uma compreensão sobre o que o sujeito buscava transmitir. Em seguida procedeu-se a seleção temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes, para posterior categorização.

As perguntas foram respondidas de acordo com a percepção do participante da pesquisa, de modo a alcançar um amplo panorama do objeto de pesquisa.

3.8. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/2012 – e as demais resoluções – do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados só se iniciou após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Parecer nº. 2.205.321 / CAAE: 69789917.4.0000.5153) (Anexo A). Os Secretários Municipais de Saúde dos municípios autorizaram a realização da pesquisa (Anexo B), e foi solicitado aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), enfatizando os riscos e benefícios da investigação, bem como a garantia de sigilo sobre a identidade dos mesmos e sobre as informações coletadas.

Os riscos referiam-se ao tempo despendido, ao eventual desconforto com a aplicação do questionário e com o mal-estar advindos da rememoração das situações vividas no âmbito da APS. Como benefício potencial pode-se incluir a possibilidade de melhor conhecimento sobre os problemas (bio)éticos na APS, o que poderá contribuir para o aprimoramento dessa importante dimensão do trabalho em saúde.

4. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados a seguir, em formato de artigos – sendo dois artigos de revisão bibliográfica e dois artigos originais – e um plano de oficina para capacitação dos profissionais de saúde bucal da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG.

- Artigo 1: A Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: Trajetórias e Desafios.
- Artigo 2: Bioética no Cotidiano dos Cirurgiões-dentistas: uma Revisão de Literatura
- Artigo 3: Bioética e Atenção Primária à Saúde: Perspectivas dos Cirurgiões-dentistas
- Artigo 4: Bioética, Odontologia e Atenção Primária à Saúde: o Sigilo em Questão
- Oficina para os cirurgiões-dentistas que atuam na Microrregião de Saúde de Viçosa - MG

ARTIGO 1

A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: TRAJETÓRIAS E DESAFIOS

RESUMO

Realizou-se uma revisão de literatura enfocando a evolução dos modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil, a inserção das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), as mudanças ocorridas no processo de trabalho dos profissionais que compõem a equipe de saúde bucal, as dificuldades para o sucesso desse novo modelo de assistência, e os impactos nos indicadores de saúde bucal. O estudo incluiu 44 trabalhos publicados entre 2001 e 2016, nas bases de dados BVS e Pubmed. A evolução da saúde bucal no Brasil passou de modelos excludentes e curativos a modelos mais voltados para a prevenção e promoção da saúde. O aumento no financiamento representou melhorias no acesso da população ao tratamento odontológico, entretanto, as ESB mantêm características dos modelos de atenção curativos, precariedade na forma de contratação de profissionais e falta de planejamento para sua inserção na ESF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) propôs, em 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), com a intenção de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual visava à reestruturação da atenção primária no sistema público de saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população de uma área adscrita (BRASIL, 1994). Posteriormente, o programa se consolidou como Estratégia de Saúde da Família (ESF), sem tempo de duração definido (BRASIL, 2006a).

Inicialmente, a equipe de saúde família era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde

(BRASIL, 1994). Mas a população continuou carente de acesso aos serviços odontológicos, e o resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1998, apontou que, até então, quase 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao cirurgião-dentista (LOURENÇO *et al.*, 2009).

A inserção oficial da odontologia na ESF ocorreu no dia 28 de dezembro de 2000, através da Portaria Ministerial nº 1.444, que estabeleceu um incentivo financeiro para a reorganização da Saúde Bucal (SB) prestada pelos municípios (BRASIL, 2000). Meses depois, a portaria 267, de 6 de março de 2001, regulamentou essa inserção (BRASIL, 2001). O objetivo dessa incorporação foi reorganizar o modelo de atenção odontológico, ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, e aumentar as ações preventivas (BRASIL, 2000).

Com isso, novas atribuições foram incorporadas ao processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD), incluindo ações que priorizassem a promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, de forma integral, interdisciplinar, e realizadas não apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas também em espaços comunitários e domicílios (MORAES, KLIGERMAN e COHEN, 2015).

O incentivo financeiro fornecido pelo MS e a possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal foram apontados como estimuladores para a incorporação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF (MATTOS *et al.*, 2014). No entanto, tem-se questionado se as ESB têm contemplado, de forma integral, todas as diretrizes do SUS, apontando desafios referentes, por exemplo, à falta de capacitação dos profissionais, a falta de integração da ESB com o restante da equipe de saúde da família, e a existência de uma demanda reprimida, deixada por anos de modelos assistenciais excludentes (MORAES, KLIGERMAN e COHEN, 2015; SOUZA e RONCALLI, 2007).

A despeito desses questionamentos, a saúde bucal vem assumindo uma posição de destaque nos últimos anos, proporcionando a ampliação do acesso da população à assistência odontológica e possibilitando uma melhoria desse aspecto no quadro epidemiológico da população brasileira (COSTA *et al.*, 2010). Em 2015 já existiam 24.467 ESB implantadas em todo o Brasil (BRASIL, 2016a), e o número de primeiras consultas realizadas já chegava a aproximadamente 30 milhões (BRASIL, 2016b). Poucos estudos, todavia, abordam o impacto das ESB sobre os indicadores epidemiológicos e sobre os serviços odontológicos (PEREIRA *et al.*, 2012), e existem poucas evidências – científicas – de impacto

benéfico produzido pelas ESB (ELY *et al.*, 2016), pois a “*questão não é apenas de quantidade de cobertura, é de lógica e de qualidade organizacional do cuidado*” (FARIAS e SAMPAIO, 2011a, p.110).

Com base nessas considerações, o presente estudo tem como objetivo analisar, através de revisão da literatura, (i) a evolução dos modelos assistenciais de saúde bucal e a inserção das ESB na ESF, (ii) as mudanças ocorridas no processo de trabalho dos profissionais que compõe a equipe, (iii) os impactos nos indicadores de saúde bucal, e (iv) as dificuldades para o sucesso desse novo modelo de assistência.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura seguindo o método PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) (GALVÃO, PANSANI e HARRAD, 2015). A busca dos estudos foi feita nas bases de dados Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), buscando artigos publicados entre janeiro de 2001 (ano da implantação da ESB na ESF) e julho de 2016. Foram utilizadas as combinações dos seguintes descritores: (i) saúde da família, (ii) atenção primária à saúde, (iii) odontologia, e (iv) saúde bucal, e os mesmos termos traduzidos para o inglês. Foram selecionados artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola (tabela 1).

Tabela 1. Combinação de descritores e número de citações identificadas nas bases de dados.

Estratégias de busca	Base de dados			
	Antes da exclusão de duplicidade		Após exclusão de duplicidade	
	BVS	Pubmed	BVS	Pubmed
Saúde da Família + Odontologia	611	192	611	145
Saúde da Família + Saúde Bucal	390	46	390	19
Atenção Primária à Saúde + Odontologia	415	1119	415	941
Atenção Primária à Saúde + Saúde Bucal	132	70	132	56
Total	1548	1427	1548	1161

Fonte: Dados coligidos pelos autores

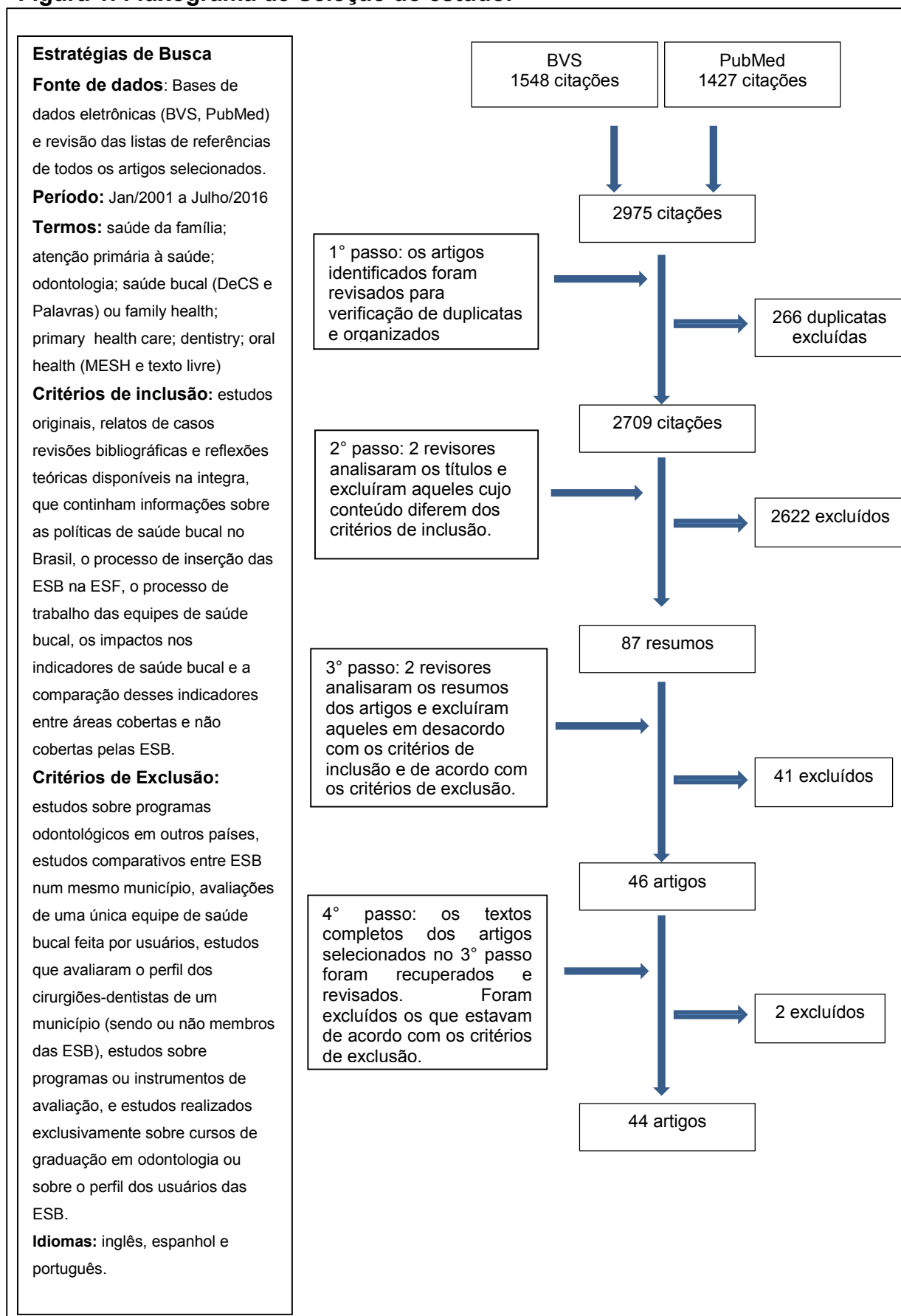
Foram incluídos estudos originais, relatos de casos, revisões bibliográficas e reflexões teóricas, disponíveis na íntegra, que continham informações sobre as políticas de saúde bucal no Brasil, o processo de inserção das ESB na ESF, o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, os impactos nos indicadores de saúde bucal e a comparação desses indicadores entre áreas cobertas e não cobertas pelas ESB. Foram excluídos estudos sobre programas odontológicos em outros países, estudos comparativos entre duas ESB num mesmo município, avaliações de uma única ESB feita por usuários, estudos que avaliaram o perfil dos cirurgiões-dentistas de um município (sendo ou não membros das ESB), estudos que analisaram programas ou instrumentos de avaliação, estudos realizados exclusivamente sobre cursos de graduação em odontologia, e sobre o perfil dos usuários das ESB.

A busca e seleção dos estudos foram realizadas por dois revisores. A Figura 1 descreve os passos de seleção dos estudos e o número de artigos incluídos em cada um deles.

Após a seleção, os artigos passaram por leitura detida, e os resultados dos mesmos foram divididos em quatro categorias: (i) desenvolvimento histórico das políticas de saúde bucal no Brasil e seu financiamento, (ii) Processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal, (iii) Indicadores de saúde bucal após a implantação das ESB na ESF e comparação entre áreas com e sem ESB implantadas, e (iv) Desafios das ESB na ESF.

Foram incluídas no presente estudo, para discussão, algumas Portarias Ministeriais referentes à ESB na ESF, bem como as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Odontologia.

Figura 1. Fluxograma de Seleção do estudo.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desenvolvimento Histórico das Políticas de Saúde Bucal no Brasil e seu Financiamento

A atenção odontológica na rede pública brasileira se caracterizou, durante anos, por modelos assistenciais que priorizavam grupos populacionais restritos (OLIVEIRA e SALIBA, 2005; SANTIAGO, WERNECK E FERREIRA, 2009), sobrando para o restante da população serviços meramente curativos e mutiladores (OLIVEIRA e SALIBA, 2005). Um exemplo importante desse tipo de modelo foi o Sistema Incremental, implantando no Brasil nos anos 1950 pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), e que representou um marco na assistência odontológica gratuita brasileira, no entanto, restringia suas ações preventivas à fluoretação das águas de abastecimento público e priorizava o tratamento restaurador de escolares (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008). Posteriormente esse modelo foi substituído pelo Sistema Integral (ou Incremental Modificado), que, na prática, não apresentou mudanças substantivas em relação ao anterior.

Em decorrência às críticas a esses modelos, surgiu, no final da década de 1980, o Programa Inversão da Atenção (ou Sistema Universal). Esse novo modelo descentralizava a atenção curativa clássica e buscava controlar a doença antes de iniciar o tratamento restaurador definitivo. Entretanto, apesar de ter sido implantado em vários municípios com a intenção de “cobrir as falhas” do Sistema Incremental curativo, não levou em conta as reais necessidades epidemiológicas da população (NICKEL, LIMA e SILVA, 2008, p.243).

Com a criação do SUS em 1988 – o qual tinha por princípios a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção – não se podia mais admitir a exclusão de clientela. O SUS buscava “*reduzir as distâncias ainda existentes entre os direitos sociais garantidos em lei, e a capacidade efetiva de oferta de serviços públicos de saúde*”, e tinha o desafio de obter os recursos financeiros para manter o sistema funcionando (OLIVEIRA e SALIBA, 2005, p.298).

A PNAD, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, apontou que, naquela época, cerca de 30 milhões de brasileiros

nunca tinham ido ao CD (BRASIL, 2000). Esses dados revelaram “à sociedade brasileira informações que, sob o ponto de vista ético, confrontavam o papel do Estado enquanto provedor de ações e serviços de saúde” (CRUZ *et al.*, 2009, p.160). Nesse contexto, o MS propôs, como estratégia de reorganização da APS, a inclusão de ESB no PSF, com a intenção de: instituir um novo processo de trabalho voltado para a família (OLIVEIRA e SALIBA, 2005), ampliar o acesso da população as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, e melhorar os indicadores epidemiológicos da população (BALDANI *et al.*, 2005; FARIAS e SAMPAIO, 2011a).

Nesse sentido, o MS criou a Portaria GM/MS nº 1.444, em 28 de dezembro de 2000, que incluiu oficialmente a saúde bucal no PSF, disponibilizando recursos financeiros para incentivar os municípios a aderirem ao novo modelo (BRASIL, 2000). E as normas e diretrizes para essa inclusão foram regulamentadas em 06 de março de 2001, através da Portaria GM/MS nº 267 (BRASIL, 2001). Assim, no primeiro trimestre de 2001 começaram a ser implantadas as primeiras ESB (SOARES *et al.*, 2011), que puderam ser inseridas em duas modalidades diferentes de habilitação: Modalidade I, composta por 1 CD e 1 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e Modalidade II, composta por 1 CD, 1 ASB e 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB). Inicialmente, a portaria 1.444/2000 estabelecia a implantação de 1 ESB para cada duas equipes do PSF (média de 6.900 pacientes para serem atendidos por cada ESB). Posteriormente, a Portaria GM/MS 673, de 3 de junho de 2003, estabeleceu que poderiam ser implantadas tantas ESB quantas fossem as equipes do PSF em funcionamento nos municípios (BRASIL, 2003; RODRIGUES e BOMFIM, 2010).

O incentivo financeiro para a implantação das ESB e para auxiliar no custeio mensal destas equipes eram repassados aos municípios através do Piso da Atenção Básica (PAB) variável (BRASIL, 2006a), e tiveram um gradual e considerável aumento no decorrer dos anos (tabela 2).

Tabela 2. Portarias de implantação e de custeio anual e seus valores correspondentes.

Ano	Portarias	Custeio	Incentivo*
2000	Portaria GM/MS n° 1.444	Modalidade I – R\$ 13.000,00 Modalidade II – R\$ 16.000,00	R\$ 5.000,00
2003	Portaria GM/MS n° 673	Modalidade I – R\$ 15.600,00 Modalidade II – R\$ 19.200,00	R\$ 5.000,00
2004	Portaria GM/MS n° 74	Modalidade I – R\$ 20.400,00 Modalidade II – R\$ 26.400,00	R\$ 6.000,00 + R\$ 1.000,00**
2006	Portaria GM/MS n° 650	Modalidade I – R\$ 20.400,00 Modalidade II – R\$ 26.400,00	R\$ 7.000,00
2008	Portaria GM/MS n° 2.489	Modalidade I – R\$ 22.800,00 Modalidade II – R\$ 29.400,00	R\$ 7.000,00
	Portaria GM/MS n° 3.066	Modalidade I – R\$ 24.000,00 Modalidade II – R\$ 31.200,00	R\$ 7.000,00
2011	Portaria GM/MS n° 1.599	Modalidade I – R\$ 25.400,00 Modalidade II – R\$ 33.600,00	R\$ 7.000,00
2012	Portaria GM/MS n° 978	Modalidade I – R\$ 26.760,00 Modalidade II – R\$ 35.760,00	R\$ 7.000,00

* Aquisição de equipamentos e instrumentais odontológicos

** Específico para a aquisição de instrumentais odontológicos

Fonte: Elaboração própria a partir das Portarias GM/MS n° 1.444 (BRASIL, 2000), GM/MS n° 673 (BRASIL 2003), GM/MS n° 74 (BRASIL, 2004a), GM/MS n° 650 (BRASIL, 2006b), GM/MS n° 2.489 (BRASIL, 2008a), GM/MS n° 3.066 (BRASIL, 2008b), GM/MS n° 1.599 (BRASIL, 2011), e GM/MS n° 978 (BRASIL, 2012).

Em 2004 foram lançadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (BRASIL, 2004b), que buscava, dentre outros objetivos, nortear a reorganização do modelo de atenção à saúde bucal, e garantir a integralidade do cuidado com ações especializadas, através da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD) (PUCCA-JUNIOR *et al.*, 2009). O PNSB representou um aumento significativo do investimento do governo federal na área da saúde bucal, passando de R\$ 58 milhões em 2002, para R\$ 1,3 bilhão em 2006 (MAIA e KORNIS, 2010).

Em 2006, o documento “O Pacto pela Saúde” alterou a forma como se dava o financiamento do SUS, acoplando-os em cinco grandes blocos. Os recursos para PNSB foram contemplados em três destes blocos: APS (recursos destinados à atenção à saúde bucal na ESF, dentro do PAB variável); Gestão do SUS (custeio de ações que ampliam o acesso ao serviço, como a implantação

dos CEOs); e Média e Alta Complexidades da Assistência (recurso destinado a um incentivo permanente para a manutenção dos CEOs e o pagamento de próteses realizadas pelos LRPD). O pacto pela saúde redefiniu ainda as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

Em 2009, o MS, através da Portaria 2.372, estipulou o fornecimento de equipamentos odontológicos novos para as ESB, considerando incentivar a reorganização da atenção à saúde bucal, ampliar o acesso da população as ações de promoção, prevenção e recuperação da SB, e melhorar os índices epidemiológicos (BRASIL, 2009). Para Pucca-Junior, Lucena e Cawahisa (2010) essa determinação teve ainda o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos CD e tornar mais eficientes as ações de saúde bucal.

Entretanto, vale ressaltar que o incentivo financeiro federal não é, e nem pretendeu ser, suficiente para manter os custos relativos a SB (MAIA e KORNIS, 2010) cabendo aos Estados e aos Municípios a responsabilidade pela complementação financeira para os gastos adicionais relativos à manutenção dos equipamentos, à compra de instrumentais, insumos e materiais de consumo específicos (KORNIS, MAIA e FORTUNA, 2011), e ao pagamento dos profissionais.

A inclusão da ESB na ESF foi uma oportunidade para substituir os modelos excludentes de atenção à SB (PUCCA-JUNIOR, LUCENA e CAWAHISA, 2010). Suas ações almejavam a expansão e a otimização dos serviços odontológicos, através do conhecimento das necessidades da comunidade onde estava inserida cada ESB (BARBOSA, BRITO e COSTA, 2007).

Processo de Trabalho das Equipes de Saúde Bucal

O CD, para atuar na ESF, *“precisa desenvolver competências para além do seu ‘núcleo do saber’, saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde”* (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015, p.57).

O aumento no aporte do investimento em SB no Brasil, nos últimos anos, representou uma expansão da cobertura dos serviços odontológicos, no entanto,

é necessário analisar se estão ocorrendo mudanças no processo de trabalho dos CD (BRUNHAUSER, MAGRO e NEVES, 2013; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010), de forma a contemplar os princípios do SUS. Nesse sentido, alguns estudos analisados demonstram que as ESB inseridas na ESF ainda mantêm o predomínio das características dos modelos de atenção tradicionais (AQUILANTE e ACIOLE, 2015; BARBOSA, BRITO e COSTA, 2007; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; PIRES e BOTAZZO, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2011; SANTIAGO, WERNECK e FERREIRA, 2009; SILVA *et al.*, 2011; SOARES *et al.*, 2011), o que indica que todo o incentivo financeiro parece não estar sendo suficiente para levar às mudanças necessárias na prática profissional.

A manutenção do processo de trabalho se contrapõe à característica operacional de reorganização das ações de SB (BRASIL, 2001). As diretrizes da PNSB propõem uma adequação do processo de trabalho para o novo modelo de atenção, e requerem, entre outras coisas, que as ESB não se limitem ao trabalho no campo técnico-odontológico, mas que possam interagir com profissionais de outras áreas, para ampliar seu conhecimento e permitir a abordagem do indivíduo como um todo (BRASIL, 2004b).

Na interdisciplinaridade, o compartilhamento de conhecimentos e a complementaridade de saberes é essencial para: enfrentar os problemas de saúde e os fatores de risco da população (COSTA *et al.*, 2010; CRUZ *et al.*, 2009), produzir um cuidado mais efetivo para o paciente (FARIAS e SAMPAIO, 2011a), e abordar o paciente integralmente (LOURENÇO *et al.*, 2009). Assim, a atuação no SUS exige do profissional a habilidade de *“pensar não mais em um sujeito-indivíduo, mas em um sujeito-coletivo”* (FARIAS e SAMPAIO, 2011b, p.754).

No entanto, alguns resultados encontrados demonstraram um desafio quanto à atuação da ESB de forma interdisciplinar com o restante da equipe (CHAVES e MIRANDA, 2008; COSTA *et al.*, 2010; FARIAS e SAMPAIO, 2011b; LOURENÇO *et al.*, 2009; MATTOS *et al.*, 2014; MORAES, KLIGERMAN E COHEN, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2013; SANTIAGO, WERNECK e FERREIRA, 2009; SOUZA e RONCALLI, 2007), o que pode ser justificada pelo fato da odontologia ter sido incorporada tardiamente na ESF (BALDANI *et al.*, 2005; CERICATO, GARBIN e FERNANDES, 2007; LOURENÇO *et al.*, 2009),

e/ou pelas características da formação profissional (LOURENÇO *et al.*, 2009). Para o CD que atua na ESF, tão importante quanto a habilidade técnica, é o conhecimento na área de saúde bucal coletiva e o desenvolvimento da consciência cidadã (CRUZ *et al.*, 2009), ambas ainda pobremente contempladas nos cursos de graduação de odontologia, que em grande parte ainda formam um profissional inscrito no paradigma biomédico e com uma atuação preponderantemente procedimento-centrada (FARIAS e SAMPAIO, 2011a; RODRIGUES *et al.*, 2010).

As DCN do Curso de Graduação em Odontologia de 2002 trazem, entre seus objetivos: formar profissionais que respeitem os princípios éticos inerentes ao exercício profissional, que sejam comprometidos com o ser humano, que exerçam sua profissão de forma articulada ao contexto social, e que tenham os conhecimentos necessários para atuarem em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, manutenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2002).

Para reparar possíveis falhas na formação do CD e adequá-lo ao novo modelo assistencial, são necessárias políticas públicas que incorporem programas de treinamento para capacitá-lo a atuar em consonância com as diretrizes da ESF (MORAES, KLIFERMAN e COHEN, 2015; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2010), pois nada pode garantir *“que haverá mudanças no modelo assistencial vigente, se os profissionais não mudarem a forma de produzir o cuidado”* (COSTA *et al.*, 2010, p.328).

De responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Municípios e Estados (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006a), a capacitação facilita o entendimento dos profissionais sobre os objetivos do programa. Alguns municípios realizaram essa capacitação (BALDANI *et al.*, 2005; RODRIGUES e BONFIM, 2010), no entanto, a maior parte dos estudos publicados relatam que os CD estão sendo inseridos na ESF sem terem recebido treinamento (CHAVES e MIRANDA, 2008; CRUZ *et al.*, 2009; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; LOURENÇO *et al.*, 2009; REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015), o que pode estar causando a reprodução do modelo curativo tradicional.

Nessa mudança do processo de trabalho, ações educativo-preventivas são importantes, pois tem baixa complexidade e alta abrangência populacional (RODRIGUES e BONFIM, 2010). Elas devem ser realizadas de forma racional e

razoável, com avaliações para averiguar sua efetividade (SOUZA e RONCALLI, 2007). Aquilante e Aciole (2015) relataram em seu estudo a prática periódica de grupos educacionais, organizados por ciclos de vida, o que está em consonância com as diretrizes da PNSB, que pontua que essas ações devem ser oferecidas de forma contínua e a diferentes grupos prioritários (BRASIL, 2004b). Entretanto, estudos tem relatado que escolas e creches tem sido os locais de escolha para a realização dessas ações (FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; LOURENÇO et al., 2009; SOUZA e RONCALLI, 2007), o que pode ser visto como um resquício das práticas dos modelos tradicionais de saúde bucal (AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

Conhecer a realidade da área de atuação é essencial para planejar um atendimento de forma equânime e ética. A realização - junto com os demais membros da equipe - da territorialização e do planejamento das ações de saúde também fazem parte das atribuições do CD (BRASIL, 2006a). É essencial conhecer o perfil epidemiológico e as características socioeconômicas da comunidade, para desenvolver as ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde de forma prioritária (BRASIL, 2004b), buscando reorganizar os cuidados da saúde bucal na APS com vistas às diretrizes do SUS (NASCIMENTO *et al.*, 2013). Embora exista estudo que relate esse feito (BARBOSA, BRITO e COSTA, 2007), tem chamado atenção a falta de realização do diagnóstico situacional da área de atuação (COSTA *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2011).

A conformação da agenda deve ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde locais e municipais (BRASIL, 2006c), pois o conhecimento da população sobre suas necessidades e sobre as limitações do Sistema favorece o desenvolvimento de políticas adequadas ao perfil epidemiológico da comunidade (JUNQUEIRA e PANNUTI, 2008). Um estudo realizado por Cruz e colaboradores (2009), sobre o processo de trabalho das ESB no município de Curitiba, identificou uma importante participação dos CD nos Conselhos Locais de Saúde. Em contrapartida, o estudo realizado por Moraes, Kligerman e Cohen (2015), mostrou pouco envolvimento dos profissionais de Saúde Bucal (SB) com as condições de vida da comunidade.

O trabalho realizado pelo CD fora da unidade de saúde é essencial para conhecer a realidade social da população e para os profissionais estreitarem os

laços formados com a comunidade (COSTA *et al.*, 2010). A visita domiciliar (VD), em especial, aumenta o vínculo da ESB com a família, e é uma forma de levar o acesso aos serviços de saúde bucal às pessoas com dificuldade de locomoção (MORAES, KLIGERMAN e COHEN, 2015). Infelizmente, foram encontrados estudos que relatam a não realização dessa prática pelas ESB (MORAES, KLIGERMAN e COHEN, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2011). A portaria 267/2001 já trazia como atribuição comum a todos da ESF a realização de VD, de acordo com as necessidades identificadas (BRASIL, 2001). E as diretrizes da PNSB/2004 reafirmaram a importância dessa prática, citando-a como uma oportunidade de identificação de lesões bucais para a detecção precoce de câncer de boca (BRASIL, 2004b).

Outro ponto importante para a transformação do modelo de assistência à SB, relatado em alguns estudos, é a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para serem multiplicadores das informações de saúde bucal (BARBOSA, BRITO e COSTA, 2007; CUNHA *et al.*, 2011), e de fato, a portaria 267 de 2001 trouxe como uma das atribuições específicas do cirurgião-dentista a capacitação de toda a equipe sobre saúde bucal (BRASIL, 2001).

Reis, Scherer e Carcereri (2015) chamam a atenção para a necessidade da combinação da autonomia com a responsabilidade, no processo de trabalho do CD, para que suas ações sejam resolutivas. Considera que é essencial a presença de normas, no entanto, coloca como fundamental também as singularidades da prática do trabalho de cada profissional, em sua realidade. Ressalta que a liberdade no trabalho favorece a criatividade, mas está relacionada com o comprometimento e com a afinidade do profissional com o seu trabalho (REIS, SCHERER e CARCERERI, 2015).

Por fim, Cruz e colaboradores (2009, p.173) relataram em seu estudo que *“parece estar havendo um razoável entendimento acerca do foco das ações estarem voltadas ao núcleo familiar e não ao indivíduo isoladamente”*, o que corrobora com uma das bases para a reorganização da saúde bucal, que é a definição da família como núcleo central de abordagem (BRASIL, 2001).

Indicadores de Saúde Bucal após a Implantação das ESB na ESF e Comparação entre Áreas com e sem ESB Implantadas

Desde a inserção oficial das ESB na ESF houve um crescente aumento no número de equipes incorporadas à ESF, passando de 2.248 em 2001, para 24.467 equipes em 2015, em ambas as modalidades. Essas equipes estavam distribuídas em 1.288 municípios em 2001, passando para 5.014 municípios (90,0% dos municípios brasileiros) em 2015 (BRASIL, 2016a). Esse aumento no número de ESB implantadas facilitou o acesso da população aos serviços de saúde bucal, levando o percentual de brasileiros que nunca tiveram acesso a consulta odontológica a declinar de 18,7% em 1998, para 15,9% em 2003, e posteriormente para 11,7% em 2008 (BRASIL, 2016c).

O aumento no número de dentistas cadastrados no SUS levou a um aumento do número de primeiras consultas odontológicas (indicador utilizado para avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal), que passou de aproximadamente 21,5 milhões em 2001 para quase 30 milhões em 2015 (BRASIL, 2016b). Corrêa e Celeste (2015) analisaram a associação entre a cobertura de ESB na ESF e o aumento de produção ambulatorial nos municípios brasileiros entre 1999 e 2011, e relataram que houve um aumento da taxa média de procedimentos de 49,5% do último ano em relação ao primeiro, o que demonstra que essa incorporação está associada a mais chances de aumentar as taxas de uso de serviços odontológicos, e associa esse aumento ao atendimento da demanda reprimida e a carga horário de 40 horas semanais das ESB.

Analisando os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS sobre o uso dos serviços de saúde bucal no período entre 2001 e 2015, observou-se: um aumento de 35,0% na taxa de procedimentos preventivos (de 10,95/mil hab. em 2001, para 14,77/mil hab. em 2015); aumento de 15,5% na taxa de restaurações (de 16,17/mil hab. em 2001 para 18,67/mil hab. em 2015); e uma diminuição de 10,1% da taxa de exodontias (de 9,20/mil hab. em 2011 para 8,18/mil hab. em 2015) (BRASIL, 2016b). Referente à exodontia, um estudo realizado nos estados da região sul do Brasil, entre os anos 2000 e 2005, já mostrava uma tendência de queda na razão entre o número de exodontias de dentes permanentes e o número de procedimentos odontológicos individuais na APS, sendo que o Rio Grande do Sul apresentou a maior taxa de queda nesse indicador, passando de 14.06 em 2000 para 8,49 no ano de 2005 (FISCHER *et al.*, 2010).

Em São Paulo-SP, um estudo realizado para analisar a evolução dos indicadores após a inserção das ESB na ESF constatou que, com o aumento do número médio de ESB no decorrer dos anos, houve também melhoria nos indicadores de acesso, rendimento, percentual de urgências, e um crescimento considerável do número de escovações supervisionadas (PALACIO *et al.*, 2014). Outra investigação realizada com as ESB em Campinas-SP e Curitiba-PR também concluiu que houve progresso no acesso dos usuários ao serviço (NASCIMENTO *et al.*, 2009).

Resultado positivo foi encontrado também no estudo de Carvalho, Rebelo e Vettore (2011), o qual demonstrou que adolescentes residentes em áreas com cobertura de ESB na ESF eram menos propensos a dor de dente de maior intensidade, quando comparados aos que moravam em áreas com tratamento odontológico tradicional, e sugeriu que o diagnóstico precoce e o tratamento de lesões menores podem ter reduzido a dor dental.

Brunhauser, Magro e Neves (2013, p.29) relataram, em seu estudo, que o acesso a consulta odontológica foi considerada mais fácil pelos usuários da ESF em relação aos usuários de unidades básicas de saúde tradicionais, no entanto, com relação a satisfação quanto a resolutividade do atendimento, *“os usuários atendidos na UBS convencional, proporcionalmente, apresentaram maior satisfação com a sua capacidade mastigatória referida após o tratamento recebido”*, comparados aos atendidos na ESF, o que chama a atenção para a necessidade de se refletir se realmente estão ocorrendo mudanças no modelo assistencial em saúde bucal.

Pereira e colaboradores (2009) realizaram um estudo em Natal-RN, comparando áreas com ESB na ESF, áreas cobertas por unidades de ESF com CD sem vinculação com a equipe de saúde da família, e áreas cobertas por unidades básicas de saúde tradicionais ou sem nenhuma cobertura, e constatou que o impacto da ESB na ESF só foi significativo quando comparado com áreas cobertas por unidades tradicionais ou sem nenhuma cobertura, ou seja, não houve diferença em relação ao acesso ao serviço odontológico quando comparadas ESF com ESB ou com serviço de saúde bucal tradicional. Segundo o autor, essa análise isolaria o efeito da presença da ESB na ESF (PEREIRA *et al.*, 2009). Resultado semelhante foi encontrado num estudo realizado no sul do país, comparando a saúde bucal de adolescentes residentes em áreas cobertas

ou não cobertas por ESB na ESF, que demonstrou não haver diferenças significativas na comparação de quase todos os desfechos de saúde bucal entre as duas áreas comparadas, a exceção da perda dentária, onde ficou evidenciado que jovens de áreas não cobertas pela ESB na ESF tiveram quase a metade da perda dentária comparada aos adolescentes das áreas cobertas (ELY *et al.*, 2016). Ambos os autores ponderaram que esses desfechos podem ter sido causados pela manutenção do processo de trabalho tradicional travestido de ESB, e que a maior quantidade de perda dentária em áreas com ESB pode ser justificada pelo aumento do acesso a essas práticas mutiladoras tradicionais.

Investigação realizada no nordeste brasileiro comparando o impacto dos indicadores de saúde bucal em áreas com ESB implantadas, e áreas com atendimento odontológico do modelo tradicional ou sem atendimento, demonstrou resultados positivos em relação ao acesso às ações preventivas coletivas e ao tratamento da dor de dente, no entanto, encontrou efeito negativo ou nenhum efeito em relação ao tratamento restaurador e as exodontias, e sugeriu *“um fraco desempenho da incorporação da saúde bucal na ESF”* (PEREIRA *et al.*, 2012, p.458).

Poucos estudos têm sido realizados para analisar a inclusão do CD na ESB (PEREIRA *et al.*, 2009), e para avaliar seus impactos sobre os indicadores epidemiológicos (PEREIRA *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2012; PEREIRA *et al.*, 2014). Ely e colaboradores (2016) acrescentam, ainda, que há poucas evidências de impacto benéfico produzido pelas ESB. Esta afirmação está em consonância com um estudo que aponta que a incorporação das ESB na ESF está produzindo resultados que poderiam ser melhores, levando-se em conta o tamanho do investimento feito no programa e a proposta de mudança do modelo tradicional (PEREIRA *et al.*, 2012). Nesse sentido, a maneira como as estratégias estão sendo implantadas em cada local são cruciais para o sucesso das mesmas (PEREIRA *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2012). Para Mattos e colaboradores (2014, p.376), *“a falta de formação dos gestores certamente impacta consideravelmente na forma como a implantação do novo modelo de atenção vem acontecendo pelos municípios do Brasil”*.

As ESB foram inseridas em Niterói - RJ no ano 2010, e nesse município os cirurgiões-dentistas participaram de um curso introdutório para conhecer o território, o perfil populacional e a metodologia do Programa Médico da Família

(PMF) do município, além de terem um horário fixado na agenda semanal dos profissionais de saúde bucal para educação permanente junto com os demais integrantes da equipe do PMF. Esses profissionais realizam atividades com grupos específicos, visitas domiciliares, reuniões interdisciplinares e atividades em escolas, creches e em outras instituições da comunidade (MARIN *et al.*, 2014), corroborando com as expectativas do novo modelo de Saúde Bucal propostas pelo governo federal.

Desafios das ESB na ESF

Com todos os avanços ocorridos na atenção à SB no Brasil após a sua implantação na ESF, ainda são encontrados relatos de fatores que impedem o seu pleno sucesso. Soares (2012) descreveu em seu estudo que apesar das políticas de SB no Brasil terem tido progressos significativos no que diz respeito a participação do governo federal e a constituição de normas, ainda apresentam desafios quanto ao processo de implementação e a participação dos governos estaduais e municipais. A portaria 648/2006 traz como responsabilidade dos estados destinar recursos para compor o financiamento tripartite da APS, e aos municípios a responsabilidade de garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento das UBS, provendo os recursos materiais, equipamentos e insumos (BRASIL, 2006a). Fica claro, portanto, que apesar do governo federal repassar um incentivo para a implantação e manutenção das ESB, não é o único responsável por isso.

A ESF tem como seus fundamentos o desenvolvimento de relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adscrita, a garantia da continuidade das ações de saúde, e da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006a; MOTTA e SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Sendo assim, a rotatividade dos profissionais, devido a precariedade do vínculo empregatício e da forma de contratação para atuarem na ESB, encontrados em alguns estudos (BALDANI *et al.*, 2005; CHAVES e MIRANDA, 2008; LOURENÇO *et al.*, 2009; MATTOS *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2011; RODRIGUES e BONFIM, 2010; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2011; SOUZA e RONCALLI, 2007), tem se mostrado um complicador. A instabilidade, a precarização das relações de trabalho e a falta de um plano de

cargos e salários interferem no interesse dos trabalhadores com o sistema e no comprometimento com o trabalho e com a comunidade (RODRIGUES *et al.*, 2011; CERICARO, GARBIN e FERNANDES, 2007). Outro fator que pode estar comprometendo a dedicação do profissional com a ESF é o descontentamento em relação a baixa remuneração (CHAVES e MIRANDA, 2008; LOURENÇO *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2011; SOUZA e RONCALLI, 2007), e/ou a discrepância salarial com outros integrantes de nível superior da equipe de saúde família (BALDANI *et al.*, 2005; CHAVES e MIRANDA, 2008; NICKEL, LIMA e SILVA, 2008).

Estudos relataram também o não cumprimento da carga horária semanal preconizada pelo MS de 40 horas (RODRIGUES *et al.*, 2011; SOUZA e RONCALLI, 2007), e isso pode interferir na formação do vínculo com a comunidade e no desenvolvimento das atividades de prevenção, promoção e reabilitação (SOUZA e RONCALLI, 2007). Nesse sentido, os municípios deverão assegurar o cumprimento do horário integral por todos os profissionais (BRASIL, 2006a).

Outro fator que se caracterizou como um desafio para as ESB foi a demanda reprimida, relatada por alguns autores (CERICATO, GARBIN e FERNANDES, 2007; CHAVES e MIRANDA, 2008; FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010; FARIAS e SAMPAIO, 2011b; LOURENÇO *et al.*, 2009; MORAES, KLIGERMAN e COHEN, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2011), que pode levar a uma carga excessiva de trabalho e interferir na atuação da ESB no que diz respeito a integração com a equipe e ao cumprimento do princípio da universalidade do acesso. Além disso, pode levar ao desgaste do CD (FACCIN, SEBOLD e CARCERERI, 2010), estar associada ao comprometimento da qualidade do serviço (CHAVES e MIRANDA, 2008), e dificultar a formação do vínculo com a população adscrita (RODRIGUES *et al.*, 2011) e a manutenção da oferta do serviço (MAIA e KORNIS, 2010).

Outra questão, já apontada como um nó crítico por Baldani e colaboradores (2005), no Paraná, era a dificuldade de encaminhamentos dos casos complexos, fato confirmado em estudos posteriores (CRUZ *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2011; SOUZA e RONCALLI, 2007). Uma das bases da reorientação da SB, descritas na portaria 267/2001 é a integralidade da

assistência prestada à população adscrita, no entanto, garantir esse direito se tornou um desafio para a saúde bucal, pois a expansão da rede de atenção secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços da APS (BRASIL, 2001). Pensando nisso, e visando a ampliação do cuidado com ofertas de serviços nos níveis secundário e terciário, o governo federal criou, na PNSB, uma contribuição financeira para a implantação e/ou melhoria dos CEOs (BRASIL, 2004b), e a portaria 648/2006 colocou a cargo dos municípios organizar o fluxo dos usuários e garantir sua referência aos serviços fora do âmbito da APS (BRASIL, 2006b). No entanto, um estudo recente mostrou que os CEOs não estão conseguindo absorver a demanda por tratamento especializado, gerando grandes filas de espera e comprometendo a integralidade do cuidado (AQUILANTE e ACIOLE, 2015).

“A abordagem da ESF para o trabalho do CD vai muito além do trabalho clínico, pois é uma lógica de pensar na saúde de forma integral e ampliada” (CERICATO, GARBIN e FERNANDES, 2007, p.22). *“No contexto da saúde bucal, as políticas públicas de saúde devem garantir, aos sujeitos vulnerados, o acesso à assistência odontológica integral”* (COSTA et al., 2012, p.343). Nesse sentido, a prestação dos serviços de saúde bucal no Brasil tem avançado de um panorama de oferta limitada de procedimentos de baixa complexidade para a realização de procedimentos especializados, visando a integralidade do cuidado³⁵. No entanto, para Costa e colaboradores (2012, p.347) *“ainda há muito o que fazer para que, de fato, o cuidado à saúde seja integral”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do governo federal de inclusão das ESB na ESF, em substituição aos modelos assistenciais tradicionais de saúde bucal, foi um importante passo para levar a assistência odontológica à população, de forma mais ética e equânime, trazendo como foco de atenção principal a família, e responsabilizando as equipes pelos problemas de saúde bucal da população de um território geograficamente delimitado, em conformidade com os princípios do SUS.

De fato, com o aumento do aporte financeiro destinado pelo governo federal a essa área, vem ocorrendo uma grande mudança no cenário

epidemiológico da saúde bucal, com melhorias nos indicadores no que se refere ao acesso da população ao tratamento odontológico. Entretanto, estudos também relatam a ausência de impacto positivo no que se refere a qualidade do serviço odontológico, quando comparam áreas com ou sem ESB inseridas na ESF. Como possíveis causas para essa situação, a literatura tem apontado: a falta de planejamento para a inserção da ESB, a falta de capacitação dos profissionais para integrarem a ESF, a precariedade da forma de contratação e do vínculo empregatício, a desvalorização dos profissionais, as dificuldades de mudança do processo de trabalho e de integração da ESB com o restante da equipe de saúde da família, e a formação tecnicista do CD.

Pode-se concluir com isso, que o investimento financeiro, por si só, não foi suficiente para atender a todas as propostas da PNSB, e que, mesmo após 15 anos da implantação das ESB na ESF, muitas mudanças ainda se fazem necessárias. Além de um planejamento por parte dos gestores para a implantação das ESB na ESF dos seus municípios, é preciso capacitar e valorizar os profissionais, para haver um real comprometimento das ESB com a população e com o novo modelo de assistência.

REFERÊNCIAS

1. AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, Jan. 2015.
2. BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, Ago. 2005.
3. BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E. W. G.; COSTA, I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Cienc Odontol Bras**. São Jose dos Campos, v. 10, n. 3, p. 53-60, Jul. 2007.
4. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Odontologia. Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 42, 2002, Seção 1, p.10.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 17 nov. 2016a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores de cobertura**. Disponível em:

- <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/f2102.def>>. Acesso em: 20 nov. 2016c.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 250-E, 2000, Seção 1, p.85.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes comunitários de Saúde (PACS). Brasília. **Diário Oficial da União**. v. 143, n. 61, 2006a. Seção 1, p.71-76.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 106, 2003, Seção 1, p.44.
 10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 15, 2004a, Seção 1, p.55.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº.2372, de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 194, 2009, Seção 1, p.112.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2.489, de 21 de outubro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instruídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 205, 2008a, Seção 1, p.61.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº267, de 6 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 46-E, 2001, Seção 1, p.67-68.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define Valores de Financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instruídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 250, 2008b, Seção 1, p.88.
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 61, 2006b, Seção 1, p.76-77.
 16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 95, 2012, Seção 1, p.73.
 17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.599, de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para

- as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. **Diário Oficial da União**, n. 131, 2011, Seção 1, p.50.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: COSAC, 1994.
 19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal** - Cadernos de Atenção Básica 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. p. 92.
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 16.
 21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qa>>. Acesso em: 17 nov. 2016b.
 22. BRUNHAUSER, A. L.; MAGRO, M. L.; NEVES, M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 24-31, Jan. 2013
 23. CARVALHO, J. C.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M. V. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4107-4114, Out. 2011.
 24. CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, Set. 2007.
 25. CHAVES, M. C.; MIRANDA, A. S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 153-167, Mar. 2008.
 26. CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2588-2598, Dez. 2015.
 27. COSTA, R.M. et al. Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim-RN: Enfrentando os Desafios de um Novo Modelo de Atenção. **Rev Odontol Bras Central**. Goiania, v. 19, n. 51, p. 327–332, 2010.
 28. COSTA, S.M. et al. Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 342-348, Set. 2012.
 29. CRUZ, D. B. et al. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**. Juíz de Fora, v. 12, n. 2, p. 168–175, Abr. 2009.
 30. CUNHA, B. A. T. et al. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1033-1045, Dez. 2011.

31. ELY, H.C. et al. Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1607-1616, Mai. 2016.
32. FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1643-1652, Jun. 2010.
33. FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Integração da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 34, n. 4, p. 745-757, Set. 2011b.
34. FARIAS, M. R.; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. **Rev. Gaúcha de Odontol.** v. 59, n. 1, p. 109–115, 2011a.
35. FISCHER, T. K. et al. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 126-138, Mar. 2010.
36. GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, Jun. 2015.
37. JUNQUEIRA, S. R.; PANNUTI, C. M.; RODE, S. M. Oral Health in Brazil – Part I: Public Oral Health Policies. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 8-17, Aug. 2008.
38. KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.
39. LOURENCO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1367-1377, Oct. 2009.
40. MAIA, L. S.; KORNIS, E. M. A. Reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos incentivos federais: a experiência fluminense. **Rev. APS**. Juíz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84–95, jan.2010.
41. MARIN, J. et al. Da higiene de um programa ao amálgama necessário: a inserção das equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do município de Niterói no estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**. Juíz de Fora, v. 17, n. 1, p. 32-39, Jan, 2014.
42. MATTOS, G. C. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-382, Fev. 2014.
43. MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, Mar. 2015.
44. MOTTA, L. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Family Health Strategy: Clinical and Critical. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, Jun. 2015.

45. NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 455-462, Jun. 2009.
46. NASCIMENTO, A. C. Oral health in the context of primary care in Brazil. **Int Dent J.** v. 63, n. 5, p. 237-243, 2013.
47. NICKEL, D. A.; LIMA, F.G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, Fev. 2008.
48. OLIVEIRA, J. L.C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 297-302, Dez. 2005.
49. PALACIO, D. C. et al. Evolução de indicadores pós-implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 274-281, Set. 2014.
50. PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, Mai. 2009.
51. PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, Mar. 2012.
52. PEREIRA, I. F. et al. Evolução da cobertura em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em municípios paraibanos. **Rev. APS.** Juíz de Fora, v. 17, n. 1, p. 44-49, Jan, 2014.
53. PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, Mar. 2015.
54. PUCCA-JUNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 9-16, Jun. 2009.
55. PUCCA-JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Contextualization of the National Oral Health Policy. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 26-32, 2010.
56. REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do Cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, Mar. 2015.
57. RODRIGUES, A. Á. A. O. et al. Práticas da Equipe de Saúde Bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana-BA. **Rev. APS.** Juíz de Fora, v. 13, n. 4, p. 476-485, Out. 2010.
58. RODRIGUES, A. Á. A. O. et al. Saúde bucal na estratégia de saúde da família em um município do semiárido baiano. **Rev. Baiana de Saúde Pública.** Salvador, v.35, n.3, p.695-709, Jul. 2011.
59. RODRIGUES, A. Á. A. O.; BONFIM, L. S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. **Rev. APS.** Juíz de Fora, v. 13, n.1, p. 96-108, Jan. 2010.
60. SANTIAGO, W. K.; WERNECK, M. A. F.; FERREIRA, E. D. E. O Processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG: um estudo qualitativo com base na visão da equipe de Coordenação de Saúde Bucal

- e cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família. **Arq Odontol.** Belo Horizonte, v. 45, n.4, p. 211–219, Out. 2009.
61. SILVA, S. F. et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 211-220, Jan. 2011.
62. SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas a(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 159-170, Jan. 2013.
63. SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil : issues for reflection. **Braz. oral res.**, São Paulo, v. 26, n. spe 1, p. 94-102, 2012.
64. SOARES, F.F. et al. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3169-3180, Jul. 2011.
65. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, Nov. 2007.

ARTIGO 2

BIOÉTICA NO COTIDIANO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Realizou-se revisão de literatura enfocando a formação bioética na odontologia, as questões bioética que os cirurgiões-dentistas enfrentam de forma geral, e as questões bioéticas relativas à odontologia na Atenção Primária à Saúde. O estudo incluiu 29 trabalhos publicados entre 2012 e 2016, nas bases de dados Pubmed, Lilacs e Scielo. Foi evidenciada a necessidade (i) do ensino transversal da bioética durante a graduação e (ii) do comprometimento ético dos professores e dos estudantes. Os principais problemas (bio)éticos identificados na revisão envolviam situações relacionadas à autonomia dos pacientes, a competitividade no mercado de trabalho e as desigualdades no acesso aos cuidados odontológicos no sistema público de saúde. Constatou-se ainda que para atuar no serviço público de saúde, o profissional precisa ter uma postura humanizada, compreender as diferenças sócio-econômicas e culturais da população e estar apto para lidar com situações de conflito.

Palavras-chave: Bioética; Odontólogos; Revisão.

INTRODUÇÃO

Na odontologia, assim como em outros campos da área da saúde ocorrem, frequentemente, problemas éticos, envolvendo diferentes aspectos (AMORIM E SOUZA, 2010). Nessa esfera, uma das principais preocupações dos profissionais de saúde é tomar a decisão mais adequada para o paciente (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISITA, 2014), uma vez que suas escolhas podem afetar diretamente suas vidas (IZZEDDIN-ABOU e JIMÉNEZ, 2013). Desta feita, a análise e a reflexão ética são componentes essenciais nas decisões dos profissionais de saúde (IZZEDDIN-ABOU e JIMÉNEZ, 2013).

Entretanto a formação universitária no campo da odontologia ainda apresenta um caráter marcadamente técnico-científico e incapaz de acompanhar

as exigências modernas de um tratamento abrangente e humanizado (NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016). É necessário que o dentista esteja apto a entender as influências culturais, sociais e psicológicas que interferem na saúde bucal do paciente (DONATE-BARTFIELD, LOBB e ROUCKA, 2014) e a importância dos benefícios da ciência quando usados em equilíbrio com as exigências da humanização (WARMLING *et al.*, 2016).

Desse modo, considerar a prática odontológica pautada no respeito ao outro e baseada na tolerância e na humildade representa a superação de um desafio (SANCHEZ *et al.*, 2016), ressaltando-se que a incorporação da bioética no currículo odontológico pode ser essencial nesse processo, por priorizar a humanização dos profissionais e prepará-los para a tomada de decisão frente a problemas bioéticos (ZAROR *et al.*, 2014). Nesse sentido, a Bioética se apresenta como um campo do conhecimento aplicado a situações de conflitos, e o seu papel é tornar possível chegar a uma escolha racional e razoável frente as questões éticas que ocorrem rotineiramente no cotidiano profissional (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISITA, 2014). Torna-se, então, importante entender os problemas éticos que os cirurgiões-dentistas estão enfrentando na sua prática profissional e se estão preparados para lidar com essas situações.

Com base nessas preliminares considerações, desenhou-se o presente artigo, realizado por meio de revisão bibliográfica, no qual são trazidas reflexões sobre a formação bioética na odontologia, as questões bioéticas que os cirurgiões-dentistas enfrentam de forma geral, e os problemas bioéticos na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODOS

Uma revisão da literatura – seguindo o método PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) (GALVÃO, PANSANI e HARRAD, 2015) – foi procedida no presente manuscrito. A busca dos estudos foi realizada nas bases Pubmed (*U. S. National Library of Medicine*), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), buscando artigos publicados entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016 – ou seja, os últimos cinco anos – com o intuito de se desenhar o estado atual do tema. Foram utilizadas combinações dos

seguintes descritores: (1) Odontologia, (2) Saúde Bucal, (3) Bioética e (4) Ética Profissional, e os mesmos termos traduzidos para o inglês. Foram selecionados artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola (Tabela 1).

Tabela 1. Combinação de descritores e número de citações identificadas nas bases de dados.

Estratégias de busca	Base de dados					
	Antes da exclusão de duplicidade			Após exclusão de duplicidade		
	Lilacs	Pubmed	SciELO	Lilacs	Pubmed	SciELO
(Saúde Bucal ou Odontologia) + (Bioética ou Ética Profissional)	53	203	9	51	203	5

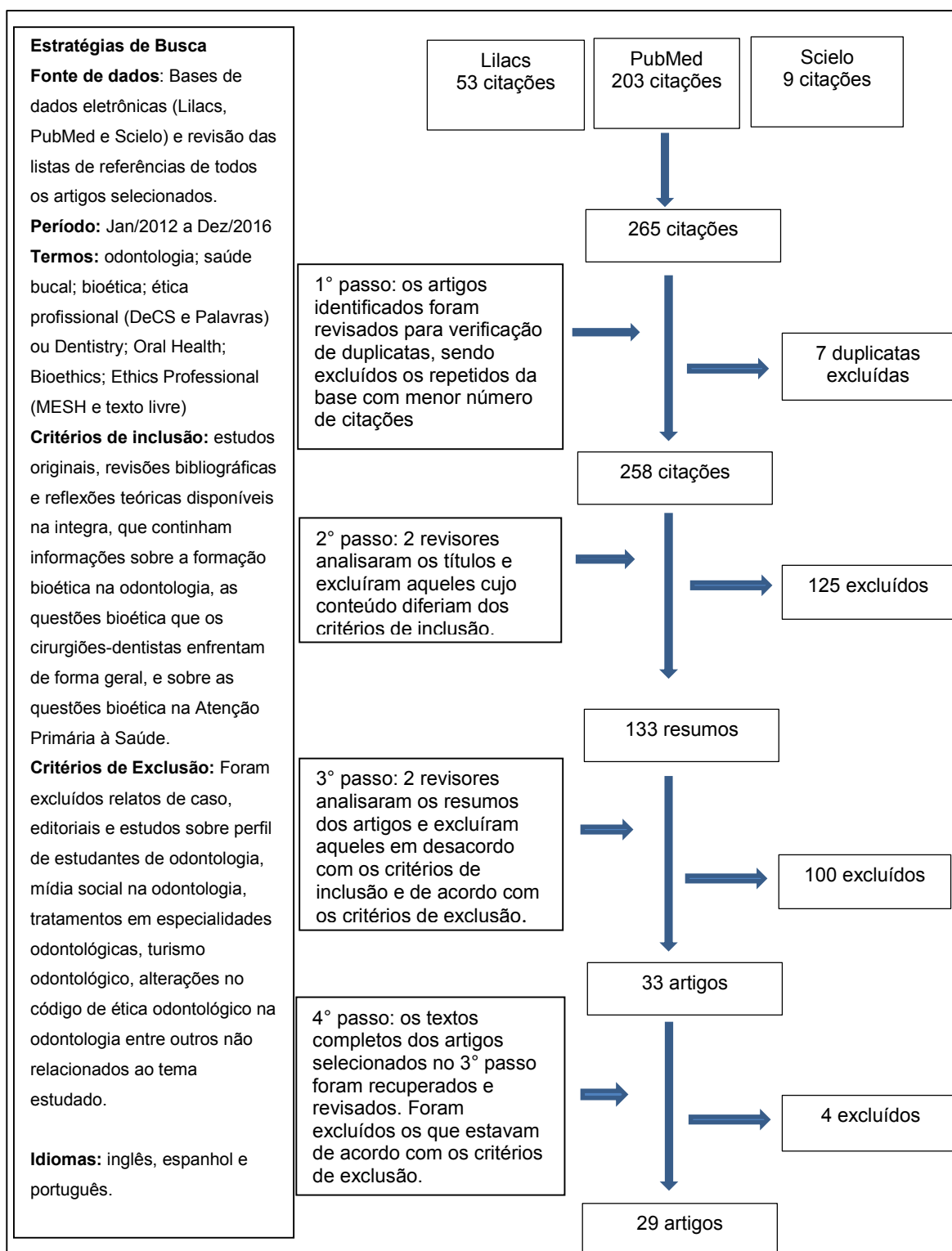
Fonte: Dados coligidos pelos autores

Foram incluídos estudos originais, revisões bibliográficas e reflexões teóricas, disponíveis na íntegra, as quais continham informações sobre a formação bioética na odontologia, as questões bioéticas que os cirurgiões-dentistas enfrentam de forma geral, e sobre as questões bioéticas na Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos relatos de caso, editoriais e estudos sobre: perfil de estudantes de odontologia; mídia social na odontologia; tratamentos odontológicos por especialidades; turismo odontológico; alterações no código de ética odontológico; entre outros não relacionados ao tema estudado.

A busca e a seleção dos estudos foram realizadas por dois revisores. A Figura 1 descreve os passos de seleção dos estudos e o número de artigos incluídos em cada um deles.

Após a seleção, os artigos passaram por leitura detida, e os resultados dos mesmos foram divididos em três categorias: (i) Formação bioética na odontologia, (ii) Questões bioéticas na odontologia, (iii) Bioética na Atenção Primária à Saúde.

Figura 1. Fluxograma de Seleção do estudo.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formação bioética na odontologia

A formação universitária no campo da odontologia tem sido alvo de inúmeras críticas nos anos recentes, por sua natureza técnica e científica, que tem sido incapaz de acompanhar as exigências modernas de um tratamento abrangente e humanizado dos pacientes (NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016), e que desconsidera a “complexidade das relações humanas e suas conexões sociais” (GOMES e RAMOS, 2015a, p. 548).

É necessário um currículo que incorpore o ensino da ética e dos valores que ajudem os cirurgiões-dentistas a realizar sua prática diária de forma mais eficiente (ALCOTA, RUIZ DE GAUNA e GONZÁLEZ, 2013; AL-ZAIN, AL-SADHAN e AHMEDANI 2014; FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014). Nesse contexto, a bioética – disciplina que surgiu nos anos 1970 como proposta de se constituir como ponte entre as ciências biológicas e humanas (ARANGUREN IBARRA, 2014) – aparece como uma ferramenta para que se possa pensar os problemas, apostando-se que o conhecimento fundamenta a ação no mundo, e é definida por Lee Muñoz (2013) como o compromisso moral que o profissional adquire para restaurar a saúde dos outros. A bioética oferece aos alunos a oportunidade de refletir sobre sua prática profissional e os capacita para lidar com situações de conflitos éticos (JUNQUEIRA *et al.*, 2012; NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016), além de estimular os discentes a agirem em conformidade com os referenciais éticos, por livre convicção, e não por coerção (ARANGUREN IBARRA, 2014).

A inserção da bioética no currículo não deve ser pontual e desarticulada das demais disciplinas, mas, outrossim, representar o núcleo de um projeto pedagógico de sensibilização ética, articulado aos demais saberes, a partir do comprometimento de todo o corpo docente (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013), de forma transversal, na formação profissional (BELLO BARRIOS, 2013; FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013; WARMLING *et al.*, 2016). De fato, para alcançar o desenvolvimento – curricular – do ensino-aprendizagem da bioética é preciso um ambiente propício a isso, com professores articulados (ZAROR SÁNCHEZ *et al.*, 2014) e que busquem o conhecimento para trabalhar a dimensão ética da formação profissional (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013). Com efeito, as instituições educacionais devem formar seus professores em relação à importância da bioética, qualificando-os para a abordagem do tema junto aos discentes (BELLO BARRIOS *et al.*, 2013).

Investigação realizada por Finkler, Caetano e Ramos (2013) revelou que os professores acreditam na importância do bom exemplo – derivado do bom senso de cada docente – no ensino da ética. Apesar desses exemplos não serem suficientes para o ensino do manejo dos conflitos éticos cotidianos (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013), estudos têm demonstrado que, de fato, para os alunos, os professores são um exemplo capaz de influenciar seu aprendizado – ou não – em bioética (ZAROR SÁNCHEZ *et al.*, 2014), uma vez que os alunos – muitas vezes – se espelham em suas atitudes (ALCOTA, RUIZ DE GAUNA e GONZÁLEZ, 2013).

Deve ser destacado, igualmente, que o processo de formação profissional abrange muito mais do que o que está definido no currículo formal. Inclui um currículo oculto, no qual as influências de todas as experiências sociais do processo de ensino-aprendizagem irão colaborar na construção de uma série de conceitos que influenciarão na tomada de decisão, na conduta ética profissional e nas habilidades sociais e interpessoais (NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016). Desse modo, o currículo real seria uma soma do currículo formal com o currículo oculto (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014).

Estudos têm relatado – também – que o desenvolvimento moral e ético é influenciado por valores familiares e sociais (NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016; SANCHEZ *et al.*, 2012; ZAROR SÁNCHEZ *et al.*, 2014); entretanto, já foi evidenciado o papel transformador do ensino durante a graduação na construção desses componentes (BLUE, 2013; NACASATO, BOMFIM e DE-CARLI, 2016). Ressalta-se, pois, que as disciplinas de Bioética não são responsáveis exatamente pelo ensino da ética – o que é uma questão ainda em aberto: *é possível ensinar ética?* –, mas pelo aprimoramento ético-humanístico dos futuros profissionais (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013), posto que a virtude não pode ser ensinada, por ser “*inata ao ser humano*”, podendo este, apenas, ser rememorado de suas virtudes, “*restando à reminiscência o acesso e a manifestação desta excelência*” (CASTRO e SIQUEIRA-BATISTA, 2017. p. 308).

Reforçar as informações previamente adquiridas pelos alunos, em bioética, é útil para prepará-los para abordar os futuros conflitos (İLGÜY, İLGÜY e OKTAY, 2015), nesse sentido, o uso de tecnologias de informação tem sido um aliado para a complementação do seu ensino em algumas universidades (JUNQUEIRA *et al.*, 2012; WARMLING *et al.*, 2016), pois, aproxima o ensino da

bioética à prática profissional, desenvolvendo atividades colaborativas e possibilitando a análise de situações de conflitos reais (WARMLING *et al.*, 2016).

Existe, durante a graduação em odontologia, uma questão ética velada: o comércio irregular de dentes humanos. Do ponto de vista bioético, quando a extração do dente é realmente indicada, e o paciente doa esse elemento de forma autônoma, livre e esclarecida, há benefícios para o ensino e para toda a sociedade (BANDEIRA *et al.*, 2014). Entretanto, a maioria dos dentes usados durante a graduação, em grande parte das faculdades brasileiras, são obtidos de forma ilícita, e isso ocorre em um momento do curso, onde os alunos ainda não receberam orientação sobre as implicações éticas e legais da aquisição de órgãos dentais irregulares, sem que os professores questionem a origem desses elementos (FELIPE *et al.*, 2014). O ideal seria a aquisição desses elementos dentais dos Bancos de Dentes Humanos – os quais cumprem as exigências éticas, legais e de biossegurança – e evitar o comércio ilegal (MIRANDA e BUENO, 2012).

Outra questão existente é o conflito de interesses entre as diretrizes curriculares nacionais (que orientam para a formação generalista), e os cursos de pós-graduação (que orientam para a formação especializada) uma vez que – em geral – são os mesmos professores que assumem ambas as tarefas (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014). Para Finkler, Caetano e Ramos (2014) o desafio é não permitir que interesses coletivos fiquem submetidos a interesses particulares, uma vez que a formação deve pautar-se na realidade socioeconômica e cultural do país. Sendo assim, *“mais importante do que a incorporação de uma disciplina de bioética nos cursos, é o resgate da reflexão ética por todos os que se dedicam à tarefa de ensinar”* (JUNQUEIRA *et al.*, 2012, p.98).

A atuação dos professores deve pautar-se na oferta, aos estudantes, de espaços para a reflexão crítica acerca de si e das consequências de suas ações sobre os demais (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013). Ademais, os futuros profissionais devem ser incentivados a não apenas vivenciar o contato com o paciente, mas a *“exercitar um juízo crítico sobre essas experiências vivenciadas”* (JUNQUEIRA *et al.*, 2012, p. 97) e a compreender a realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade

em benefício da sociedade (ORESTES-CARDOSO, MELO e ORESTES-CARNEIRO, 2015).

Deve ser comentado, também, que existe um consenso entre os especialistas em educação de que os conhecimentos e as habilidades clínicas não são suficientes para garantir a qualidade do serviço odontológico (AL-ZAIN, AL-SADHAN e AHMEDANI, 2014), pois as referidas habilidades costumam ser comuns a todos os profissionais, e o que caracteriza um profissional plenamente capacitado é sua conduta e decisões ponderadas também frente as questões morais (ARANGUREN IBARRA, 2014). E, de fato, os estudantes reconhecem e apreciam a importância da ética na prática odontológica para a aquisição de uma boa reputação (ALCOTA, RUIZ DE GAUNA e GONZÁLEZ, 2013; AL-ZAIN, AL-SADHAN e AHMEDANI, 2014; ZAROR SÁNCHEZ *et al.*, 2014).

Questões bioéticas na Odontologia

O elevado grau de conhecimento especializado por parte dos profissionais levava a uma prática paternalista, na qual o ponto de vista do paciente sobre o seu tratamento não era considerado (ARANGUREN IBARRA, 2014). No entanto, pacientes que anteriormente aceitavam sem questionar o tratamento proposto, agora exigem informações mais detalhadas (MALUF, SANTOS DE MELO e GARRAFA, 2014). Para Rillo (2013), esclarecer o paciente sobre o seu diagnóstico e sobre as opções de tratamento é uma forma de respeitar e reconhecer que ele tem a capacidade de compreender sua condição e de tomar decisões. Todas as informações devem ser esclarecidas ao paciente numa linguagem clara e compreensível (ARANGUREN IBARRA, 2014; RILLO, 2013), e o paciente deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, necessário para a realização do tratamento odontológico.

Pacientes que conhecem os riscos do seu tratamento geralmente fazem menos alegações de negligência (LEE MUÑOZ, 2013) e não podem meramente responsabilizar o profissional quando escolhem tratamentos menos completos, e portanto menos resolutivos (REID *et al.*, 2014). Mas, nesse caso, colocam o profissional numa situação delicada, onde a autonomia do paciente não deve tornar-se um direito absoluto, e a liberdade do profissional também deve ser respeitada (MALUF, SANTOS DE MELO e GARRAFA, 2014). Portanto, essa

mudança tem criado situações conflituosas de relacionamento (ARANGUREN IBARRA, 2014), pois aceitar a autonomia do paciente é fácil quando a opinião dele coincide com a do profissional, mas se torna delicada quando diverge (MALUF, SANTOS DE MELO e GARRAFA, 2014). Com efeito, as decisões devem ser tomadas dentro de uma reestruturação da relação profissional-paciente, onde o paciente não tem total responsabilidade por suas escolhas e nem o profissional tem o dever moral de tomar a decisão sozinho (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014).

Nos serviços públicos existem grandes disparidades sócioeconômicas, as quais podem levar o paciente a aceitar qualquer tipo de tratamento proposto, por ser a única opção à qual ele tem acesso (MALUF, SANTOS DE MELO e GARRAFA, 2014). Nesse caso, flagrantemente, a autonomia do paciente é comprometida. Quando há uma coerção para assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – documento que, nesse contexto, deixa de ser “livre e esclarecido” – ou quando o conteúdo do termo explicita a intenção de proteção de apenas uma das partes, o conteúdo ético é corrompido, e o “consentimento” torna-se inválido (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2013).

Outra questão é a indução de padrões estéticos aos pacientes, assumidos como uma necessidade por eles, que sugerem uma falsa autonomia desses pacientes, previamente convencidos pelo mercado, e a sustentação dessa coerção se coloca como um conflito cotidiano para os profissionais, onde de um lado está a lucratividade e do outro a construção do compromisso ético (GOMES E RAMOS, 2015a).

O crescente número de profissionais formados na área da odontologia e a elevação da concorrência no mercado de trabalho tem sido motivo de preocupação (ORESTES-CARDOSO, MELO e ORESTES-CARNEIRO, 2015), devido ao aumento da competitividade entre os profissionais (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014; GOMES E RAMOS, 2015a), pois nesse caso a ética acaba submetida aos interesses do mercado, o que traz, como subproduto, uma fragmentação desumanizada nos cuidados à saúde bucal (GOMES E RAMOS, 2015a), e leva à lacunas entre as expectativas dos pacientes quanto as características éticas dos dentistas ideais e suas impressões dos dentistas reais, principalmente em relação a confiabilidade e a motivação econômica (REID *et al.*, 2014).

Essa competitividade tem causado outros problemas, como a desvalorização do profissional associada aos convênios e às clínicas populares (GOMES e RAMOS, 2015a). De fato, existe uma ascendência dos convênios sobre os direitos do profissional e do paciente, pois o controle sobre a comprovação dos procedimentos realizados pelos profissionais leva a um ambiente de desconfiança, culminando com a excessiva solicitação de exames para comprovar o tratamento realizado, o que muitas vezes submete o paciente a procedimentos desnecessários (GOMES e RAMOS, 2015b). Já nas clínicas populares os problemas éticos ocorrem devido à precarização das relações de trabalho e à exigência de alta produtividade com alta carga de trabalho, aspectos que se articulam aos baixos valores cobrados (GOMES E RAMOS, 2015b).

Um problema que também aflige os profissionais são os maus tratos infantis detectados no consultório odontológico. A negligência dos pais com a saúde bucal dos filhos pode ser caracterizada como maus tratos, e tendo o cirurgião-dentista a obrigação de denunciá-la, essa situação se torna um dilema ético importante, pois essa denúncia poderia acarretar a interrupção e o abandono do tratamento odontológico (KVIST *et al.*, 2014). Dessa forma, é provável que existam muito mais casos de negligência e maus tratos do que os relatados (KVIST *et al.*, 2014), e isso se torna um problema, uma vez que os casos suspeitos maus tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade (BRASIL, 2014).

A manutenção do sigilo profissional também constitui um importante princípio ético para o cirurgião-dentista (BANDEIRA *et al.*, 2014). No entanto, quando a segurança do próprio indivíduo puder ser afetada pela não divulgação de alguma informação, a sua autonomia passa a ser limitada, mas o paciente deve ser informado da revelação de sua condição (NAIDOO E VERNILLO, 2012).

A reflexão ética – com base nessas considerações – torna-se essencial para auxiliar o cirurgião-dentista na tomada de decisão quando confrontados com situações clínicas dilemáticas, pois sua decisão final pode afetar diretamente o bem-estar do pacientes (IZZEDDIN-ABOU e JIMÉNEZ, 2013).

Bioética na Atenção Primária à Saúde

As doenças orais persistem com um padrão de distribuição que refletem a desigualdade no acesso aos serviços de saúde bucal (NAIDOO, 2015), caracterizando-se como um problema que aflige as classes sociais com menor poder econômico (ESCOBAR LÓPEZ, 2013), não só no Brasil, mas em outros países como os EUA (BLUE, 2013) e Venezuela (ARANGUREN IBARRA, 2014). No Brasil, apesar do avanço que houve após a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF) (GOMES e RAMOS, 2015a; GOMES E RAMOS, 2015b), uma clínica ampliada que apresente uma distribuição justa dos serviços para a população e que seja comprometida com os desejos do paciente ainda figura como problema ético-político (ARANGUREN IBARRA, 2014; BANDEIRA *et al.*, 2014; GOMES e RAMOS, 2015b).

A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde bucal desencadeou um amplo debate bioético, e a resolução dos problemas de saúde bucal de todas as pessoas adquiriu uma grande importância, pois enfrentar essas desigualdades requer estratégias adaptadas aos determinantes e às necessidades de cada grupo social (NAIDOO, 2015). Desse modo, os princípios éticos de proteção, da justiça e da responsabilidade não se restringem apenas ao Estado e aos seus representantes, mas devem ser abraçados por cada profissional de saúde bucal, na sua prática dentro da comunidade em que trabalham, utilizando os recursos da epidemiologia e os critérios de risco social para encontrar os usuários mais vulneráveis e facilitar seu acesso aos cuidados odontológicos (NAIDOO, 2015).

A não inclusão de tratamentos especializados necessários à população no sistema público de saúde, ou a incapacidade dos Centros de Especialidades Odontológicas de absorver a demanda por esse tratamento (AQUILANTE e ACIOLE, 2015), também configura um problema, por ferir o princípio da integralidade do cuidado, o qual pode ser enunciado como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos níveis de complexidade (BRASIL, 1990). A doença periodontal, por exemplo, tem grande importância epidemiológica e acomete uma parte elevada da população, mas o acesso a esse tratamento especializado não tem sido disponibilizado a todas as pessoas. Desse modo, a população mais carente acaba perdendo os seus dentes ou contraindo um processo inflamatório crônico, com consequências para a saúde em geral (ESCOBAR LÓPEZ, 2013). Do mesmo modo, medidas básicas de

prevenção, que apresentam um custo-benefício sustentável e são eficientes – como a fluoretação das águas de abastecimento público –, ainda não foram implementadas em muitos países ao redor do mundo (NAIDOO, 2015).

Os profissionais que atuam na APS devem reconhecer que o processo de saúde-doença nas comunidades pode não possuir uma causa única, biológica, podendo ser resultante das condições de vida daqueles indivíduos (SANCHEZ *et al.*, 2012). Ademais, devem ter consciência também das barreiras que existem no cuidado à saúde bucal, causadas pelas diferenças culturais, linguísticas e socioeconômicas (DONATE-BARTFIELD, LOBB e ROUCKA, 2014). É necessário compreender a necessidade de se respeitar essas diferenças e ter bagagem para resolver esses conflitos éticos de base cultural, respeitando a autonomia do paciente (DONATE-BARTFIELD, LOBB e ROUCKA, 2014).

Outra questão importante que envolve a odontologia coletiva é que, para os profissionais, a odontologia privada é referência de sucesso e satisfação (GOMES e RAMOS, 2015b), e de fato, mesmo com as mudanças no mercado de trabalho e a ampliação do número de ESB no PSF, ainda existe um desinteresse pela área da saúde bucal coletiva (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014; GOMES e RAMOS, 2015a), causados possivelmente pela desvalorização do trabalho na saúde pública e pelo menor status atribuído a esses profissionais (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014). Desse modo, a saúde bucal coletiva não é percebida como uma alternativa para o sucesso profissional, pelo contrário, assumir um compromisso com o serviço público significa fracassar profissionalmente (GOMES e RAMOS, 2015a).

Entretanto, a consolidação de um grupo de profissionais da saúde bucal coletiva – ainda que pequeno frente ao hegemônico mercado de trabalho odontológico liberal no Brasil – vem promovendo um espaço de reflexividade, no qual o direito à saúde como conquista de cidadania assume um sentido de transformação, e leva a excelência profissional sob novos paradigmas de trabalho, com uma atuação interdisciplinar e não mercadológica (GOMES e RAMOS, 2015b). Porém, para maior adesão a essas ações humanizadas é necessária uma política de valorização do profissional e uma ampliação de espaços de debate ético/político (GOMES e RAMOS, 2015b).

É importante também uma mudança na percepção dos profissionais de saúde bucal, uma vez que o entendimento de que o serviço público é voltado

para os que não podem pagar por um tratamento odontológico privado e que, portanto, não poderiam exigir um bom serviço, ainda impactam nas transformações da saúde bucal coletiva (GOMES e RAMOS, 2015b). Desse modo, se faz necessária uma prática odontológica pautada no respeito ao outro e no compromisso com a dignidade da vida humana, pois esse *“caminho faz com que o trabalho na APS se afaste de referenciais biomédicos e se aproxime da incorporação da bioética nesse nível de atenção”* (SANCHEZ *et al.*, 2012, p. 108).

Além disso, a própria “exigência” da mudança do perfil do profissional para atuar na APS e as novas atribuições que são incorporadas ao seu processo de trabalho, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, de forma integral e interdisciplinar (MORAES, KLIGERMAN e COHEN, 2015), podem levar a conflitos éticos. Entretanto, ainda existem poucos estudos na literatura discutindo esses aspectos referentes a odontologia. Em relação aos dilemas enfrentados por médicos e enfermeiros na APS, Zoboli e Fortes (2004) mapearam os principais conflitos presentes nesse cenário – em investigação realizada com médicos e enfermeiros – e os dividiram em três categorias: problemas éticos nas relações com usuários e família, problemas éticos nas relações da equipe, e problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são poucos os trabalhos publicados sobre as questões bioéticas enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas, especialmente referentes ao seu trabalho na APS. No entanto, esses problemas ocorrem com frequência, e podem envolver situações relacionadas a autonomia dos pacientes, a competitividade no mercado de trabalho e as desigualdades no acesso aos cuidados odontológicos no sistema público de saúde.

O aumento das vagas de trabalho no serviço público, depois da inserção dos cirurgiões-dentistas na ESF, tem sido uma alternativa para absorver os profissionais, mas, deve-se ressaltar que a atuação no serviço público requer sabedoria para compreender as diversidades culturais e socioeconômicas da população, e competência para lidar com situações de conflito e atender de

forma humanizada e equânime os pacientes, colaborando para o fim da desigualdade no acesso a saúde bucal, ainda tão evidente na sociedade.

Dessa forma, a bioética vem sendo considerada uma área do conhecimento central, pois norteia os profissionais a tomarem decisões reflexivas, apoiados em conceitos e de forma humanística, respeitando a dignidade das pessoas. Assim, oferecer formação aos futuros profissionais para lidarem com situações de conflitos éticos e para serem agentes transformadores da qualidade de vida das pessoas requer a inserção transversal da bioética no currículo odontológico, pois um profissional só atingirá a excelência na sua prática quando conseguir unir a competência técnica e científica com o respeito e a preocupação – ética – com os outros.

REFERÊNCIAS

1. ALCOTA, M.; RUIZ DE GAUNA, P.; GONZÁLEZ, F. E. Development of ethical practices and social responsibility in dental education at the university of Chile: student and faculty perceptions. **Eur J Dent Educ.** v. 17, n. 1, p. 70-47, Feb. 2013.
2. AL-ZAIN, S. A.; AL-SADHAN, S. A.; AHMEDANI, M. S. Perception of BDS students and fresh graduates about significance of professional ethics in dentistry. **J Pak Med Assoc.** v. 64, n. 2, p. 118-123, Feb. 2014.
3. AMORIM, A. G.; SOUZA E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 869-878, Mai. 2010.
4. AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, Jan. 2015.
5. ARANGUREN-IBARRA, Z. M. Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética. **Acta Odontol Venez.** V. 52, n. 1, 2014.
6. BANDEIRA, A. M. B. et al. A visão bioética do Código de Ética Odontológico Brasileiro. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, jun. 2014.
7. BELLO-BARRIOS, S. C. et al. La bioética como eje transversal en el pensum de estudio de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia Venezuela. **Acta Odontol Venez.** v. 51, n. 1, 2013.
8. BLUE, C. M. Cultivating professional responsibility in a dental hygiene curriculum. **J Dent Educ.** v. 77, n.8, p. 1042-1051, Aug. 2013.
9. BRASIL. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou

- degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, jun 2014. **Diário Oficial da União**, 2014, n. 121, Seção 1, p. 2.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990, **Diário Oficial da União**, 1990, Seção 1, p.18055.
 11. CASTRO, J. C.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A virtude pode ser ensinada? Uma aproximação a partir dos diálogos platônicos de Mênon, Protágoras e Eutidemo. **Hypnos**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 288-310, Dez. 2017.
 12. DONATE-BARTFIELD, E.; LOBB, W. K.; ROUCKA, T. M. Teaching culturally sensitive care to dental students: a multidisciplinary approach. **J Dent Educ.** v. 78, n. 3, p. 454-464, Mar. 2014.
 13. ESCOBAR-LÓPEZ, M. T. Atención en salud oral: un escenario de exclusión en las leyes colombianas y un asunto para la bioética, a partir de un caso de enfermedad periodontal. **Rev. colomb. Bioét.** v. 8, n. 1, p. 107-122, Jun. 2013.
 14. FELIPE, E. F. et al. Aspectos éticos da obtenção de dentes por estudantes de uma graduação em Odontologia. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 22, n. 1, p. 171-175, Abr. 2014.
 15. FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, Out. 2013.
 16. FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-361, Ago. 2014.
 17. GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, Jun. 2015.
 18. GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. A subjetividade do profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética e especialização. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 451-472, Ago. 2015.
 19. GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 285-297, Mar. 2015.
 20. İLGÜY, M.; İLGÜY, D.; OKTAY, İ. Ethical decision making in dental education: a preliminary study. **BMC Med Ethics**. v. 16, n. 52, p. 1-6, Jul. 2015.
 21. IZZEDDIN-ABOU, R.; JIMÉNEZ, F. Bioética em Odontología, una visión con principios. **CES Odontol.** v. 26, n. 1, p. 68-76, Jun. 2013.
 22. JUNQUEIRA, C. R. et al. O ensino de bioética: avaliação discente por meio de fóruns de discussão na Internet. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 18, n. 1, p. 93-100, Jun. 2012.
 23. KVIST, T. et al. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. **Eur J Oral Sci.** v. 122, n. 5, p. 332-338, Out. 2014.
 24. LEE-MUÑOZ, X. et al. Compromiso bioético de los estudiantes durante proceso de enseñanza aprendizaje clínico en odontología. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 19, n. 2, p. 307-313, nov. 2013.

25. MALUF, F.; SANTOS DE MELO, N.; GARRAFA, V. La bioética en la relación profesional paciente en odontología. **Acta Odontol Venez.** v. 52, n.2, 2014.
26. MIRANDA, G. E.; BUENO, F. C. Banco de dentes humanos: uma análise bioética. **Rev. bioét.** Brasília, v. 20, p. 255-266, Ago. 2012.
27. MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN SC. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 171-186, Mar. 2015.
28. NACASATO, R. P.; BOMFIM, R. A.; DE-CARLI, A. D. Ethical and moral development: aspects relating to professional training in Dentistry. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas, v. 64, n. 1, p. 43-49, Mar. 2016.
29. NAIDOO, S. Ethical considerations in community oral health. **J Dent Educ.** v. 79, suppl 5, p. 38-44, Mai. 2015.
30. NAIDOO, S.; VERNILLO, A. Ethical and legal issues on HIV testing, policy and the practice of dentistry. **J Forensic Odontostomatol.** v. 30, n. 2, p. 7-16, Dez. 2012.
31. ORESTES-CARDOSO, S.; MELO, M. V. S.; ORESTES-CARNEIRO, R. Representação de valores morais para o exercício profissional em estudantes de odontologia. **Rev. bioét.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 178-186, Abr. 2015.
32. REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2014: p.160.
33. REID, K. et al. A comparison of expectations and impressions of ethical characteristics of dentists: results of a community primary care survey. **J Am Dent Assoc.** v. 145, n. 8, p. 829-834, Aug. 2014.
34. RILLO, A. G. Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología. **Humanidad. Med.** v. 13, n. 2, p. 393-411, Ago. 2013.
35. SANCHEZ H. F. et al. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta bioeth.**, Santiago, v. 18, n. 1, p. 101-109, Jun. 2012.
36. WARMLING, C. M. et al. Ensino da bioética: avaliação de um objeto virtual de aprendizagem. **Rev. Bioét.**, 2016 Dez; 24(3): 503-514.
37. ZAROR-SÁNCHEZ C. et al. Enseñanza de la bioética em el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes **Acta bioeth.**, Santiago , v. 20, n. 1, p. 135-142, Jun. 2014.
38. ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dez. 2004.

ARTIGO 3

BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi descrever (1) os principais problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, (2) como esses profissionais lidam com essas questões e (3) o conhecimento deles sobre ética e bioética. Trata-se um estudo quanti-qualitativo, realizado através da aplicação de um questionário semiestruturado a 48 cirurgiões-dentistas da microrregião. Foi realizada uma análise descritiva a partir da frequência absoluta e relativa. Para os dados qualitativos, foi empreendida a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin. A idade dos participantes variou de 23 a 70 anos. A maioria era do sexo feminino (72,9%), tinham realizado pós-graduação (71,0%) e apresentavam tempo de profissão igual ou superior a 12 anos (62,5%). Trinta e oito participantes (79,2%) identificaram, na sua prática profissional, um ou mais problemas (bio)éticos, que foram categorizados em: (1) problemas (bio)éticos relacionados aos membros da equipe da APS, (2) problemas (bio)éticos relacionados à gestão, (3) problemas (bio)éticos envolvendo a equipe e os usuários, e (4) problemas (bio)éticos relacionados à quebra de sigilo profissional. A reunião em equipe (40,0%) foi a abordagem mais citada pelos participantes para a resolução desses problemas. Menos da metade dos participantes (45,8%) disseram ter havido solução para tais questões e cerca de 79,0% responderam não conhecer nenhum conceito de ética e bioética. Os resultados do presente estudo corroboram para a necessidade de ações de educação permanente dirigida aos profissionais para reconhecerem e deliberarem adequadamente sobre os problemas (bio)éticos.

Palavras-chave: Bioética; Odontólogos; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 foi implementado, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) – que tem como diretrizes a universalidade, a equidade e a integralidade –, produzindo-se uma reorganização da dinâmica da atenção à saúde (JUNGUES, 2011), com caráter firmemente articulado aos referenciais da justiça distributiva, ao assumir a saúde como direito de todos e dever do Estado (FORTES e ZOBOLI, 2005). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configurou como a porta de entrada do usuário nesse sistema de saúde, com ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017a).

No entanto, para a concretização dessa nova prática, se faz necessária uma transformação nas atitudes dos atores envolvidos (ZOBOLI e FORTES, 2004), e nesse contexto, as instituições de ensino não têm formado profissionais com perfil adequado para atuar no SUS, reconhecendo a saúde como um produto social e atuando para a oferta de um cuidado integral e equânime (GOMES, COSTA e JUNQUEIRA, 2012). As instituições de ensino superior devem se comprometer com a formação moral dos discentes e com a dimensão ética da atenção em saúde (CAMPANY, 2016).

O ensino da ética nos cursos de graduação em saúde tem se pautado principalmente na perspectiva deontológica, trabalhando em termos da transmissão das regras estabelecidas como direitos e deveres presentes nos códigos de ética profissional, desconsiderando as subjetividades e a complexidade do processo de construção de vínculos necessários para o cuidado de saúde (CREUTZBERG *et al.*, 2005). Com efeito, uma das questões que emergem do processo de formação profissional está no despreparo para a abordagem das questões éticas no cotidiano do trabalho na APS (MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA e VIDAL, 2012). É necessário, durante a formação profissional, contemplar temas que capacitem os futuros profissionais para a percepção, antecipação, minimização e solução dos conflitos – incluindo aqueles de ‘natureza’ ética – que acontecem no seu ambiente de trabalho (FREIRE e TUNES, 2017).

Desse modo, diferente da ética profissional, a bioética se apresenta como um campo do conhecimento aplicado a situações de conflitos, e o seu papel é tornar possível a construção de uma escolha racional – e razoável – frente as questões éticas que ocorrem rotineiramente no cotidiano profissional (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014). O princípalismo – primeira corrente da bioética a se estruturar, e escolhida como referencial para a discussão dos problemas (bio)éticos listados no presente artigo – baseia-se em quatro princípios igualmente importantes: respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, que orientam na tomada de decisão (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014).

A bioética se propôs a superar a divisão entre a ciência e a reflexão ética, *“traçando pontes entre o ‘bios’ e as ‘humanidades’”*, e dessa forma se destina a dar conta de integrar essas duas áreas de conhecimento numa única área de reflexão (JUNGES e ZOBOLI, 2012, p.1052). Na APS, os conflitos éticos decorrem da tentativa de dar respostas às necessidades de saúde, e estão configurados pela subjetividade e pelo contexto sociocultural dos usuários e dos profissionais, e dessa forma, não se pode usar, na APS, uma ética puramente deontológica, que reflita apenas deveres ou consequências, pois ela exige uma hermenêutica que reflita a própria facticidade do contexto em que acontecem os problemas éticos (JUNGUES, 2011). Para Zoboli e Fortes (2004) os problemas éticos que ocorrem na APS são decorrentes de preocupações do cotidiano, de circunstâncias comuns da prática na atenção à saúde, e não de situações dilemáticas, e essa peculiaridade pode levar à dificuldade de identificá-los, mas, apesar dos problemas nessa área se apresentarem menos dramáticos, não tem menor importância, pois são amplos e complexos.

Na odontologia, assim como em outros campos da área da saúde, frequentemente ocorrem problemas éticos, envolvendo diferentes aspectos (AMORIM e SOUZA, 2010). Entretanto, os poucos estudos relacionados ao tema, encontrados na literatura, têm relatado que os cirurgiões-dentistas apresentam uma visão reduzida e limitada dos problemas éticos, associando-os apenas às situações de ordem deontológica, o que os leva a ter uma compreensão distorcida da realidade de seu meio (MALUF e AZAMBUJA, 2015; AMORIM e SOUZA, 2010).

Com base nessas considerações, o objetivo desse artigo é descrever os principais problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas (CD) que atuam na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, comparando com estudos anteriores sobre a mesma temática e discutindo-os, à luz da bioética principialista. Bem como relatar o conhecimento desses profissionais sobre ética e bioética.

MÉTODOS

Este artigo é parte da análise dos resultados de um projeto intitulado: *Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectivas dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Viçosa - MG*. Devido a quantidade de informações obtidas e da extensão do questionário, os resultados da pesquisa foram divididos em duas publicações. Nessa será contemplada, além da caracterização da população estudada, as análises das perguntas referentes (1) aos problemas (bio)éticos vivenciados pelos cirurgiões-dentistas, (2) as abordagens, soluções e consequências dessas questões, e (3) o conhecimento dos conceitos e o entendimento desses profissionais acerca da ética e da bioética.

Esta investigação caracteriza-se como um estudo quanti-qualitativo, situado no campo da pesquisa social, e foi realizada através da aplicação de questionário já utilizado em investigações anteriores (MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA e VIDAL, 2012; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015).

O campo da pesquisa compreendeu a Microrregião de Saúde de Viçosa, localizada na região da Zona da Mata, no sudeste de Minas Gerais. A microrregião é composta por 9 municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeiras e Viçosa. A população total da microrregião, em 2017, era de 138.211 pessoas, e a cobertura da APS na modalidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 88,6% (122.448 habitantes), com 44 equipes implantadas, sendo Viçosa o único município que não apresentava cobertura de 100,0% da ESF (cobertura de 79,8%) (BRASIL, 2017). Estavam implantadas, nos municípios da microrregião, 32 Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo 20 na modalidade I (composta por 1 CD e 1 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)), e 12 na modalidade 2 (composta por 1

CD, 1 ASB e 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB)). Além dos cirurgiões-dentistas que trabalhavam nas ESB implantadas na ESF, ainda existiam 21 cirurgiões-dentistas que atuavam na APS, em unidades de saúde convencionais (BRASIL, 2017) e que também foram incluídos na pesquisa.

Foram convidados a participar da pesquisa todos os cirurgiões-dentistas que exerciam atividades no âmbito da APS nas cidades da microrregião, e que não se enquadravam nos seguintes critérios de exclusão: profissionais que estavam de licença médica ou atuando exclusivamente em ações de prevenção, no período da coleta de dados.

Após a aprovação do Secretário Municipal de Saúde de cada município para aplicação do questionário, foi realizado um contato prévio com cada profissional, para agendamento de data, horário e local de preferência do entrevistado, de forma que não prejudicasse o andamento do serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS). Os questionários possuíam perguntas fechadas e abertas, e foram aplicados de forma presencial por um único pesquisador treinado.

Foi realizada uma análise descritiva (frequência absoluta e relativa) das características gerais dos participantes da pesquisa. Para as questões qualitativas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2008), que propõe uma sequência para análise baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. As respostas às perguntas sobre o entendimento de ética e bioética foram apreciadas a partir do serviço de *web* “Tagul” disponível em: <https://wordart.com/>, o qual é uma ferramenta para gerenciar “nuvens de palavras”.

A investigação que deu origem ao presente artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV), sob o Parecer nº. 2.205.321 / CAAE: 69789917.4.0000.5153. A participação de cada cirurgião-dentista foi voluntária e vinculada à aprovação expressa do participante, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 466/2012.

Foi assegurado aos participantes a confidencialidade e o sigilo na coleta das informações, e o anonimato na apresentação dos resultados. Cada

questionário foi identificado com o código CD – referente a cirurgião-dentista – seguido por numeração crescente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população estudada

Apenas dois cirurgiões-dentistas – dos 53 que atuavam na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG –, se enquadravam nos critérios de exclusão. Dos 51 profissionais restantes, 48 (94,1%) aceitaram participar do estudo. A idade dos participantes variou de 23 a 70 anos, com média e desvio padrão de $40,7 \pm 12,6$ anos. Houve um predomínio do sexo feminino – 35 participantes (72,9%) –, e aproximadamente 71,0% dos profissionais já haviam realizado uma pós-graduação, sendo a especialização a mais citada (52,1%). A maioria entrevistados (62,5%) apresentavam um tempo de profissão igual ou superior a 12 anos, e, em relação ao tempo de serviço na APS, houve um predomínio de profissionais que trabalhavam nessa área a seis anos ou mais (Tabela 1).

Esse dado se contrapõe aos encontrados em outros estudos sobre a mesma temática, com profissionais de diversas categorias atuantes da APS, nos municípios do Rio de Janeiro-RJ (SIMAS *et al.*, 2016) e Viçosa - MG (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015), onde o tempo de atuação dos entrevistados na APS era predominantemente menor que cinco anos.

Tabela 1. Tempo de profissão e de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

Tempo de profissão	N	%	Tempo total de trabalho na APS	N	%
< 1 ano	4	8,3%	< 1 ano	7	14,6%
1-5 anos	11	22,9%	1-5 anos	11	22,9%
6-11 anos	3	6,2%	6-11 anos	9	18,7%
12-20 anos	13	27,1%	12-20 anos	14	29,8%
21 ou mais	17	35,4%	21 ou mais	7	14,6%

Fonte: Dados da pesquisa

O fato da maioria dos cirurgiões-dentistas que atuam na APS dessa microrregião apresentarem um tempo de serviço público de seis anos ou mais – com predomínio na faixa entre 12 a 20 anos – é um ponto positivo, devido a maior possibilidade da criação do vínculo com os pacientes e com a equipe. O vínculo é um dos princípios norteadores das ações do cuidado em saúde (GONÇALVES, RAMOS e GARRAFA, 2010), e é necessário tempo para que se estabeleça essa relação (JUNGES *et al.*, 2012).

Problemas (bio)éticos identificados pelos participantes

Quando questionados sobre situações vivenciadas na APS que consideravam serem problemas de ordem ética, dez entrevistados (20,8%) disseram que nunca haviam tido nenhum problema dessa ordem, ou que não se lembravam. O restante, 38 participantes (79,2%), relataram um ou mais problemas (bio)éticos vivenciados, totalizando 61 problemas desta natureza, os quais foram divididos em quatro categorias, sendo elas: (1) problemas (bio)éticos relacionados aos membros da equipe da APS, (2) problemas (bio)éticos relacionados à gestão, (3) problemas (bio)éticos envolvendo a equipe e os usuários, e (4) problemas (bio)éticos relacionados a quebra de sigilo profissional.

Tabela 2. Categorização dos Problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, 2017.

Categorias	Problemas (bio)éticos citados	N	%
Relacionados aos membros da equipe da APS 24 citações – 39,3%	Comentários indevidos sobre a vida alheia (fofoca)	7	11,5%
	Dificuldade de delimitar as especificidades de cada profissional	4	6,6%
	Violação de privacidade dos colegas	4	6,6%
	Imagem denegrida por colegas	3	4,9%
	Assédio moral	3	4,9%
	Fraude em prontuário	1	1,6%
	Não cumprimento de carga horaria	1	1,6%
	Furto	1	1,6%
Relacionados à gestão 16 citações – 26,2%	Interferência política no trabalho	5	8,2%
	Abuso de autoridade/perseguição por gestores	4	6,6%
	Falta de condições de trabalho	3	4,9%
	Despreparo dos gestores para lidar com situações de conflito	2	3,3%

	Admissão de profissionais sem capacitação	2	3,3%
Envolvendo a equipe e os usuários 9 citações – 14,8%	Predileção/ privilégios	4	6,6%
	Desrespeito e descaso com o paciente	3	4,9%
	Conversas maldosas sobre os pacientes	1	1,6%
	Recusa em atender pacientes HIV+	1	1,6%
Relacionados à quebra de sigilo profissional 12 citações – 19,7%	Quebra de sigilo profissional	12	19,7%

Fonte: Dados da pesquisa

A dificuldade de reconhecer os problemas éticos, como exemplificado na fala a seguir: *“Não recordo, acontece muito, mas na maior parte das vezes passa despercebido”* [CD18], já havia sido identificada por Zoboli e Fortes (2004) num estudo realizado com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de São Paulo-SP. Os problemas éticos emergem do contexto no qual os profissionais estão inseridos e diferem dependendo do cenário dos serviços de saúde, e, como nas UBS os problemas éticos apresentam-se de forma mais sutil, podem passar despercebidos (ZOBOLI e FORTES, 2004), ou não serem reconhecidos como problemas éticos pelos profissionais (JUNGES *et al.*, 2012).

A categoria **Problemas (bio)éticos relacionados aos membros da equipe da APS** representou 39,3% (24/61) dos relatos dos entrevistados, e esses problemas foram sub categorizados em: comentários indevidos sobre a vida alheia (fofocas), dificuldade de delimitar as especificidades de cada profissional, violação de privacidade dos colegas, imagem denegrida por colegas, assédio moral, fralde em prontuários, não cumprimento de carga horaria e furto.

As equipes de saúde configuram uma rede de relações formada por profissionais que têm saberes e desenvolvem práticas diferentes (MATUMOTO, MISHIMA e PINTO, 2001), o que torna esses conflitos em equipe esperados (ZOBOLI e FORTES, 2004), e produtores de tensões no cotidiano das equipes da APS, comprometendo a integralidade do cuidado (SIMAS *et al.*, 2016). A fala do participante, a seguir, representa a complexidade da relação entre os profissionais: *“A enfermeira chefe do PSF queria que eu fizesse trabalhos que não condizem com meu trabalho. Ao questioná-la, ela gritou comigo na frente da*

equipe, e eu também me senti no mesmo direito...e hoje não nos falamos mais” [CD10].

Essa disparidade de poder na hierarquia, no que se refere a ordens a serem obedecidas, também foi relatada em um estudo sobre a mesma temática realizada com profissionais de duas equipes da ESF de Salvador-BA, e para os autores esse comportamento traz *“incertezas quanto à fluidez e à efetividade do trabalho dos membros da equipe”* (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017, p.739). Para o sucesso da APS é necessário um atendimento integral e resolutivo, e isso exige comunicação e cooperação entre os profissionais (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017), de forma que não prevaleça a hierarquia entre os membros da equipe, mas a integração de competências e a cooperação nas atividades (MARTINS, VILLELA e CASOTTI, 2017).

Outro problema ético citado foi a dificuldade de se delimitar as funções de cada membro da equipe e a interferência no trabalho do colega, como exemplificado: *“alguns agentes se consideram aptos a diagnosticar o paciente, o que leva o paciente a nos questionar durante a consulta o porquê do que está sendo tratado, já que não confere com o que o agente [Agente Comunitário de Saúde] falou”* [CD05], e *“Situações entre colegas de profissão em todos os setores, onde os profissionais da saúde na UBS acabam ‘se intrometendo’ demais fora da sua área por acharem que conhecem o usuário fora do ambiente de trabalho”* [CD16].

Para Zoboli e Fortes (2004, p.1692), a característica de vínculo e responsabilização da ESF com os usuários de sua área *“traz novas nuances a um velho problema: o estabelecimento dos limites da relação com o usuário”*. Na fala do [CD16] pode-se identificar uma intromissão justificada pelo conhecimento dos pacientes fora do local de trabalho, não respeitando dessa forma a limitação técnica de cada área, o que pode ser prejudicial ao próprio paciente, por gerar desconfiança em relação a conduta de outros profissionais. Para resolver os conflitos dessa ordem os profissionais precisam definir suas atribuições e suas competências de maneira conjunta, com diálogo e respeito às diferenças (ZOBOLI e FORTES, 2004).

Também houve relato de difamação entre colegas de trabalho: *“Sofri assédio moral por uma colega de profissão (dentista) que falava para a população que eu não trabalhava, que não ia na UBS...”* [CD34]. A difamação de

um membro da equipe por outro deve ser ponderada sobre sua imparcialidade, uma vez que pode ser fruto apenas do mau relacionamento entre colegas de trabalho, e não ter nenhum embasamento técnico e concreto que o justifique, sendo desse modo injusto e maldoso, uma vez que se o paciente já chega com uma ideia preestabelecida sobre o profissional, o seu julgamento sobre a proposta e a condução do tratamento será comprometida. A formação do vínculo entre a equipe de saúde e o usuário é indispensável para a garantia de corresponsabilidade no trabalho entre os profissionais e os usuários (VIDAL, MOTTA e SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A complexidade das relações é evidenciada também no desrespeito a privacidade dos colegas, conforme exemplificado a seguir: *“gravação de conversa de dentistas, por funcionários”* [CD36]. O desrespeito à privacidade – nesse caso especificamente entre colegas – fere o princípio da autonomia do indivíduo, por negligenciar a vontade do colega de não ser exposto, e da não-maleficência, pelos danos que essa exposição podem causar.

Houve relato, ainda, de denúncia de profissionais por colegas aos gestores municipais, como exemplificado a seguir: *“os agentes foram reclamar da médica em relação ao horário de trabalho com o prefeito”* [CD27]. Neste relato, o profissional teve a intenção de trazer a “denúncia do ACS ao prefeito” como questão (bio)ética, no entanto, acabou narrando o descumprimento da carga horária de trabalho de uma colega, o que já havia sido identificado, em pesquisa anterior, como um problema (bio)ético (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017).

No que diz respeito à categoria **Problemas (bio)éticos relacionados à gestão**, houveram 16 relatos (26,2%) atinentes à diferentes situações: interferências de políticos no trabalho, abuso de autoridade/perseguição por gestores, falta de condições de trabalho, despreparo dos gestores para lidar com situações de conflito, e admissão de profissionais sem capacitação.

No direcionamento do processo de atenção à saúde, o gestor municipal tem papel fundamental e suas decisões devem ser éticas e regidas com responsabilidade, pois afetam tanto os indivíduos quanto a coletividade (AMORIM e SOUZA, 2010). A incapacidade de alguns gestores para o manejo de situações de conflito foi identificada como um problema (bio)ético, conforme exemplificado: *“Podemos citar relações do gestor/secretário de saúde, em que*

ao ser informado dos problemas entre funcionários, expôs o relato frente aos colegas de trabalho, causando desconforto no ambiente de trabalho” [CD19]. Esse despreparo dos gestores pode ser evidenciado também na forma de abuso de autoridade, o que também foi descrito em estudo anterior (SIMAS *et al.*, 2016), e pode ser exemplificado pela fala a seguir: *“O gestor propôs, ou quase impôs, ao profissional que ele desviasse de sua função ou cargo, uma vez que era contratado”* [CD20]. A precariedade do vínculo empregatício pode colocar o servidor numa situação de submissão, tirando-lhe a autonomia de decidir desempenhar ou não a outra função.

A interferência de políticos no funcionamento do serviço também foi considerado um problema (bio)ético: *“Bilhetes de autoridades, fazendo com que a fila não fosse respeitada”* [CD41]. Essa interferência, já evidenciada em estudo anterior (JUNGES *et al.*, 2012), fere diretamente o princípio bioético da justiça para aquele paciente que está aguardando na fila para iniciar um tratamento, uma vez que, colocando outros em sua frente, dificulta ainda mais o seu acesso. Com essa conduta, os políticos desrespeitam as normas vigentes e aproveitam os serviços de saúde em benefício próprio, por interesses eleitoreiros (JUNGES *et al.*, 2012).

A falta de condições adequadas de trabalho, conforme exemplificado: *“Profissional sendo obrigado a lavar as mãos com sabão em pó, enxugar as mãos com papel higiênico”* [CD41], também foi percebida como um problema de ordem (bio)ética. O código de ética odontológico reserva ao profissional o direito de se recusar a exercer a profissão, em âmbito público ou privado, onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres (CFO, 2012). A falta de condições adequadas de trabalho, também encontrada em outros estudos (AMORIM e SOUZA, 2010; JUNGES *et al.*, 2012), representa um sério problema (bio)ético por ferir diretamente o princípio da beneficência e da não-maleficência, uma vez que não se pode garantir o melhor tratamento possível e sem nenhuma possibilidade de dano se não se dispõe de uma adequada condição de trabalho.

A inadequação do local do trabalho para o fim a que se destina também compromete a confidencialidade e a privacidade dos usuários (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017), e pode ser exemplificada na fala: *“Guarda inadequada dos prontuários médico/odontológicos”* [CD47]. Nesse caso, a inadequação faz referência a dificuldade de manter o sigilo das informações contidas no

prontuário dos usuários, devido à falta de um lugar adequado para guardá-los. Nesse sentido, o direito à privacidade pode ser conceituado, numa forma mais abrangente, como o limitado acesso às informações dos usuários (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017). O possuidor do direito sobre o prontuário é o próprio usuário, e ele deveria poder definir quem tem o direito de ter acesso à essa documentação (JUNGES *et al.*, 2015). Nessa esfera, já existe estudo no qual os pacientes manifestaram o desejo de restrição ao acesso de suas informações por profissionais que não estivessem diretamente ligados ao seu cuidado (SACARDO, 2001).

Em relação à categoria **Problemas (bio)éticos envolvendo a equipe e os usuários** foram identificados nove relatos (14,8%), que abordaram os seguintes tópicos: desrespeito/descaso com o paciente, conversas maldosas sobre pacientes, recusa em atender pacientes com HIV, e predileção/privilégio no repasse de informações e nos atendimentos.

O desrespeito com os pacientes parece ser um problema comum, uma vez que também foi citado por profissionais da APS em estudos anteriores sobre essa temática (SIMAS *et al.*, 2016; ZOBOLI e FORTES, 2004; VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017), e pode ser exemplificado nas falas seguintes: *“Paciente reclamou do mau atendimento e o profissional respondeu que na saúde pública era assim, mas se ele fosse ao consultório particular o atendimento seria diferenciado”* [CD22].

Os pacientes que dependem dos serviços públicos de saúde encontram barreiras e morosidade para o agendamento de consultas, o que já os coloca numa posição de desvantagem frente aos usuários que podem pagar por um tratamento particular, configurando uma injustiça no acesso à saúde e ferindo o princípio da não-maleficência, posto que por danos causados aos pacientes também pode-se compreender a ação de frustrá-los ou interpor obstáculos aos seus interesses (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014).

Outra situação, também relatada na pesquisa, foi a predileção por parentes e “conhecidos”, como exemplificado no relato: *“O ACS apadrinhar parentes e amigos, dando-lhes privilégios em atendimentos na UBS”* [CD47]. A APS, até por sua configuração de assistência em áreas delimitadas e com membros da equipe morando na área de abrangência, pode causar esse tipo de situação, no entanto, esse apadrinhamento fere o princípio da justiça, por não dá

as mesmas oportunidades de direito ao acesso aos serviços para todos os moradores da área atendida (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

A discriminação de pacientes no serviço público também foi reconhecida como um problema (bio)ético, conforme citação: “*recusa ao atendimento de pacientes com doenças infectocontagiosas*” [CD33]. A discriminação do ser humano, de qualquer forma, ou sobre qualquer pretexto, constitui uma infração ética (CFO, 2012), e dificultar o seu acesso aos serviços de saúde se configura num determinante de injustiças nessa área (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014), se contrapondo ao princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde oferecido pelo SUS.

A desumanização infringida às pessoas estigmatizadas atenta contra a dignidade humana e a inferioriza perante aos outros, aumentando sua vulnerabilidade (GODOI e GARRAFA, 2014). Para Naidoo (2015), os princípios éticos da proteção, da justiça e da responsabilidade devem ser abraçados por cada profissional dentro de sua prática, de forma a facilitar o acesso aos cuidados odontológicos dos usuários mais vulneráveis.

Por fim, contrariando estudos anteriores (AMORIM e SOUZA, 2010; VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017; ZOBOLI e FORTES, 2004), que destacaram como problema (bio)ético a dificuldade de encaminhamento de pacientes à especialistas de diferentes áreas da saúde, não houve, nessa pesquisa, nenhuma referência por parte dos profissionais a esse problema, mesmo não tendo, na microrregião de saúde estudada, nenhum centro de especialidades odontológicas funcionando, não havendo assim, para onde encaminhar pacientes para tratamentos especializados. Esse problema se relaciona principalmente com a falta da integralidade do cuidado (AMORIM e SOUZA, 2010), o que ainda representa um nó crítico para odontologia, principalmente no serviço público (GONÇALVES, RAMOS e GARRAFA, 2010), por levar os pacientes a escolherem – por falta de opção – o único tratamento disponível (MALUF, SANTOS DE MELO e GARRAFA, 2014) ou seja, a extração dentária. A perda dentária ainda é vista com naturalidade na prática odontológica (AMORIM e SOUZA, 2010), e talvez seja esse o motivo da invisibilidade desse problema pelos entrevistados.

A categoria envolvendo **Problemas (bio)éticos relacionados ao sigilo profissional** representou 19,7% das questões descritas (12/61) e foi alocada

em uma categoria separada devido a esse expressivo número de citações, exemplificados a seguir: *“Particularidades que deviam ser guardadas, sobre saúde e/ou vida íntima de pacientes e funcionários da unidade serem divulgadas aberta e livremente...”* [CD02], e *“Profissional conversando com pessoas de fora do ambiente de trabalho sobre alguma enfermidade de um paciente”* [CD17].

Na APS, especialmente quando se refere à ESF, o compartilhamento de informações referentes aos pacientes é fundamental para a responsabilização de toda a equipe por seu acompanhamento, e essa nova lógica de cuidado traz consigo a necessidade de se repensar uma forma de lidar eticamente com o sigilo (JUNGES *et al.*, 2015).

A falta de garantia do sigilo e do respeito à confidencialidade das informações já vêm sendo identificada como problema (bio)ético na literatura (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015; MOTTA *et al.*, 2015; VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017; SIMAS *et al.*, 2016; ZOBOLI e FORTES, 2004; MARTINS, VILLELA e CASOTTI, 2017) e essa questão fere diretamente o princípio do respeito à autonomia, *“ameaçando o relacionamento de confiança entre profissional e paciente”* (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017, p.730), podendo extrapolar a relação usuário/equipe de saúde, produzindo consequências em toda a comunidade (SIMAS *et al.*, 2016).

Tipos de abordagem dos problemas (bio)éticos

Quando questionados sobre como foram abordados os problemas (bio)éticos descritos, 26 participantes relataram: reunião com a equipe, acionamento de instâncias administrativas e/ou políticas para o encaminhamento da questão, penalidades, advertências, condenação de atitudes e orientação a funcionários, dentre outros tipos de abordagem. Vale destacar que 14 cirurgiões-dentistas relataram que não houve nenhuma abordagem para o problema, sete participantes não responderam à pergunta e um não se lembrava do tipo de abordagem utilizada.

A reunião de equipe foi a principal abordagem citada para a resolução dos problemas (bio)éticos (40,0%), conforme exemplificado: *“durante as reuniões da equipe expus o problema e conversamos a respeito...”* [CD05]. A comunicação entre os profissionais também foi identificada por outro autor como a abordagem

preferencial para se lidar com essas questões (SIMAS *et al.*, 2016). Deve-se destacar que as reuniões entre os membros da equipe são extremamente importantes para garantir a continuidade do cuidado e para fortalecer o trabalho em equipe (FORTUNA *et al.*, 2005). Entretanto, algumas vezes, o problema se apresenta numa proporção que exige a intervenção dos gestores, como relato a seguir: *“foi reunido o cirurgião-dentista e a coordenação de saúde bucal para esclarecer o tamanho do problema e a punição, até criminal, que poderia acontecer ao profissional”* [CD12].

No entanto, problema maior ocorre quando a incapacidade de lidar com tais problemas também está presente na gestão, como exemplificado no relato seguinte: *“...fui conversar com o [...] que era coordenador do PSF na época, e ele me atendeu com ignorância e disse que eu tinha que acatar as ordens dadas...”* [CD34]. Nesse sentido, as ações verticalizadas da gestão representam um desrespeito à autonomia do servidor (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017).

A resposta de um entrevistado chamou à atenção, pois demonstrou o descrédito com a resolução dos problemas (bio)éticos, talvez causada pelas decepções vivenciados no decorrer de sua vida profissional: *“Acredito que esse problema “ética” já é originário desde a gestão até os funcionários, de maneira geral, dificultando a solução para esse problema”* [CD16]. Desse modo, a conformação do sistema de saúde pode constituir um fator gerador de problemas éticos, bem como influenciar na sua percepção, análise e solução (ZOBOLI e FORTES, 2004).

Os desafios éticos não podem ter uma resposta imediata, dicotômica e pronta, pois exigem uma reflexão sobre suas possíveis soluções (JUNGES *et al.*, 2012), e uma vez que as questões éticas são moduladas *“em sua geração e solução pelas condições de trabalho, seria recomendável a implementação de estratégias para apoiar a condução de tais situações”* (ZOBOLI E FORTES, 2004, p. 1697).

Vale ressaltar que cinco entrevistados deixaram claro que não ficaram satisfeitos com as abordagens dos problemas (bio)éticos vivenciados, como citado a seguir: *“não houve uma abordagem concreta de todos os envolvidos...na minha opinião o problema não foi resolvido de maneira certa”* [CD01]. E ainda houveram exemplos de abordagens totalmente equivocadas dos problemas

vivenciados pelos profissionais, como exemplificado: “*abordou aumentando ainda mais as conversas indevidas*” [CD37].

Quando questionados sobre a necessidade de recorrer a alguma referência bibliográfica ou a algum consultor para auxiliá-los na resolução dos problemas (bio)éticos levantados, apenas quatro participantes (8,3%) responderam positivamente à pergunta. Mas isso não significa que os outros participantes e suas equipes estavam aptos a lidar com tais situações sozinhos, a julgar pela falta de abordagem dos problemas ou pelas abordagens equivocadas que foram relatadas. Nesse sentido, quando questionados se houve solução para os problemas vivenciados, 22 participantes (45,8%) relataram ter havido algum tipo de solução, 18 participantes (37,5%) responderam que não houve solução alguma, e 8 (16, 7%) não responderam à pergunta.

A tomada de decisão sobre problemas (bio)éticos pode ser uma tarefa difícil para os profissionais de saúde (MOTTA *et al.*, 2016; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2014). Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2014), ressaltam a necessidade de se examinar todas as alternativas existentes para a tomada de decisão e as razões que as fundamentam, desenvolvendo argumentos consistentes, imparciais e não contraditórios para se alcançar uma solução que seja a melhor possível para todos os envolvidos no problema. Existem variadas formas de solução para um problema (bio)ético, o que exige a interpretação do contexto no qual ocorrem e a deliberação sobre suas consequências (GRACIA, 2003).

Nesse sentido, quando questionados sobre as consequências dos problemas (bio)éticos vivenciados, 10 entrevistados não se lembravam do desenlace ou não responderam à pergunta. Os outros 38 participantes registraram 58 consequências para os problemas (bio)éticos identificados, categorizadas e sumarizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Consequências dos problemas de ordem (bio)ética listados.

Consequências		N	%
Para os profissionais da equipe	Constrangimento/ desmotivação/frustração/ indignação	12	20,7%
	Ambiente de trabalho prejudicado	11	19,0%
	Descrédito do profissional/ Difamação da equipe	5	8,6%

	Desgaste físico e/ou mental	3	5,2%
	Distanciamento entre colegas de trabalho	5	5,2%
	Demissão/punição dos envolvidos	2	3,4%
	Processos éticos e judiciais	2	3,4%
	Não atingir metas/ Perda de recursos financeiros	2	3,4%
	Ameaça física	1	1,8%
Em relação ao usuário	Exposição do paciente	6	10,4%
	Desrespeito/conflito como paciente	4	6,9%
	Insatisfação do paciente	3	5,2%
	Paciente não retornou mais a UBS	2	3,4%
	Tratamento não concluído	2	3,4%

Fonte: Dados da pesquisa.

Todas as ações sofrem influência do ambiente no qual estão inseridas, sendo assim, uma ação não depende só de quem a executou, mas das condições do meio onde acontecem (JUNGES, BARBIANI e ZOBOLI, 2015). Para Valadão, Lins e Carvalho (2017, p.739), um profissional não é o mesmo depois que interage com outro, pois a ação de um provoca reação no outro, e desse modo *“é imprescindível a produção das competências profissionais de um indivíduo, para que se possa desenvolver a competência profissional de outro”*.

A ruptura dos laços da equipe, exemplificado a seguir: *“A maior consequência é a exclusão do dentista na equipe”* [CD40] e *“ninguém entreviu, e hoje não nos falamos mais”* [CD10], já havia sido relatada em estudo anterior (VALADÃO, LINS e CARVALHO, 2017), e essa situação propicia a fragmentação do conhecimento, uma vez que privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009). Desse modo, um ambiente de trabalho desarmonioso compromete as ações e impreterivelmente causará prejuízos aos pacientes, como exemplificado na seguinte fala: *“falta de comunicação entre os profissionais de saúde gera perdas para os pacientes”* [CD10], pois a resolução das necessidades dos usuários depende da troca de conhecimentos, do diálogo e de um relacionamento de cooperação entre os profissionais da equipe (JUNGES *et al.*, 2012).

Uma consequência igualmente desastrosa é a quebra da relação de confiança entre os profissionais e os usuários, que pode colaborar para a ruptura

do vínculo criado entre eles (SIMAS *et al.*, 2016), trazendo consequências difíceis de reverter, como exemplificado a seguir: *“paciente ficou constrangido e chateado. Nunca mais voltou na UBS”* [CD14].

Outra questão levantada nessa pesquisa, e já evidenciada por Junges e colaboradores (2012), foi a falta de preocupação com a saúde mental dos profissionais e a insensibilidade perante o seu sofrimento, conforme exemplificado: *“... sofri tanta perseguição e estou doente por causa disso... a principal consequência para mim foi meu desgaste emocional...”* [CD34]. Neste caso, sendo a beneficência entendida, também, como a atuação na defesa dos direitos do outro, ou para que o outro não sofra danos (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014), a falta de abordagem e/ou abordagem inadequada de uma situação conflituosa fere diretamente este princípio. Desse modo, os processos de trabalho devem ser pensados a partir dos princípios da humanização, que valorizam a subjetividade dos usuários e também dos profissionais (JUNGUES, 2011).

Quando foi apresentada aos participantes da pesquisa a seguinte afirmação: **“Todos os profissionais de saúde devem ter seu trabalho pautado nos princípios da ética e da bioética. Comente: ”**, a maioria, 42 (87,5%) participantes responderam de forma clara que concordavam com a afirmativa, o que demonstra que existe uma consciência nos profissionais da importância de tal atitude. Já quando foram questionados se tinham conhecimento de algum conceito de ética e de bioética, 10 (20,8%) participantes afirmaram conhecer tais conceitos, porém, nove desses 10 não apresentaram os conceitos de forma consistente. Vale destacar que 38 participantes (79,2%) relataram não conhecer nenhum conceito de ética e de bioética ou não responderam à pergunta.

Já quando questionados sobre o que **entendiam** sobre ética e bioética, apenas três participantes não responderam à pergunta, e sete responderam que não se lembravam dos temas. Os outros 38 participantes responderam às perguntas, e a análise das respostas sobre o entendimento dos temas ética e bioética evidenciou os termos destacados nas figuras 1 e 2, respectivamente.

possibilitam encontrar soluções adequadas para os diversos problemas (bio)éticos (GOLDIM, 2018b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas diferentes questões (bio)éticas pelos cirurgiões-dentistas que atuam na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG, as quais foram categorizadas em quatro grupos: problemas (bio)éticos relacionados aos (1) membros da equipe da APS, (2) à gestão, (3) às relações entre equipe e usuários, e (4) à quebra de sigilo profissional.

Ficou evidenciado, ainda, o pouco preparo dos profissionais e das equipes para lidarem com essas questões, o que acarretou consequências danosas para a equipe e para os pacientes. Ademais, a invisibilidade dos problemas (bio)éticos por significativa parcelas dos entrevistados, o desconhecimento destes sobre conceitos de ética e bioética, e as referidas consequências do despreparo desses profissionais para lidarem com questões dessa ordem, reforça a importância do presente estudo – e de outros sobre tal temática – e corrobora para a necessidade de uma desconstrução do modelo hegemônico de educação e nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em Odontologia, com a inclusão de uma dimensão ética aplicada à uma prática reflexiva (CAMPANY, 2016). Reforça ainda a necessidade da implantação de um programa de educação permanente para os profissionais que atuam na APS, de forma a capacitá-los para reconhecerem e deliberarem corretamente sobre os problemas (bio)éticos que eventualmente acontecerão.

REFERÊNCIAS

1. ABBAGNANO, N.; **Dicionário de Filosofia**. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.
2. AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 869-878, Mai. 2010.
3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008
4. BEAUCHAMP. T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.

5. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura por competência e unidade geográfica**. 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em 22 de dezembro de 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 set. 2017a. Seção 1, p. 68.
7. CAMPANY, L. N. S. **O profissionalismo na formação superior em saúde: uma análise sobre a graduação em odontologia**. 2016. 188f. Tese (Doutorado) – Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.
8. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Rio de Janeiro: CFO, 2012.
9. CREUTZBERG, M.; et al. A construção do compromisso ético na formação dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. In: ABEN. **Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem 2004 Out 24-29 Gramado, Brasil**. Brasília: ABEn; 2005.
10. FORTES, P. A C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Os princípios do Sistema Único de Saúde, SUS: potencializando a inclusão social na atenção saúde. **O Mundo da Saúde**. v. 29, n. 1, p. 20-25, 2005.
11. FORTUNA, C. M et al . O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, Abr. 2005.
12. FREIRE, S. M.; TUNES U. R. A importância dos princípios da bioética na formação do Cirurgião Dentista contemporâneo. **Rev. Bahiana. Odontol**, Salvador, v. 8, n.1, p. 3-5, Mar 2017.
13. GODOI, A. M. C; GARRAFA, V. Bioethics reading of the principle of non-discrimination and non-stigmatization. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 157-166, Mar. 2014.
14. GOLDIM, J. R. **Bioética e Interdisciplinaridade**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/biosubj.htm>. Acesso em: 04 de abril de 2018b.
15. GOLDIM, J. R. **Ética, Moral e Direito**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/eticmor.htm>. Acesso em: 04 de abril de 2018a.
16. GOMES, A. P. et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 541-549, Dez. 2012.
17. GONÇALVES E. R. et al. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Bioét.** v. 18, n. 1, p. 225-239, Jan. 2010.

18. GRACIA D. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Care and Philosophy**. v. 6, p. 227-233, 2003.
19. JUNGES, J. R. et al. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 265-274, Jun 2015.
20. JUNGES, J. R. et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Rev. Bioét. Brasília**, v. 23, n. 1, p. 200-206, abr. 2015.
21. JUNGES, J. R. et al. Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Rev. Bioét. Brasília**, v. 23, n. 1, p. 97-105, jan. 2012.
22. JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1049-1060, Apr. 2012.
23. JUNGES, J. R. Bioética da atenção primária à saúde. **Rev. AMRIGS**. Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 88-90, Jan. 2011.
24. LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1463-1472, Oct. 2009.
25. MALUF F. et al. La bioética en la relación profesional paciente en odontología. **Acta Odontol Venez.** v. 42, n. 2, 2014.
26. MALUF F. et al. Bioética e Odontologia: Considerações sobre a relação profissional-paciente. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.36, n.2, p. 61-65, Jul. 2015.
27. MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, Fev. 2001.
28. MOTTA, L. C. S et al. Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 304-314, Aug. 2016.
29. MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; VIDAL, S. V. Bioética: afinal o que é isto? **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 10, n. 5, p. 431-439 set-out.2012.
30. MOTTA, L. C. S. et al. Searching for ethos in Family Health Strategy: a bioethical investigation. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 360-372, 2015
31. NAIDOO, S. Ethical considerations in community oral health. **J Dent Educ**. v. 79. supl 5, p. 38-44, may. 2015.
32. REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2014. p.160.
33. SACARDO, D. P. **Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas**: um estudo bioético [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
34. SIMAS, K. B. F. et al. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1481-1490, Mai. 2016.

35. SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Modelos de tomada de decisão em bioética clínica: apontamentos para a abordagem computacional. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 456-461, dez. 2014 .
36. SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, Mar. 2015.
37. VALADAO, P. A.S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de Equipes de Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 725-744, Dez. 2017.
38. VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129-140, Mar. 2015.
39. ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dez. 2004.

ARTIGO 4

BIOÉTICA, ODONTOLOGIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O SIGILO EM QUESTÃO

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi analisar se os cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG identificam os problemas (bio)éticos narrados em um caso fictício – não distante da realidade – e como lidariam com os mesmos em sua prática profissional. Trata-se um estudo de natureza quanti-qualitativa, realizado através da aplicação de um questionário semi-estruturado a 48 cirurgiões-dentistas da microrregião. A análise dos dados se deu em (i) uma perspectiva descritiva e (ii) utilizando a análise de conteúdo de Lawrence Bardin. Na situação clínica apresentada, 85,4% dos participantes identificaram algum problema (bio)ético, destacando-se a quebra de sigilo como a mais relatada (59,6%), no entanto, quando questionados sobre qual atitude tomariam, 50,0% dos entrevistados também quebrariam esse sigilo. Constatou-se a necessidade de implementação de ações de educação permanente para auxiliar esses profissionais no reconhecimento e na correta deliberação frente aos problemas (bio)éticos que eventualmente ocorrem.

Palavras-chave: Bioética; Atenção Primária à Saúde; Confidencialidade; Odontólogos.

INTRODUÇÃO

Na Atenção Primária à Saúde (APS) ocorrem, frequentemente, problemas de ordem (bio)ética, que podem ser de grande complexidade, uma vez que os usuários que buscam solução para seus problemas trazem consigo “seus segredos, medos, crenças e expectativas” (ZOBOLI e FORTES, 2004, p.1695). Esses conflitos são configurados por uma subjetividade, e por isso exigem uma hermenêutica dos fatos e do contexto em que ocorrem, não cabendo utilizar,

nesses casos, apenas uma abordagem ética deontológica e que aponte apenas os deveres e as consequências dos atos dos profissionais (JUNGUES, 2011).

Nesse sentido, cabe uma distinção entre a ética profissional – deontológica – e a bioética no enfoque de questões éticas: a ética profissional está mais ligada aos deveres do código de ética profissional, ao passo que a bioética *“não se caracteriza apenas por uma perspectiva legal, ao levar em consideração outros elementos contextuais e subjetivos na discussão do problema”* (JUNGES *et al.*, 2015, p. 206). O papel da bioética, é, portanto, tornar possível uma decisão racional frente aos problemas que ocorrem rotineiramente no cotidiano profissional (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014) e pode ser definida como um campo de estudo e de reflexão ética e moral, que envolve diferentes sujeitos e orienta o profissional a agir de uma forma mais adequada (MALUF e AZAMBUJA, 2015).

Os profissionais de saúde, no entanto, não estão – usualmente – preparados para lidarem com as questões éticas que emergem no cotidiano do trabalho na APS (MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA e VIDAL, 2012), e um dos motivos apontados para esse despreparo está no ensino da ética nos cursos de graduação em saúde serem pautados principalmente na perspectiva deontológica (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014; CAMPANY, 2016), que desconsideram as subjetividades que interferem nos cuidados de saúde (CREUTZBERG *et al.*, 2005). Nesse sentido, a incorporação do ensino da ética e de valores que ajudem os cirurgiões-dentistas a realizar sua prática diária de forma mais eficiente seria de extrema importância (FINKLER, CAETANO e RAMOS, 2014).

Para Ferreira, Silva Junior e Siqueira-Batista (2015), a ampliação do debate sobre a ética biomédica e a delimitação dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, realizadas por Beauchamp e Childress, difundiram a corrente bioética do principialismo. Essa corrente se caracteriza pelo reconhecimento de que há um mínimo de normas morais centrais para basear um julgamento ético (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014), podendo, dessa forma, contribuir para a organização de um “pano de fundo lógico que possa justificar a tomada de decisão do profissional” (FERREIRA, SILVA JUNIOR e SIQUEIRA-BATISTA, 2015, p. 482). Os quatro princípios bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – são

igualmente importantes na orientação da tomada de decisão frente aos conflitos bioéticos, e devem ser ponderados caso a caso (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014).

Considerando que uma das principais preocupações dos profissionais de saúde é saber se tomou a decisão mais adequada na promoção do bem para o paciente (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014) e que as peculiaridades existentes no cotidiano da APS podem tornar imprevisíveis os resultados dos problemas (bio)éticos inerentes às relações humanas (ZOBOLI e FORTES, 2004), é importante considerar os inúmeros desdobramentos que uma decisão pode acarretar dentro de uma família e de uma comunidade (FERREIRA, SILVA JUNIOR e SIQUEIRA-BATISTA, 2015), uma vez que as escolhas dos profissionais podem afetar diretamente suas vidas (IZZEDDIN-ABOU e JIMÉNEZ, 2013).

Diante do exposto, na busca de uma maior compreensão da atitude dos cirurgiões-dentistas (CD) da APS no contexto dos conflitos (bio)éticos, foi apresentado um caso clínico fictício – que enfoca uma situação próxima da realidade – para análise de profissionais que atuam na APS. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi analisar se os CD foram capazes de identificar os problemas (bio)éticos narrados na história e como propuseram o encaminhamento das questões descritas, tendo em vista sua prática profissional.

MÉTODOS

Este artigo é parte da análise do projeto intitulado: *Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectivas dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Viçosa - MG*. Devido a quantidade de informações obtidas e da extensão do questionário, os resultados da pesquisa foram divididos em duas publicações. Esta publicação irá contemplar, além da caracterização da população estudada, a análise feita pelos participantes da pesquisa acerca de um caso clínico fictício envolvendo questões (bio)éticas.

Esta investigação caracteriza-se como um estudo quanti-qualitativo, situado no campo da pesquisa social, utiliza o referencial teórico metodológico instrumental da pesquisa qualitativa, e foi desenvolvida através da análise de um

caso clínico fictício, de acordo com a proposição de Ferreira, Silva Júnior e Siqueira-Batista (2015).

O campo da pesquisa compreendeu a Microrregião de Saúde de Viçosa, localizada na região da Zona da Mata, no sudeste de Minas Gerais. A microrregião é composta por nove municípios: Araponga, Cajuri, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta, Teixeiras e Viçosa. A população total da microrregião foi estimada em 138.211 pessoas, em 2017 (BRASIL, 2017). A cobertura da APS na modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 88,59% (122.448 habitantes), com 44 equipes implantadas, sendo Viçosa o único município que não apresentava cobertura de 100% da ESF (cobertura de 79,76%) (BRASIL, 2017).

Todos os municípios tinham implantadas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, mas, o número de ESB não correspondia ao número de equipes da ESF. Em julho de 2017 estavam implantadas 32 ESB, sendo 20 na modalidade I [composta por 1 CD e 1 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)], e 12 na modalidade II [composta por 1 CD, 1 ASB e 1 Técnico em Saúde Bucal (TSB)]. Além dos odontólogos que trabalhavam nas ESB implantadas na ESF, ainda existiam 21 odontólogos que atuavam na APS, em unidades de saúde convencionais (BRASIL, 2017), e também foram incluídos na pesquisa.

Foi estabelecido – como critérios de exclusão – que não participariam da pesquisa os profissionais que estivessem de licença médica ou que atuassem – exclusivamente – em ações de prevenção no período da coleta de dados.

Todos os cirurgiões-dentistas que exerciam atividades no âmbito da APS nas cidades da Microrregião, e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão foram convidados a participar da pesquisa, sendo a participação voluntária e vinculada à aprovação expressa do participante, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Após aprovação do Secretário Municipal de Saúde de cada município para aplicação do questionário, foi realizado contato prévio com cada profissional, para agendamento de data, horário e local de preferência do entrevistado, de forma que não prejudicasse o andamento do serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS). Todos os questionários foram aplicados de forma presencial, e por um único pesquisador treinado.

Foi explicado – a cada CD – o objetivo da presente pesquisa e foi entregue ao participante um questionário, contendo perguntas fechadas e abertas, e o seguinte caso clínico, que representa uma situação fictícia:

João, sexo masculino, 25 anos, foi a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no seu Município para tratamento odontológico. João já havia sido diagnosticado com infecção pelo HIV e, durante a conversa com o cirurgião-dentista, confia ao mesmo que sua esposa não sabe de sua condição, e que estão pretendendo ter filhos. Relata ainda que na semana seguinte irá ao centro de especialidades para extração de um dente incluso.

O jovem pede, encarecidamente, ao cirurgião-dentista que não conte a ninguém sobre sua condição de infectado pelo HIV, exigindo sigilo absoluto. O dentista procura movê-lo dessa posição, durante longa conversa, sem sucesso. Dialoga, depois, com os demais membros da equipe de saúde da família – a enfermeira, a técnica de enfermagem, o agente comunitário de saúde e o médico – e, após intenso debate – permeado por argumentação baseada nos princípios da bioética, especialmente o respeito à autonomia, à beneficência, à não-maleficência e à justiça –, todos decidem convocar a parceira do jovem infectado pelo HIV para conversar e solicitar a testagem para o vírus. No entanto, decidem por não contar ao profissional do centro de especialidades que irá fazer a extração do dente incluso sobre a condição de João.

João, ao saber do ocorrido – que sua condição de infectado pelo HIV foi revelada a sua esposa – procura um advogado para que sejam tomadas as medidas cabíveis em relação ao dentista e à equipe.

Sobre o caso clínico descrito, foram feitos os seguintes questionamentos aos CD:

1. Quais os principais problemas bioéticos da história narrada?
2. Que decisão você tomaria nessa situação? A mesma da equipe? Sustente sua decisão utilizando argumentos bioéticos.
3. Quais as consequências – para a equipe – da quebra de sigilo?

Foram analisadas as perguntas do questionário relativas (i) às características gerais dos participantes da pesquisa e (ii) as respostas referentes à situação-problema fictícia apresentada. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin, que propõe uma sequência baseada nas

seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2008; MINAYO, 2010). Assim, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva das respostas à situação-problema, de forma a haver uma familiarização com o texto, e em seguida se procedeu a seleção temática para identificar os núcleos de sentido e posterior categorização.

A investigação que deu origem ao presente artigo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV), sob o Parecer nº. 2.205.321 / CAAE: 69789917.4.0000.5153.

Assegurou-se, aos participantes, a confidencialidade e o sigilo na coleta das informações, e o anonimato na apresentação dos resultados. Seus nomes não foram incluídos no questionário. Cada questionário foi identificado com o código CD – referente a cirurgião-dentista – seguido por numeração crescente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população estudada

Dos 53 de cirurgiões-dentistas que atuavam na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa, apenas dois se enquadravam nos critérios de exclusão. Dos 51 profissionais restantes, 48 (94,1%) aceitaram participar do estudo. A idade dos participantes variou de 23 a 70 anos, com média e desvio padrão de $40,7 \pm 12,6$ anos. Houve um predomínio do sexo feminino, representando 35 (72,9%) participantes. Aproximadamente 71,0% dos profissionais já haviam realizado alguma modalidade de pós-graduação, sendo a especialização a mais citada (52,1%).

A maioria dos CD entrevistados (62,5%) apresentavam um tempo de profissão de 12 anos ou mais. Em relação ao tempo de serviço na APS, houve um predomínio de profissionais que trabalhavam nessa área a mais de seis anos (Tabela 1).

Tabela 1. Tempo de profissão e de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

Tempo de profissão	N	%	Tempo total de trabalho na APS	N	%
< 1 ano	4	8,3%	< 1 ano	7	14,6%
1-5 anos	11	22,9%	1-5 anos	11	22,9%
6-11 anos	3	6,2%	6-11 anos	9	18,7%
12-20 anos	13	27,1%	12-20 anos	14	29,2%
21 ou mais	17	35,4%	21 ou mais	7	14,6%

Fonte: Dados da Pesquisa

Discussão do caso clínico fictício

Sobre a primeira pergunta – Quais os principais problemas bioéticos da história narrada? – três participantes não responderam e quatro responderam apenas “não sei”. Os outros 41 participantes identificaram um ou mais problemas (bio)éticos no caso descrito, totalizando 52 problemas identificados (alguns CD identificaram mais de um problema).

Essas questões foram agrupadas por similaridade, sendo que o que apresentou a maior frequência nos relatos foi a quebra de sigilo (31 citações – 59,6%), seguido por não informar ao dentista do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) sobre a doença de João (13 citações – 25,0%), e pelo dilema de decidir contar ou não (3 citações – 5,8%), conforme Tabela 2.

Tabela 2. Frequência dos problemas (bio)éticos identificados pelos cirurgiões-dentistas na situação-problema.

Problemas	N	%
Quebra de sigilo	31	59,6
Não informar ao dentista do centro de especialidades	13	25,0
Decidir contar ou não	3	5,8
Desrespeito à autonomia do paciente	2	3,8
Confronte entre autonomia e justiça	1	1,9
Não confirmar o diagnóstico de HIV	1	1,9
Não ter avisado ao João que iria contar para a esposa	1	1,9

Fonte: Dados da pesquisa.

A fala do [CD30] exemplifica casos em que os profissionais identificaram mais de um problema (bio)ético: *“Relato do caso do paciente à toda a equipe. A equipe relatar o problema à esposa do paciente. E o não relato do problema ao dentista que iria fazer a extração”*. [CD30].

O fato de sete participantes não terem conseguido identificar, no caso clínico, nenhum problema de ordem bioética corrobora com o estudo de Zoboli e Fortes (2004), que demonstrou a invisibilidade dos problemas (bio)éticos por parte dos participantes de um estudo realizado com médicos e enfermeiros que atuavam na APS no município de São Paulo-SP. As características do trabalho na APS podem fazer com que os problemas éticos não sejam identificados pelos profissionais (JUNGUES, 2011), e soma-se a isso o desconhecimento dos profissionais sobre o que configura um problema dessa ordem, como exemplificado pela fala: *“Por não saber o conceito e o que é bioética, não saberia opinar”*. [CD46]

O principal problema (bio)ético identificado pelos participantes foi a quebra do sigilo, relata por 31 profissionais, conforme exemplificado: *“Sigilo! Não teve respeito com o paciente”*. [CD07]; e *“Como o jovem pediu para não contar a ninguém, o cirurgião-dentista não deveria comentar nem com a equipe! Só o próprio paciente poderia compartilhar a informação...”* [CD01].

Entende-se por *sigilo* a garantia da confidencialidade entre o profissional de saúde e o paciente, devido a uma característica moral da profissão (LOCH, CLOTET e GOLDIM, 2007). A *confidencialidade* constitui uma condição na qual o confidente compartilha uma informação, sendo somente ele capaz de autorizar o rompimento desta (LOCH, 2009; LOCH, CLOTET e GOLDIM, 2007). Por fim, a *privacidade* é controle que o indivíduo tem sobre o acesso às suas informações, sendo ele o responsável pelo desejo da revelação de suas próprias informações (LOCH, CLOTET e GOLDIM, 2007).

Houve, entre os entrevistados, uma contradição sobre o que consideravam quebra de sigilo dependendo dos sujeitos envolvidos na história, conforme exemplificado: *“A falta de ética em relação ao sigilo profissional, e a negligência em relação a não informar ao cirurgião-dentista [do centro de especialidades]”* [CD06]. Nesta fala ficou demonstrado que para alguns cirurgiões-dentistas entrevistados, comunicar ao profissional do centro de especialidades

não configuraria uma quebra do sigilo profissional. Essa “preocupação” com o colega ficou bem evidenciada na pesquisa, tanto que, o fato de ter sido omitido do profissional do CEO a condição de saúde de João foi o único problema (bio)ético identificado por alguns participantes, como exemplificado: *“No caso de não avisar ao profissional que iria “tirar o ciso”, acho que faltou ética, pois acho que o mesmo deveria saber do caso para que o mesmo fosse mais cauteloso”* [CD28].

A quebra do sigilo para outro profissional justificada numa conduta mais prudente e numa maior proteção individual não procede, uma vez que os cuidados adotados devem ser iguais para todos, até porque muitos pacientes podem estar infectados pelo HIV – e por outros agentes infecciosos –, sem, no entanto, terem o diagnóstico conhecido (VILLAS-BÔAS, 2015). As precauções padrão fazem parte das normas de biossegurança, e representa atitudes que devem ser seguidas por todos os profissionais de saúde frente a qualquer paciente, com o intuito de reduzir os riscos de transmissão de agentes infecciosos, e nesse caso, os equipamentos de proteção individual - como luvas, máscaras, óculos de proteção, aventais, gorros e sapatos fechados - funcionam como barreira contra a transmissão de microrganismos, e devem ser usados por todos os profissionais e em todos os momentos (SCIH, 2014). De fato, alguns profissionais têm ciência do risco a que estão expostos diariamente e usaram desse conhecimento para justificar a manutenção do sigilo: *“Informações sobre o estado de saúde deve ser sigiloso. O paciente portador de HIV tem o direito de não revelar sua condição. As equipes de saúde devem trabalhar no princípio de que todo paciente é portador de doenças infectocontagiosas, e assim adotar maior cuidado com a biossegurança”* [CD33].

Uma explicação que justificaria essa preocupação seria o cooperativismo e os laços de amizade que são construídos entre os colegas de profissão. Um estudo, realizado para analisar o comportamento de profissionais e acadêmicos de odontologia diante de situações que envolviam o sigilo profissional, evidenciou que a maioria dos entrevistados estava ciente da importância do sigilo profissional e o respeitavam, no entanto, quando a questão envolvia suas famílias, prevaleciam os laços afetivos, e sendo assim, o sigilo profissional poderia ser quebrado (SALES-PERES *et al.*, 2008).

O sigilo profissional está associado ao princípio do respeito à autonomia, uma vez que só o paciente tem o poder de decidir sobre a divulgação ou não de suas informações pessoais, sendo o sigilo, desse modo, uma obrigação moral do profissional e um direito do paciente (VILLAS-BÔAS, 2015), no entanto, essa obrigação não pode ser considerada uma simples questão técnica e estar separada de uma reflexão ética (SAMPAIO e RODRIGUES, 2014). Tal reflexão pode justificar o fato de alguns entrevistados não considerarem a revelação à esposa como problema ético: *“O paciente é portador de uma doença infecto contagiosa que pode ser uma ameaça à saúde da esposa, sendo discutível sua revelação à mesma...”* [CD21]; e *“Na minha opinião, no caso de falar à esposa não houve problema ético, porque uma criança não pode pagar por um erro que não cometeu...”* [CD28].

Considerando as diferenças na condução dos problemas (bio)éticos por cada profissional, a segunda pergunta – Que decisão você tomaria nessa situação? A mesma da equipe? Sustente sua decisão utilizando argumentos bioéticos – foi referente à conduta que cada profissional tomaria em relação ao caso exposto. As respostas foram categorizadas da seguinte forma: 10 participantes não responderam à questão, responderam simplesmente “não sei”, ou não decidiram efetivamente sobre a conduta que tomariam; 14 profissionais responderam que não contariam para ninguém sobre a situação de João, mantendo, dessa forma, o sigilo; e, os 24 participantes restantes relataram que quebrariam o sigilo, e essas respostas foram sub categorizadas – dependendo de para quem confidenciariam o relato do paciente – da seguinte forma: dois participantes contariam apenas para a esposa de João; 11 participantes contariam para a equipe e/ou profissional do centro de especialidades; e 11 quebrariam o sigilo tanto em relação a esposa quanto em relação aos profissionais, conforme demonstrado na figura 1. Entretanto, apenas quatro participantes sustentaram suas decisões utilizando argumentos bioéticos.

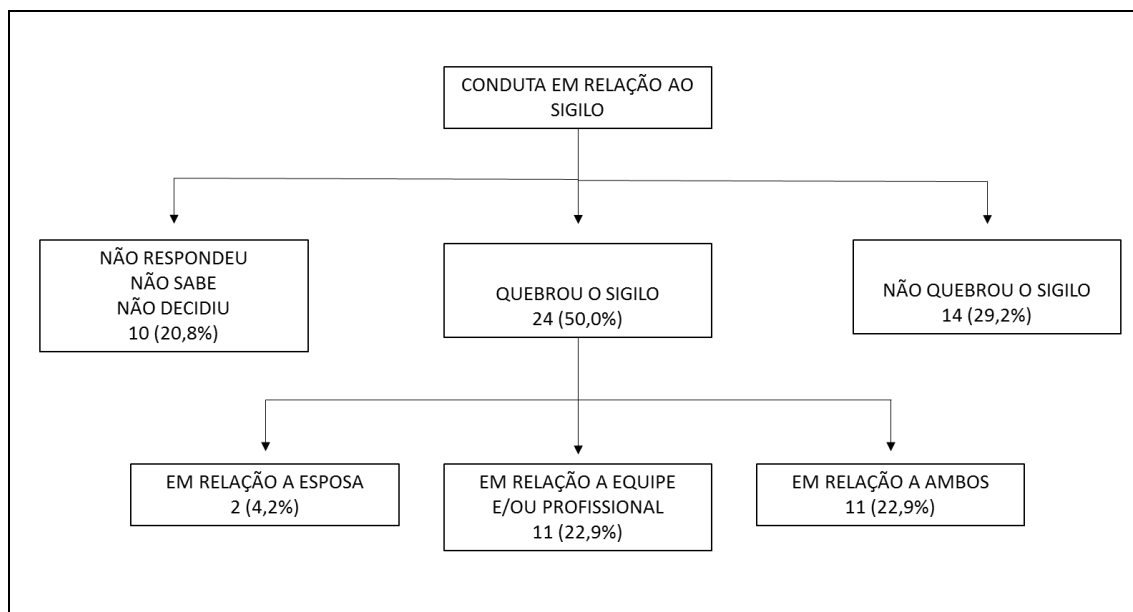


Figura 1. Conduta dos profissionais referente ao caso clínico fictício.

Este caso, embora fictício, não está distante da realidade do profissional que atua na área da saúde, especialmente na APS. A resposta de um profissional demonstra bem como a decisão frente a um problema desse tipo pode ser complexa: *“A princípio, comunicar a outros profissionais uma enfermidade não é antiético. Por outro lado, a autonomia do paciente que pediu sigilo é violada. Mas há outras vidas em jogo – a esposa e os possíveis filhos ...”* [CD31]

O Código de Ética odontológico traz como infração ética a revelação, sem justa causa, de fatos sigilosos que o profissional tenha conhecimento no exercício de sua profissão (CFO, 2012), e a fala de um participante da pesquisa demonstra o respeito a esse código: *“eu manteria o sigilo... é minha obrigação seguir as normas éticas que regem minha profissão”* [CD45]. Deve ser destacado que as regras estabelecidas como direitos e deveres presentes nos códigos de ética profissional desconsideram as subjetividades que interferem nos cuidados de saúde (CREUTZBERG *et al.*, 2005), sendo, desse modo, limitadas na tomada de decisão. É neste contexto que ganha relevância a Bioética, apresentada como um campo do conhecimento aplicado às situações de conflitos e que tem por objetivo tornar possível chegar a uma escolha racional frente a estas questões, (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014), utilizando-se de diferentes *ferramentas teóricas*, como, por exemplo, a corrente principialista com seus quatro princípios *prima facie*: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Diferente de um dilema (bio)ético, que exige a escolha entre apenas duas possibilidades de solução – incompatíveis uma com a outra – e geralmente desagradáveis ou difíceis, um problema (bio)ético demanda uma deliberação sobre variadas opções de soluções e suas consequências (GRACIA, 2001). Partindo desta distinção, o caso clínico acima descrito representa um problema (bio)ético, pois exige uma reflexão minuciosa sobre as consequências de qualquer que seja a decisão tomada. Talvez seja essa deliberação dos fatos – ao invés da simples obediência –, que fez com que, apesar da quebra de sigilo ter sido identificado como o problema bioético da história narrada pela maioria dos participantes da pesquisa, 50% desses participantes, quando questionados sobre qual decisão tomariam, também teriam, de alguma forma, desrespeitado o sigilo.

No âmbito do princípalismo, o respeito à autonomia é definido como o direito do indivíduo de ter considerados seus pontos de vista e de fazer suas escolhas, com base nos seus valores e suas crenças (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014). O relato de um cirurgião-dentista exemplifica uma tomada de decisão em que o participante pode ter considerado a autonomia do paciente como o pilar para a tomada de decisão: “...acho que não revelaria a questão que o paciente confidenciou, apesar de haver outra vida em vias de alterada irreversivelmente...” [CD02].

Mas, e se for considerada na decisão a autonomia das outras pessoas envolvidas na história, como citado por outro profissional: “...convocaria a esposa para testagem e devidos esclarecimentos ... seria observado o direito da esposa em tomar conhecimento dos fatos que envolviam sua vida, para que ela, a luz das circunstâncias, pudesse tomar suas decisões (autonomia)” [CD47]? Nesse caso, o participante também considerou o respeito à autonomia como um importante pilar, mas não somente a autonomia do João. Considerou a autonomia da esposa de João em ter o direito de ter acesso a informações que lhe digam respeito (por exemplo, o risco de contrair infecção pelo HIV nas relações sexuais com o esposo).

O HIV, especificamente, trouxe um desafio à decisão da manutenção da confidencialidade, uma vez que a vida das pessoas que tem contato direto com o paciente também entra na discussão (FRANCISCONI e GOLDIM, 1998). E neste sentido, Maluf e Azambuja (2015, p.63) ponderam sobre a autonomia que

esta deve ser respeitada *“desde que não represente ameaça a outras pessoas ou à coletividade”*.

Os problemas de saúde são configurados coletivamente e as respostas dadas a esses problemas precisam levar em consideração a subjetividade do indivíduo e o contexto coletivo no qual ele está inserido *“devido aos determinantes sociais e culturais do processo saúde-doença”* (JUNGUES, 2011, p. 90). Desse modo, podemos extrapolar que a decisão sobre a quebra do sigilo no caso de João poderia também levar em conta a coletividade, ou seja, o risco de infecção pelo HIV da esposa de João.

Nesse sentido, a resposta de outro participante explicita uma preocupação com o bem-estar não só de João, mas também de sua esposa: *“o paciente é portador de uma doença infectocontagiosa que pode ser uma ameaça à saúde da esposa, sendo discutível sua revelação à mesma...”* [CD21].

O princípio da beneficência significa fazer ações positivas para o indivíduo, buscando sempre o seu bem (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). Ponderar sobre o princípio da beneficência significa agir de modo benéfico para uma pessoa ou grupo, desse modo, numa determinada circunstância, tem que se observar os possíveis benefícios para todas as pessoas envolvidas (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014). No caso da história narrada, ao se ponderar sobre o princípio da beneficência, pode-se questionar: *beneficência para quem?* Para João, que não quer ter sua estrutura familiar abalada? Para sua esposa, que pode vir a ser – ou já estar – infectada pelo HIV, e com essa informação poderia iniciar um tratamento médico? Ou para o possível futuro filho do casal, que poderia ser poupado de uma infecção no momento do parto se sua mãe, e os profissionais que a atenderem nesse momento, souberem de sua condição de infectada pelo HIV?

A resposta de um outro cirurgião-dentista também demonstra uma preocupação com os outros sujeitos da história, mas este profissional se baseou especificamente no princípio da não maleficência: *“...como o paciente estava envolvendo outras pessoas, provavelmente chamaria a esposa do mesmo para conversar, e com certeza avisaria o profissional do CEO, ambos baseado na não-maleficência”* [CD05]. Os princípios da beneficência e da não-maleficência costumam gerar dúvidas aos profissionais quanto a sua distinção (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014), sendo que a não maleficência diz

respeito a não causar dano ou mal às pessoas, enquanto o princípio da beneficência pode ser desmembrado em outros dois – o da beneficência propriamente dita, que se refere a ações orientadas para a promoção do bem; e o da utilidade, que propõe um equilíbrio entre os benefícios e os possíveis prejuízos de uma determinada ação –. (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002; PETRY, 2014).

Logo, utilizando da mesma linha de raciocínio da beneficência, pode-se deliberar – com base no princípio da não-maleficência –, uma vez que é necessário também ponderar sobre se evitar ou minimizar os danos (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014). Na história narrada, existe o risco iminente de outra pessoa – no caso a esposa – ser infectada pelo HIV, como exemplificado na resposta de um participante: *“Nessa situação haveria mais tentativas de convencê-lo (João) da necessidade bioética de contar a sua esposa, mesmo porque ela, direta ou indiretamente está envolvida, acometendo sua saúde também (os males que da condição de saúde de João poderia prejudicar a saúde da esposa também)”* [CD16]. Nesse sentido, ponderando-se sobre os danos que poderão ser causados aos sujeitos da história, pode-se analisar da seguinte forma: O maior dano, no caso de ser quebrar ou não o sigilo, será para quem? Para João ou para sua esposa?

Nesse momento, o princípio da justiça pode entrar nessa discussão, posto que auxilia a ponderar sobre qual a ação que irá melhor definir a distribuição dos riscos e dos benefícios (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). Um participante justificou a decisão da equipe neste pilar: *“...a equipe talvez tenha se apoiado no pilar da justiça para contar a esposa, principalmente no caso da mesma se tornar uma gestante, pois caso seja portadora do vírus seu (sua) filho(a) pode ser preservado da contaminação na hora do parto”* [CD31].

O fato é que definir em qual situação as informações confidenciais dos pacientes devem ser compartilhadas representa uma dificuldade para equipe (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015), sendo necessário bons argumentos para justificar a escolha de um princípio em detrimento de outro numa situação de conflito (REGO, PALÁCIOS e SIQUEIRA-BATISTA, 2014). Desse modo, os profissionais, ao utilizarem os referenciais bioéticos podem ser mais coerentes na defesa de suas convicções e na justificativa das suas decisões (FERREIRA, SILVA JUNIOR e SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Vale destacar, nesta discussão,

que dentre os 24 participantes que relataram que quebrariam o sigilo, apenas dois o fariam apenas em relação à esposa. A grande maioria quebraria o sigilo em relação a ambos (11 participantes) ou especificamente em relação a equipe e/ou profissional de saúde (11 participantes).

Na nova configuração do cuidado multiprofissional na APS é fundamental o compartilhamento de informações com a equipe, para que todos possam se responsabilizar com a saúde do paciente (JUNGUES, 2011; JUNGES *et al.*, 2015). No entanto, um estudo realizado sobre sigilo e privacidade, relacionados com mulheres portadoras de HIV no município de São Paulo-SP, demonstrou que os profissionais participantes da pesquisa concordavam que é necessário o consentimento da usuária para o compartilhamento das informações sobre seu diagnóstico com a equipe (ABDALLA e NICHATA, 2008).

Muitos profissionais justificaram a quebra de sigilo em relação ao profissional do CEO no aumento de cautela desse profissional ao atender João, no entanto, conforme já descrito anteriormente, essa quebra do sigilo para outro profissional justificada numa conduta mais prudente e numa maior proteção individual não é correta, uma vez que os cuidados adotados devem ser iguais para todos (VILLAS-BÔAS, 2015), de acordo com os referenciais da *precaução-padrão*.

Quando questionados sobre as consequências, da decisão tomada, três participantes não responderam à pergunta, 12 responderam “não sei”, e quatro participantes afirmaram que não haveria consequências para a equipe. Os outros 29 participantes relataram uma ou mais consequências, tendo sido citado com maior frequência o processo judicial (17 citações – 43,6%), seguidos de processo ético no Conselho Regional de Odontologia (CRO) (10 citações – 25,6%) e descrédito da equipe (7 citações – 17,9%), conforme Tabela 3.

Tabela 3. Consequências dos Problemas (Bio)éticos.

Consequência	N	%
Processo judicial	17	43,59
Processo ético no CRO	10	25,64
Descrédito da equipe	7	17,95
Risco para o paciente durante a extração devido à baixa imunidade	1	2,56

Fonte: Dados da pesquisa.

O descrédito da equipe pode ser exemplificado na fala seguinte: *“Falta de confiança. Outros pacientes não vão se abrir com ele. A equipe fica mal vista pela população pela falta de sigilo”* [CD26]. De fato, a troca de informações entre usuário e profissional está ligada ao clima de confiança que se cria na relação entre ambos (JUNGES *et al.*, 2015). Um estudo realizado com mulheres infectadas pelo HIV, atendidas em um serviço especializado em IST/AIDS e cadastrados na ESF, no município de São Paulo (SP), apontou que uma das condições para que as pacientes confidenciassem sua condição de infectada pelo HIV à equipe era se sentirem acolhidas e confiarem na manutenção do sigilo por parte da equipe (FERREIRA e NICHATA, 2008).

É interessante destacar que os processos judiciais e éticos foram as consequências mais apontadas pelos profissionais, no entanto, o desfecho desses processos dividiu as opiniões dos entrevistados, conforme exemplificado nas falas seguintes:

“Irão responder a processo, mas imagino que ganhem a causa, pois agiram em defesa do outro (parceira e filhos).” [CD12];

“Quanto a questão jurídica, apesar de ser direito do paciente requerer o que acha devido, a equipe deverá ser inocentada, uma vez que agiu no sentido de beneficiar o paciente, sua esposa e seu futuro filho...” [CD47];

“O paciente ganha fácil se entrar na justiça, pois houve quebra de sigilo...” [CD14];

“Responderão legalmente, podendo ser penalizados por atitude equivocada sob o ponto de vista ético” [CD43]

O Código de Ética Odontológico, em seu capítulo VI, Art. 14º, traz como infração ética *“revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão”*, e esse mesmo código de ética aponta, como justas causas: *“I-notificação compulsória de doença; II-colaboração com a justiça nos casos previstos em lei; III-perícia odontológica nos seus exatos limites; IV-estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e, V-revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz”* (CFO, 2012).

A Constituição Brasileira, de 1988, no Inciso X do Art. 5º diz que: *“São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”* (BRASIL, 1988). O Código Penal Brasileiro, em seu Art. 154,

estabelece que a quebra de sigilo pode ser passível de punição quando: “Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa” (BRASIL, 1940).

O sigilo profissional é amplamente protegido pela legislação brasileira, entretanto, pode-se considerar a existência de uma justa causa. Sales-Peres e colaboradores (2008, p.9) fundamentam a justa causa na necessidade de decisão entre dois interesses, nesse caso *“a inviolabilidade dos segredos deve ceder a outro bem-interesse”*. Considerando essa fundamentação, a resposta de um dos entrevistados pode estar, de certa forma, justificando a conduta da equipe da história narrada: *“Não sei certamente [as consequências], porque eles feriram o princípio da autonomia, mas pensaram nos princípios da justiça, beneficência e não maleficência”* [CD15]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que, dos 48 participantes, 41 identificaram os problemas (bio)éticos da história narrada, e 38 tomaram uma decisão frente a situação descrita, entretanto, apenas quatro participantes sustentaram essa decisão em princípios bioéticos.

A complexidade das questões (bio)éticas que emergem frequentemente na rotina dos profissionais que atuam na área da saúde exige, desses profissionais, um conhecimento e um domínio dos princípios bioéticos para que possam não apenas tomar uma decisão de forma aleatória, mas de modo consciente e com embasamento, tornando-se capazes de sustentá-la – eticamente – frente a qualquer questionamento posterior. É preciso que se tenha a consciência de que no principialismo os princípios bioéticos não se sobrepõem um ao outro, mas são igualmente importantes, e devem ser ponderados caso a caso.

A falta do embasamento bioético na tomada de decisão, observada nesse estudo, reafirma a necessidade da educação permanente para os profissionais de saúde no que se refere à bioética, para que estes se tornem mais preparados para lidarem com os problemas do dia a dia.

REFERÊNCIAS

1. ABDALLA, F. T. M.; NICHATA, L. Y. I. A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 17, n.2, p. 140-152, Jun. 2008.
2. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
3. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. (4 ed) São Paulo: Edições Loyola, 2002.
4. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura por competência e unidade geográfica**. 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>. Acesso em 22 de dezembro de 2017.
5. BRASIL. Presidência da República. [Internet]. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro. 1940. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acesso em 30 de janeiro de 2018.
6. BRASIL. Senado Federal. [Internet]. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, v. 126, nº 191-A, p. 1-32, 5 out 1988. Seção 1. 1988. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 30 de janeiro de 2018.
7. CAMPANY, L. N. S. **O profissionalismo na formação superior em saúde: uma análise sobre a graduação em odontologia**. 2016. 188f. Tese (Doutorado) – Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.
8. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Rio de Janeiro: CFO, 2012.
9. CREUTZBERG, M.; et al. A construção do compromisso ético na formação dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. In: ABEN. **Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem 2004 Out 24-29 Gramado, Brasil**. Brasília: ABEn; 2005.
10. FERREIRA, D. C.; SILVA JUNIOR, A. G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A Bioética na Tomada de Decisão na Atenção Primária à Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 479-485, Set. 2015.
11. FERREIRA, F. C.; NICHATA, L. Y. I. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 483-489, Set. 2008.
12. FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em

- odontologia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-361, Ago. 2014.
13. FRANCISCONI, C. F.; GOLDIM, J. R. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética** Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998, 269-284.
 14. GRACIA, D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. **Med Health Care Philos.** v. 4, n. 2, p. 223-232, 2001.
 15. IZZEDDIN-ABOU, R.; JIMÉNEZ, F. Bioética em Odontología, una visión com princípios. **CES Odontol.** v. 26, n. 1, p. 68-76, Jun. 2013.
 16. JUNGES, J. R. Bioética da atenção primária à saúde. **Rev. AMRIGS.** Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 88-90, Jan. 2011.
 17. JUNGES, J. R. et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 200-206, Abr. 2015.
 18. LOCH, J. D. A. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 11, n. 1, p. 51-64, Jan. 2009.
 19. LOCH, J. D. A.; CLOTET, J.; GOLDIM, J. R. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 3, p. 240-246, Jun. 2007.
 20. MALUF F. et al. Bioética e Odontologia: Considerações sobre a relação profissional-paciente. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.36, n.2, p. 61-65, Julho/Dezembro, 2015.
 21. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010. P. 406.
 22. MOTTA, L.C.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; VIDAL, S. V. Bioética: afinal o que é isto? **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 10, n. 5, p. 431-439 set-out.2012.
 23. PETRY, F.B. Princípios de Ética Biomédica. **ethic@**. Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 87-92, Jun. 2014.
 24. REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2014. p.160.
 25. SALES-PERES, S. H. C. et al. Sigilo profissional e valores éticos. **RFO.** Passo Fundo, v. 13, n. 1, p. 7-13, Jan. 2008.
 26. SAMPAIO, S. S.; RODRIGUES, F. W. Ética e sigilo profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 84-93, Mar. 2014.
 27. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Hospital Universitário Regional de Maringá. **Prevenção da transmissão de agentes infecciosos em ambiente hospitalar**. Maringá, 2014. Disponível em: <http://www.hum.uem.br/wp-content/uploads/2014/05/agentesinfecciosos.pdf>. Acesso em 04 de abril de 2018.

28. SIQUEIRA-BATISTA, R. et al . (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, Mar. 2015.
29. VILLAS-BÔAS, M. E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 513-523, Dez. 2015.
30. ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dez. 2004.

OFICINA PARA OS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE VIÇOSA - MG

O presente estudo constatou que inúmeros foram os problemas (bio)éticos vivenciados pelos profissionais na APS, no entanto, uma grande parcela dos participantes não estavam preparados para lidarem com tais situações, levando-os a abordagens conflitantes e trazendo consequências indesejadas para a equipe. Constatou ainda a invisibilidade de tais problemas por uma parcela significativa dos participantes.

Essa constatação corroborou para a importância desta pesquisa e para a necessidade da realização de uma oficina de formação para estes profissionais, posto que o compromisso ético pode ser desenvolvido em qualquer etapa da vida humana (DURAND, 2003).

A APS é um importante campo para o funcionamento do SUS, tornando-se essencial um processo específico de formação dos seus profissionais em bioética, o qual pressuponha ferramentas para a identificação e, se possível, proposição de solução das principais questões éticas enfrentadas, auxiliando, assim, o trabalho na APS/ ESF e no SUS (VIDAL *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2012 colocou a Educação Permanente em Saúde como resposta à exigência de maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a educação permanente em saúde passou a ser uma política formulada para se alcançar o desenvolvimento nos serviços de saúde, uma vez que só é possível que os profissionais se ajustem as constantes mudanças ocorridas no sistema de saúde por meio da aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1982), que visa integrar novos conteúdos de forma a ampliar e aprimorar o que já se conhece (GOMES *et al.*, 2008). Pode considerar, portanto, que a Educação Permanente é um movimento no qual o trabalho do cotidiano é capaz de ensinar e de permitir a incorporação de novos conceitos com base nos problemas vivenciados (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, é importante considerar o contexto, a fim de que o ensino seja significativo para o aprendiz (VIDAL *et al.*, 2014). A decisão sobre quais pontos são significativos para a abordagem em um processo de formação bioética para os profissionais deve incluir o mapeamento dos principais

problemas vivenciados por eles (VIDAL *et al.*, 2014), para que sejam implantadas estratégias pedagógicas para a abordagem de tais problemas, de modo a tornar a equipe mais apta a lidar com as questões (bio)éticas que se apresentam (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015) capacitando esses profissionais para a percepção, antecipação, minimização e solução dos conflitos que acontecem no seu ambiente de trabalho (FREIRE e TUNES, 2017).

A transformação da educação resulta na formação de novos profissionais de saúde capazes de ampliar os conhecimentos a partir do cotidiano e do confronto com os problemas vivenciados no SUS (VIDAL *et al.*, 2014). Espera-se, com educação permanente, a incorporação de conceitos éticos às ações dos profissionais, de modo a embasar suas decisões de forma autônoma e prudente (VIDAL *et al.*, 2014). Nesse contexto, é possível que a educação permanente em saúde, mesmo com toda dificuldade associada à gestão dos conflitos entre as pessoas, seja a melhor forma de abordar essa significativa ordem de questões (bio)éticas.

Se os problemas éticos são criados e solucionados de acordo com as condições de trabalho, é extremamente importante a implantação dessas estratégias para apoiar os profissionais na condução das situações (ZOBOLI e FORTES, 2004), posto que a implementação de debates nessa área é fundamental para produzir reflexões que ajudem os profissionais de Odontologia a conduzirem essa dimensão na sua prática profissional (INOCENTE e MEDEIROS, 2016).

A reflexão bioética poderá direcionar a delimitação dos problemas e a proposição das melhores condutas para os mesmos (VIDAL *et al.*, 2014), e nesse sentido a educação permanente é essencial para dotar os profissionais de uma visão crítica da realidade e comprometidos com os usuários, com a comunidade e com seu trabalho (AMORIM e SOUZA, 2010).

PASSO A PASSO DA OFICINA:

A oficina – baseada, em grande medida, no trabalho de Vidal e colaboradores (2014), intitulado '*A bioética e o trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de educação*' – será ministrada em dois momentos, de aproximadamente quatro horas cada, totalizando oito horas de processo de

formação. Serão convidados a participar todos os cirurgiões-dentistas que atuam na Microrregião de Saúde de Viçosa - independente de terem participado ou não da pesquisa – e os auxiliares e técnicos em saúde bucal que trabalham com esses profissionais, uma vez que um aprimoramento do conhecimento ético e bioético desses profissionais também influenciarão na melhoria do atendimento na APS.

Na primeira fase do primeiro momento ocorrerá uma exposição dialogada, onde serão abordados sucintamente os conceitos de ética, moral e bioética, as relações desses conhecimentos entre si e com outros campos do saber – como a educação, a ciência e o direito – e as principais correntes da bioética contemporânea, com o objetivo de auxiliar no debate bioético. Essa fase terá aproximadamente uma hora de duração.

Na segunda fase do primeiro momento ocorrerá uma discussão com estes profissionais sobre o caso clínico fictício utilizado nessa pesquisa, e outros casos envolvendo conflitos (bio)éticos. Essa etapa tem o objetivo de avaliar a evolução da percepção desses profissionais sobre os problemas (bio)éticos expostos após a exposição dialogada, bem como fomentar o interesse pela discussão bioética. Essa fase terá aproximadamente uma hora de duração. Em sequência haverá uma pausa de quinze minutos para o café.

Na terceira fase do primeiro momento será exibido o filme “Adeus, Lênin!” (WOLFGANG BECKER, 2003), de aproximadamente duas horas de duração. Em sequência haverá um recesso de duas horas para o almoço.

Na primeira fase do segundo momento, os participantes serão divididos em três grupos, que se reunirão por 45 minutos para a preparação do júri simulado. Cada grupo representará um âmbito do julgamento – a promotoria, a defesa e o júri –, o qual terá como réu o personagem principal do filme – Alexander Kerner –, com enfoque na comunicação de diagnóstico, no sigilo, na privacidade e na confidencialidade. As ferramentas teóricas adquiridas na exposição dialogada deverão ser utilizadas, juntamente com as orientações e bibliografias disponibilizadas aos participantes.

Na segunda fase do segundo momento da formação ocorrerá o júri simulado, com duração de 1 hora e 30 minutos. Nessa fase os participantes apresentarão argumentos éticos a favor e contra a conduta adotada pelo

protagonista do filme. Em sequência haverá uma pausa de 15 minutos para o café.

Na terceira fase do segundo momento haverá uma roda de conversa – com duração aproximada de 45 minutos – para que os participantes possam dialogar sobre a temática e fazerem uma avaliação do aprendizado com a oficina.

Por fim ocorrerá o encerramento da oficina, com as considerações finais, com duração de 30 minutos. A súmula da estrutura da oficina de formação está demonstrada no Quadro 1.

Quadro 1. Programação da oficina de bioética para os profissionais de saúde bucal da Microrregião de Saúde de Viçosa - MG

Duração	Atividade	Objetivo
8:00h às 9:00h	Exposição dialogada	Fornecer referenciais teóricos preliminares para potencializar o desenvolvimento da oficina
9:00h às 10:00h	Discussão de casos clínicos	Avaliar a percepção dos entrevistados e estimular o debate bioético
10:00h às 10:15h	Café	
10:15h às 12:15h	Apresentação do filme Adeus Lenin!	Levar os participantes a reflexão sobre comunicação de diagnóstico, sigilo, privacidade e confidencialidade.
Intervalo para o almoço		
14:15h às 15:00h	Tempo protegido para preparação do júri simulado	Estimular a reflexão bioética e a busca de embasamento para as decisões tomadas
15:00h às 16:30h	Juri simulado	Expor os diferentes argumentos a todo o grupo e estimular o debate bioético
16:30h às 16:45h	Café	
16:45h às 17:30h	Roda de conversa	Ponderar sobre os conhecimentos adquiridos; sanar dúvidas e avaliar a oficina
17:30h às 18:00h	Encerramento	

REFERÊNCIAS

1. AMORIM, A. G.; SOUZA E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o

- cotidiano da prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 869-878, Mai. 2010.
2. AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa**: A teoria de David Ausubel. SP: Moraes; 1982.
 3. BECKER, W. **Adeus Lênin!** Alemanha: X-Filme Creative Pool / WDR (Cologne) / Arte France cinema, 2003. [Página oficial: <http://www.sonyclassics.com/goodbye/>].
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 110.
 5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64.
 6. DURAND, G. **Introdução geral à bioética**. São Paulo: Loyola; 2003. P. 431.
 7. FREIRE, S. M.; TUNES U. R. A importância dos princípios da bioética na formação do Cirurgião Dentista contemporâneo. **Rev. Bahiana. Odontol**, Salvador, v. 8, n.1, p. 3-5, Mar 2017.
 8. GOMES, A.P. et al. A educação médica entre mapas e âncoras: a Aprendizagem Significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 105-111, Mar. 2008.
 9. INOCENTE, J. J.; MEDEIROS, U. Aplicação da Bioética na prática clínica diária. **Rev. bras. Odontol**. Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 4-8, Jan. 2016.
 10. SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, Mar. 2015.
 11. VIDAL, S. V. et al. A bioética e o trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de educação. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 372-380, Set. 2014.
 12. VIDAL, S.V. et al. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 347-357, Ago. 2014.
 13. ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dez. 2004.

5. CONCLUSÃO GERAL

A revisão de literatura realizada apontou que a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF aumentou consideravelmente o acesso da população aos serviços de saúde bucal, entretanto, a falta de planejamento para a inserção dessas ESB, a falta de capacitação dos profissionais para integrarem a ESF, a precariedade da forma de contratação e do vínculo empregatício, a desvalorização dos profissionais, as dificuldades de mudança do processo de trabalho e de integração da ESB com o restante da equipe de saúde da família, e a formação tecnicista do cirurgião-dentista (CD) têm levado à ausência de impactos mais positivos no que se refere à qualidade do serviço odontológico.

Estudos têm demonstrado – como se procurou delimitar na presente dissertação –, ainda, que atuar no serviço público requer do profissional competências para lidar com situações conflituosas e sabedoria para compreender as diversidades culturais e socioeconômicas da população, para assim atendê-la de forma humanizada e equânime.

Dessa forma, a bioética vem sendo considerada um ponto central, pois orienta os profissionais para a aquisição de uma postura mais humanística, respeitando a dignidade das pessoas, além de nortear os profissionais a tomarem decisões de forma reflexiva.

Ainda são poucos os trabalhos publicados sobre os conflitos (bio)éticos enfrentados pelos cirurgiões-dentistas, especialmente no âmbito do seu trabalho na Atenção Primária à Saúde. Em nosso estudo, ao dialogar com cirurgiões-dentistas que atuam na APS da Microrregião de Saúde de Viçosa (MG), foi possível identificar diferentes questões (bio)éticas, que foram categorizadas em quatro grupos: (1) problemas (bio)éticos relacionados aos membros da equipe da APS, (2) problemas (bio)éticos relacionados à gestão, (3) problemas (bio)éticos envolvendo a equipe e os usuários, e (4) problemas (bio)éticos relacionados à quebra de sigilo profissional. Ficou evidenciado ainda o despreparo dos profissionais e das equipes para lidarem com essas questões, o que acarretou consequências para a equipe e para os pacientes. O estudo apontou ainda a invisibilidade dos problemas (bio)éticos por significativa parcela dos entrevistados, e pouca familiaridade destes com conceitos de ética e de bioética.

Foi apresentado – a estes profissionais – um caso clínico fictício envolvendo questões (bio)éticas, e neste caso, a grande maioria dos profissionais conseguiu identificar os problemas (bio)éticos e tomar uma decisão frente ao mesmo. Entretanto, apenas quatro participantes sustentaram essa decisão com princípios bioéticos.

A complexidade dos problemas (bio)éticos que emergem na rotina dos profissionais que atuam na área da saúde exige destes um conhecimento e um domínio das ferramentas teóricas da bioética, para que não tomem uma decisão apenas de forma aleatória, mas com consciência e embasamento, de modo a sustentar essa decisão frente a qualquer questionamento posterior.

Os resultados descritos reforçam a importância do presente estudo – e de outros sobre essa temática – e corrobora para a necessidade de uma mudança na matriz curricular, bem como uma educação permanente dos profissionais dessa área, para que estes possam reconhecer e deliberar corretamente sobre os problemas (bio)éticos que eventualmente acontecerão.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, L. C. **O programa Saúde da Família Pelo Olhar do Cirurgião Dentista**. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.
2. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.
3. BRASIL. Lei Nº 1.314 de 17 de janeiro de 1951, Regulamenta o exercício profissional dos Cirurgiões Dentistas. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 1951, p. 905.
4. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em 13 de agosto de 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde buccal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 24.
6. BRASIL. Poder Executivo. Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884. Dá novos Estatutos às Faculdades de Medicina. Rio de Janeiro. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 1884**, Página 478 Vol. 2 pt. 1
7. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Rio de Janeiro: CFO, 2012.
8. GIACHETTI, N. J. **Preceitos legais que interessam ao exercício da Odontologia**. São Paulo; Lysanda; 1960. p. 65.
9. INOCENTE, J. J.; MEDEIROS, U. Aplicação da Bioética na prática clínica diária. **Rev. bras. Odontol.** Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 4-8, Jan. 2016.
10. JUNGES, J. R. Bioética da atenção primária à saúde. **Rev. AMRIGS**. Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 88-90, Jan. 2011.
11. LIMA, C. M. G.; WATANABE, M. G. C.; PALHA, P. F. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria*. v. 28, n.3, p. 191-198, Jan. 2006.
12. MALUF F. et al. Bioética e Odontologia: Considerações sobre a relação profissional-paciente. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.36, n.2, p. 61-65, Julho/Dezembro, 2015.
13. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2010. P. 406.
14. NACASATO, R. P.; BOMFIM, R. A.; DE-CARLI, A. D. Ethical and moral development: aspects relating to professional training in Dentistry. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol.**, Campinas, v. 64, n. 1, p. 43-49, Mar. 2016.
15. ORESTES-CARDOSO, S.; MELO, M. V. S.; ORESTES-CARNEIRO, R. Representação de valores morais para o exercício profissional em estudantes de odontologia. **Rev. bioét.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 178-186, Abr. 2015.
16. PERES, M. A. A. **A Saúde Bucal como política pública no Brasil: Breve Histórico**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

17. REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2014. p.160.
18. SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Odontologia: um Breve Histórico. **Odontologia. Clín. Científ.**, Recife, v. 6, n. 1.p. 7-11, Jan. 2007.
19. VIDAL, S. V. et al. A bioética e o trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de educação. **Rev Bras Educ Med**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 372-380, Set. 2014.
20. ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg. saúde debate**. v. 13, p. 18-35, Jul. 1996.
21. ZAROR-SÁNCHEZ C. et al. Enseñanza de la bioética em el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes **Acta bioeth.**, Santiago , v. 20, n. 1, p. 135-142, Jun. 2014.
22. ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dez. 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Participante da Pesquisa,

Convidamos o Sr. (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “*Bioética e Atenção Primária Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Viçosa - MG*”. Nessa pesquisa pretendemos analisar a percepção dos odontólogos que atuam na Atenção Primária a Saúde da microrregião de Saúde de Viçosa - MG sobre os problemas bioéticos vivenciados em sua prática profissional.

A pesquisa ocorrerá nos espaços de atenção primária à saúde nos municípios das microrregião de saúde de Viçosa - MG, e consistirá em responder um questionário sobre ética e bioética com previsão de duração de 30 minutos.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Você poderá participar, se desejar, após o devido esclarecimento e assinatura do presente documento. Seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, por simples comunicação verbal – telefone (31) 3899-3978 – ou, se preferir, por e-mail (Imecs@ufv.br), sem que sua decisão de não mais participar do estudo implique em qualquer dano para sua pessoa.

Como *riscos* da pesquisa destacam-se o tempo despendido, o eventual desconforto relacionado ao preenchimento do questionário, e o eventual mal-estar provocado pela reflexão acerca de problemas bioéticos relativos à atuação dos profissionais da saúde. No entanto, para minimizar tais riscos será garantido o anonimato do indivíduo, a escolha do local da entrevista, e uma relação empática será construída entre o pesquisador e o participante, sendo essa de fundamental importância para a realização de uma pesquisa qualitativa, na qual envolve fatores subjetivos que requerem a criação de um ambiente confortável e seguro, onde o participante se sinta à vontade para verbalizar sobre questões particulares que lhes serão direcionadas durante a coleta de dados.

Como *benefícios* potenciais podem ser relatados as possibilidades de melhor conhecimento sobre os problemas bioéticos na atenção primária à saúde, o que poderá contribuir para o aprimoramento dessa importante dimensão do trabalho em saúde.

Os dados coletados através dos questionários serão armazenados no Laboratório de Métodos Epidemiológicos e Computacionais em Saúde da

Universidade Federal de Viçosa, por até cinco anos, pelo pesquisador responsável, sendo acessados apenas pelo mesmo. Após esse período, os mesmos serão destruídos. Será garantido o sigilo sobre a identidade dos participantes da pesquisa. A divulgação dos resultados obtidos na pesquisa será realizada apenas em meios de comunicação cientificamente reconhecidos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “*Bioética e Atenção Primária Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Viçosa - MG*” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Rodrigo Siqueira Batista
Laboratório de Métodos Epidemiológicos e Computacionais em Saúde
Departamento de Medicina e Enfermagem
Universidade Federal de Viçosa
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3899-3978
Email: lmecs@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG
Telefone: (31)3899-2492
Email: cep@ufv.br
www.cep.ufv.br

Viçosa, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Apêndice B - Questionário

Principais problemas éticos identificados pelos odontólogos atuantes na APS e conhecimento sobre os conceitos de bioética

Nº do questionário: __ __

I – CARACTERÍSTICAS GERAIS	
1) Sexo: () masculino () feminino	
2) Idade: ____ anos	4) Naturalidade:
3) Nível de escolaridade: () Superior completo () Pós-graduação latu sensu. Se sim, em qual área _____ () Especialização. Se sim, em qual área _____ () Mestrado. Se sim, em qual área _____ () Doutorado. Se sim, em qual área _____ () Pós-doutorado. Se sim, em qual área _____	
4) Tempo de exercício da profissão em anos:	
5) Tempo total de trabalho na APS: () 0 – 1 ano () 1 – 2 anos () 2 – 5 anos () 6 – 8 anos () Não sabe	

II – PROBLEMAS BIOÉTICOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE

6) Descreva situações, vividas na APS, nas quais você considere que houve problemas de ordem ética.

7) Como a equipe abordou o(s) problema(s) acima(s) descrito(s)?

8) Foi necessário recorrer a alguma referência bibliográfica (texto, artigo, código de ética, ou outro) ou a algum consultor para auxiliar na resolução da(s) questão(ões)?

9) Houve solução para o(s) problema(s)? Qual solução?

10) Quais as principais consequências, do seu ponto de vista, do(s) problema(s) de ordem ética e bioética listado(s)?

III – CONHECIMENTO SOBRE OS CONCEITOS DE ÉTICA E BIOÉTICA

11) O que você entende por ética?

12) O que você entende por bioética?

13) Você conhece algum conceito de ética e de bioética? Se sim, quais?

14) Todos os profissionais de saúde devem ter seu trabalho pautado nos princípios da ética e da bioética. Comente esta afirmação?

15) Comente a situação-problema a seguir:

João, sexo masculino, 25 anos, foi a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no seu Município para tratamento odontológico. João já havia sido diagnosticado com infecção pelo HIV, e durante a conversa com o cirurgião-dentista, confia ao mesmo que sua esposa não sabe de sua condição, e que estão pretendendo ter filhos. Relata ainda que na semana seguinte irá ao centro de especialidades para extração de um dente incluso.

O jovem pede, encarecidamente, ao cirurgião-dentista que não conte a ninguém sobre sua condição de infectado pelo HIV, exigindo sigilo absoluto. O dentista procura demovê-lo dessa posição, durante longa conversa, sem sucesso. Dialoga, depois, com os demais membros da equipe de saúde da família – a enfermeira, a técnica de enfermagem, o agente comunitário de saúde e o médico – e, após intenso debate – permeado por argumentação baseada nos princípios da bioética, especialmente o respeito à autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça –, todos decidem convocar a parceira do jovem infectado pelo HIV para conversar e solicitar a testagem para o vírus. No entanto, decidem por não contar ao profissional do centro de especialidades que irá fazer a extração do dente incluso sobre a condição de João.

João, ao saber do ocorrido –que sua condição de infectado pelo HIV foi revelada a sua esposa– procura um advogado para que sejam tomadas as medidas cabíveis em relação ao dentista e à equipe.

Sobre o problema, responda:

1. Quais os principais problemas bioéticos da história narrada?

2. Que decisão você tomaria nessa situação? A mesma da equipe? Sustente sua decisão utilizando argumentos bioéticos.

3. Quais as consequências – para a equipe – da quebra de sigilo?

ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem a Microrregião de Saúde de Viçosa - MG

Pesquisador: Rodrigo Siqueira Batista

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69789917.4.0000.5153

Instituição Proponente: Universidade Federal de Viçosa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.205.321

Apresentação do Projeto:

Projeto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Viçosa - MG.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos odontólogos que atuam na APS da microrregião de Saúde de Viçosa - MG sobre os problemas bioéticos vivenciados em sua prática profissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos da pesquisa destacam-se o tempo despendido, o eventual desconforto relacionado ao preenchimento do questionário, e o eventual mal-estar provocado pela reflexão acerca de problemas bioéticos relativos à atuação dos profissionais da saúde. No entanto, para minimizar tais riscos será garantido o anonimato do indivíduo, a escolha do local da entrevista, e uma relação empática será construída entre o pesquisador e o participante, sendo essa de fundamental importância para a realização de uma pesquisa qualitativa, na qual envolve fatores subjetivos que requerem a criação de um ambiente confortável e seguro, onde o participante se sinta à vontade para verbalizar sobre questões particulares que lhes serão direcionadas durante a coleta de dados.

Como benefícios potenciais podem ser relatados as possibilidades de melhor conhecimento sobre

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes

Bairro: Campus Universitário

CEP: 36.570-900

UF: MG

Município: VICOSA

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.205.321

os problemas bioéticos na atenção primária à saúde, o que poderá contribuir para o aprimoramento dessa importante dimensão do trabalho em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande interesse para a área que a propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados estão, sob os aspectos éticos, adequados à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_925003.pdf	01/08/2017 08:50:25		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.docx	01/08/2017 08:49:30	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Outros	Questionario_modificado.pdf	01/08/2017 08:47:08	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	01/08/2017 08:45:13	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_definitivo.pdf	03/07/2017 14:12:01	Maria da Conceição Aparecida Pereira Zolnier	Aceito
Folha de Rosto	Novafolhaderosto.pdf	14/06/2017	Rodrigo Siqueira	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes

Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900

UF: MG **Município:** VICOSA

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.205.321

Folha de Rosto	Novafolhaderosto.pdf	17:20:33	Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/05/2017 20:13:33	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Vicosa.pdf	19/05/2017 11:17:44	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SaoMiguelDoAnta.pdf	19/05/2017 11:16:57	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Teixeiras.pdf	19/05/2017 11:15:43	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PortoFirme.pdf	19/05/2017 11:15:18	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PedradoAnta.pdf	19/05/2017 11:14:59	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PaulaCandido.pdf	19/05/2017 11:14:48	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Canaa.pdf	19/05/2017 11:14:33	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cajuri.pdf	19/05/2017 11:14:21	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Araponga.pdf	19/05/2017 11:14:06	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/05/2017 11:12:52	Rodrigo Siqueira Batista	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes

Bairro: Campus Universitário

CEP: 36.570-900

UF: MG

Município: VICOSA

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.205.321

VICOSA, 07 de Agosto de 2017

Assinado por:
HELEN HERMANA MIRANDA HERMSDORFF
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Anexo B – Autorizações do Secretários de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPONGA ESTADO DE MINAS GERAIS

AUTORIZAÇÃO

Eu, Jaqueline Pereira Lopes de Siqueira, na qualidade de responsável pela **Secretaria Municipal de saúde de Araponga**, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa - MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Araponga 05 de maio de 2017



Praça Manoel Romualdo de Lima, 221 - Centro - CEP 36.594-000 - Araponga - MG - Tel.: (31) 3894-1100
araponga@tdnet.com.br - www.araponga.mg.gov.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, **JOSÉ APARECIDO DE SOUZA**, na qualidade de responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Cajuri, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa - MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Cajuri, 12 de Maio de 2017.



José Aparecido de Souza
Secretário de Saúde
Cajuri - MG



**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE CANAÃ**
ESTADO DE MINAS GERAIS



AUTORIZAÇÃO

Eu, Danúbia Izaura de Lima Dias, na qualidade de responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Canaã, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa -MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Canaã, 27 de Abril de 2017.

Danúbia Izaura de Lima Dias
Secretária Municipal de Saúde
Canaã - MG

D. Lima
Danúbia Izaura de Lima Dias

Secretária Municipal de Saúde de Canaã



AUTORIZAÇÃO

Eu, "**VICENTE ALVES DE SOUZA**", na qualidade de responsável pela "**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PAULA CÂNDIDO MG**", autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa -MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infra-estrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Paula Cândido, 04 de Maio de 2017.



Vicente Alves de Souza
Secretário Municipal de Saúde

Eu, LINDOMAR VIANA GOMES, na qualidade de responsável pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PEDRA DO ANTA, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa - MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Pedra do Anta, 04 de Maio de 2017.

Lindomar Viana Gomes
Secretário Municipal de Saúde
Pedra do Anta-MG

AUTORIZAÇÃO

Eu, João Rodrigo de Melo Oliveira, na qualidade de responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Firme, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa - MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Porto Firme, 17 de Maio de 2007.



João Rodrigo de Melo Oliveira
Secretário Municipal de Saúde
de Porto Firme - MG
CPF: 088.640.535-32-Port 005/2017

AUTORIZAÇÃO

Eu, Daiana Leocádio da Silva, Secretária Municipal de saúde de São Miguel do Anta, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa -MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

São Miguel do Anta, 16 de maio de 2017.

(Local e Data)

Daiana Leocádio da Silva
Secretária Municipal de Saúde de
São Miguel do Anta - MG
67M. 2017/0220



Prefeitura Municipal de Teixeira
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Eu, **Fábio Braga Teixeira**, na qualidade de responsável pela **Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira**, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa - MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Teixeiras, 15 de maio de 2017.

Fábio Braga Teixeira
Secretário Municipal de Saúde
CPF: 039.333.476-70
Teixeiras-MG

Fábio Braga Teixeira
Secretário Municipal de Saúde de Teixeira/MG



Prefeitura Municipal de Viçosa

Prça do Ruyton, 05 - Centro - CEP: 35.570-000 - Viçosa - MG
Tel: (31) 3397-3714 - Fax: (31) 3391-7649
CNPJ: 13.132.468/0001-78

AUTORIZAÇÃO

Eu, Marcus Antonio Amarante Viana Schitini, na qualidade de responsável pela Secretaria Municipal de Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Bioética e Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos odontólogos que atuam nos municípios que compõem as Microrregiões de Saúde de Ponte Nova e Viçosa - MG" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Siqueira Batista e declaro, que esta Instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa para a referida pesquisa.

Viçosa, 05 de maio de 2017.


Assinatura: Marcus Antonio A. Viana Schitini
(Carimbo) Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS-Viçosa

Anexo C - Comprovante de submissão do artigo

