

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

MARCIA ELISA ELESBÃO DA CRUZ

**COMPETÊNCIAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

ITAJAÍ

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCIA ELISA ELESBÃO DA CRUZ

**COMPETÊNCIAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde – área de concentração: Saúde da Família, pela Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosita Saupe.

ITAJAÍ

2005

MARCIA ELISA ELESBÃO DA CRUZ

**COMPETÊNCIAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Saúde
aprovada pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do
Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Itajaí, 17 de maio de 2005.

Profª Drª Rosita Saupe

UNIVALI – CE de Ciências da Saúde

Presidente – Orientadora

Prof Dr João Carlos Caetano

UNIVALI – CE de Ciências da Saúde

Membro

Prof Dr Marco Aurélio Da Rós

UFSC – Centro de Ciências da Saúde

Membro

Profª Drª Gladys Amélia Vélez Benito

UNIVALI – CE de Ciências da Saúde

Suplente do Programa

Sucesso é ter o que você precisa

Felicidade é desejar o que você tem...

Agradeço a Deus por esta oportunidade;

Agradeço a minha família de ontem e sempre...

Arno, Edith, Jacqueline e Ana Cristina pelo estímulo e, a minha família de hoje e sempre...

Robson, Briza Marina, Anna Flora e Sarah pelo ânimo e companheirismo para obtenção deste grau.

Agradecimentos Especiais

A **Dra Rosita Saupe**, incansável orientadora, que por sua competência e generosidade, sempre se mostrou exemplo de dedicação, encaminhando-me corretamente em direção à conclusão deste curso.

Ao colega e nutricionista Juarez Calil pela enorme paciência em me conduzir pelos maravilhosos, “quando funcionam”, caminhos da tecnologia da computação.

Aos membros das bancas examinadoras, pelas contribuições neste trabalho.

Aos participantes da pesquisa, pelo tempo e participação no estudo.

A alegria da vida consiste em tornar o sonho dever, e dar ao dever o encantamento do sonho...

Professores, pela e dedicação,
Colegas, pelo convívio,
Amigos, pelas trocas,
Meu eterno agradecimento.

Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui outra. Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa só, leva um pouco de nós, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levaram muito, mas não há os que deixaram nada. Essa é a maior responsabilidade de nossas vidas e a certeza de que as pessoas não se encontram por acaso.

Ângela Maria Campos Santana

CRUZ, Márcia Elisa Elesbão da. **Competências dos Cirurgiões Dentistas na Estratégia Saúde da Família para Consolidação do Sistema Único de Saúde**. 2005. Dissertação (Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho – Área de Concentração: Saúde da Família) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

RESUMO

A Estratégia do Programa Saúde da Família tem sido apontada como adequada para obter-se um sistema de saúde baseado na universalidade, integralidade e equidade, tendo em vista que procura o efetivo alcance da saúde como direito de todos. Seria bastante oportuno que a Odontologia procurasse se adequar as novas políticas públicas de atuação profissional já que, desde o ano de 2000, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas nesta estratégia. Os documentos oficiais que orientam a implantação das Equipes de Saúde Bucal definem que o profissional de hoje deve ter um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. Este estudo teve por objetivo identificar as competências necessárias ao cirurgião dentista para o desenvolvimento desta estratégia e contribuir com cursos ou programas de preparação para o trabalho nesta linha de atuação. Utilizou uma metodologia originária da Universidade da Carolina do Norte, da década de 1970, conhecida como “Metodologia da Árvore”, que apresenta uma indicação específica para avaliação de programas, tanto em fase de propostas quanto de projetos em andamento ou concluídos. Para a construção do diagrama de Árvore foi considerada a literatura e as inquietações da autora. O mesmo incluiu as competências gerais estabelecidas nas diretrizes curriculares, e que são necessárias a todos os profissionais da saúde. Estas competências foram detalhadas em seus componentes, ou variáveis, quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser considerados para capacitação do cirurgião dentista. O mesmo foi submetido a um grupo de *experts* (juízes) que validaram as variáveis para cada uma das categorias estudadas. Em seguida este diagrama foi apresentado a três grupos de profissionais: o primeiro composto por professores universitários; o segundo por profissionais dentistas que atuam na estratégia de saúde da família; e o terceiro grupo, que incluiu gestores de municípios onde esta estratégia já vem sendo desenvolvida. Os três grupos de pesquisados atribuíram valores aos elementos do diagrama e a partir das análises destes, os resultados nos propiciaram constatar que a competência considerada mais importante para atuação nesta estratégia é a Educação Permanente, seguida da Comunicação depois, do Trabalho em Equipe/ Liderança, Atenção a Saúde e por último a Tomada de decisões. Os resultados confirmam a contemporaneidade do estudo, já que o senso comum de que com a formação acadêmica profissional (graduação) seria o suficiente para o trabalho é minorizado, e que, a necessidade de aprender sempre é o caminho que leva para a competência.

Palavras-chave: Saúde bucal. Saúde da família. Competências.

Márcia Elisa Elesbão da Cruz. Dental Surgeons' Competences for the Family Health Strategy to unify the Consolidated Health System. 2005. Presentation. (Masters Program on Professional Health and Labor Management – Area of specialization: Family Health) University of the Itajai Valley, Itajai, SC, Brazil.

ABSTRACT

The strategy of the “Family Health Program” (Programa de Saúde da Família) has been found adequate to obtain a health system based universality, integration and fairness. Keeping in mind its main objective – of effectively giving everyone the right to healthcare – now, it would be a good opportunity for dental healthcare to try to adapt itself to the latest new public policies of professional performance, considering that since the year 2000, dental care treatments, were included in this strategy. Official documents designed to help create Dental Care Teams, define the profile of today’s professional as one of a generalist, humanist, critic and judicious person able to perform at all levels of health care services and to aim his/her activities to the final goal of transforming reality into a benefit for society. This presentation’s purpose is to identify all the competences needed to be a qualified dental surgeon, a person able to help develop this strategy by contributing with courses and programs destined to train others to work in the same direction. We have used a methodology originally created by North Carolina University in the 70s, known as the “Tree Method”. This method presents specific data to evaluate programs, proposals, on-going or completed projects. The author’s literature and concerns were taken into consideration to prepare the tree diagram. The diagram includes the general competences established by curricular specifications required to all professional health staff. These competences were broken down into several component details and variables divided into: know-how, expertise and attitudes that must be considered in order to train a dental surgeon. The diagram was submitted to a group of experts (judges) for their evaluation of the variable items for each category under study. Immediately after that, the diagrams were presented to three different groups of professionals: group one, of college professors, group two of dental surgeons involved in family health strategies and a third group that gathered strategy promoters from each of the counties (municipalities) where the program is being executed. All the groups involved in the poll assigned a value to the items in the diagram, from their analysis conclusions were drawn showing that the most important elements to be used in this strategy were: Continuous Training, followed by Communication, Team Work/Leadership, Focus on Health Care and Decision Making. Results show that the report is updated, it also conveys the idea that the common belief that college graduation is enough to be able to work is obsolete, giving new strength to the fact that the need for continuous training and learning is the road that leads to professional excellence.

Key words: Dental health care. Family health care. Competences.

Márcia Elisa Elesbão da Cruz. Competencias de los Cirujanos Dentistas en la Estrategia de Salud Familiar para la Consolidación del Sistema Unico de Salud. 2005. Disertación (Programa de Maestría Profesional en Salud y Gestión Laboral – Area de Especialización: Salud Familiar) – Universidad del Valle de Itajaí, Itajaí, SC, Brasil. 2005.

RESUMEN

La Estrategia del Programa Salud Familiar ha sido seleccionada como la adecuada para obtener un sistema de salud basado en la universalidad, la integridad y la equidad, considerando que pretende que la salud sea un derecho al alcance de todos. Por ello, se considera oportuno que la Odontología intentase adecuarse a las nuevas políticas públicas de desempeño profesional, ya que desde el año 2000, las actividades de salud bucal fueron incluidas definitivamente en dicha estrategia. Los documentos oficiales que brindan orientación para la institución de Equipos de Salud Bucal, definen que el profesional de hoy debe poseer un perfil generalista, humanista, crítico y reflexivo para poder actuar en todos los niveles de atención de la salud, siempre apuntando a la transformación de la realidad, en beneficio de la sociedad. El presente estudio tiene como objetivo principal, identificar las competencias necesarias que precisa un cirujano dentista para el desarrollo de esta estrategia y para contribuir con cursos o programas de preparación para el trabajo, dentro de esta línea de desempeño. Se utilizó una metodología de la Universidad de Carolina del Norte, de la década de 1970, conocida como “Metodología del Árbol”, que contiene una parte específica para la evaluación de programas, ya sea en las fases de propuesta, proyectos en funcionamiento o aquellos ya concluidos. Para la construcción del diagrama de Árbol fue tomada en cuenta la literatura y las inquietudes de la autora. En el mismo se incluyeron las competencias generales establecidas en las normas curriculares y que son requisitos para todo profesional de la salud. Estas competencias fueron descritas en detalle incluyendo sus componentes y variables relacionadas con el conocimiento, las habilidades y la actitud que deben tenerse en cuenta al capacitar al cirujano dentista. El diagrama fue presentado a un grupo de expertos (jueces) que evaluaron las variables para cada categoría estudiada. De inmediato, fue presentado a tres grupos de profesionales: el primero compuesto por profesores universitarios; el segundo por dentistas profesionales que actúan en el área de la estrategia de salud familiar y un tercer grupo que incluía gestores de municipios en los que ésta estrategia está siendo ya puesta en práctica. Los tres grupos encuestados atribuyeron valores a cada elemento del diagrama y a partir del análisis de estos valores logramos obtener resultados que confirman que las competencias consideradas mas importantes para tener en cuenta en esta estrategia son: la Capacitación Permanente, seguida por la Comunicación, luego el Trabajo en Equipo/ Liderazgo, Atención de la Salud y por último la Toma de decisiones. Los resultados confirman la vigencia del estudio, ya que la generalizada creencia de que la formación académica profesional (graduación) es suficiente para trabajar queda minimizada, confirmando que la necesidad del aprendizaje continuo es el camino que lleva a la competitividad.

Palabras clave: Salud bucal. Salud Familiar. Competencias.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 – Diagrama de Árvore.....	30
Figura 2 – Diagrama representativo das competências do cirurgião dentista para o SUS/PSF, 2004.....	35
Figura 3 – Dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à competência Atenção à Saúde, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.	36
Figura 4 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Tomada de Decisões/Administração e Gerenciamento, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.....	37
Figura 5 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Educação Permanente, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.	38
Figura 6 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Liderança/ Trabalho em Equipe Multidisciplinar, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.....	39
Figura 7 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Comunicação, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.	40
Figura 8 –Distribuição da média dos pesos atribuídos para cada desdobramento de componente da competência em cada variável.....	46
Figura 9 – Distribuição da média dos pesos atribuídos por competência, para cada categoria de jurados.....	48

Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos pesos por competência no grupo de professores.....	43
Quadro 2 – Distribuição dos pesos por competência no grupo de gestores.....	44
Quadro 3 – Distribuição dos pesos por competência no grupo de profissionais.....	44
Quadro 4 –Distribuição dos pesos atribuídos pela totalidade dos Jurados.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA: O CIRURGIÃO DENTISTA – SUAS COMPETÊNCIAS, RAÍZES E EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	5
2.1 A Antigüidade	5
2.2 A tradição islâmica e do extremo oriente	6
2.3 A idade média e o renascimento.....	7
2.4 A odontologia na América.....	9
2.5 Final do século XIX e início do século XX.....	10
2.6 A odontologia no Brasil.....	13
2.7 A odontologia no estado de Santa Catarina.....	17
3 MARCO TEÓRICO.....	20
3.1 Competências	20
3.2 Saúde bucal.....	23
3.3 Diretrizes curriculares.....	25
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 Primeira etapa: Diagrama de Árvore	29
4.2 Segunda etapa: Método do Júri	30
4.3 Terceira etapa: Consulta aos jurados	31
4.4 Quarta etapa: Verificação da concordância entre os jurados.....	31
4.5 Procedimentos éticos	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Consulta aos Juizes.....	33
5.2 Consulta aos Jurados	41
5.2.1 Análise considerando os pesos atribuídos pelos jurados.....	43
5.2.2 Análise considerando as competências	45
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	50
REFERÊNCIAS	53

APÊNDICES	57
Apêndice A – Estudo Preliminar	58
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
Apêndice C – Questionário de pesquisa	63
Apêndice D – Rol dos resultados da avaliação das competências pelos jurados	71
Apêndice E – Análise estatística das atribuições de pesos pelos jurados.....	78
ANEXOS	84
Anexo A – Certificado de aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Univali	85

1 INTRODUÇÃO

Quando, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) explicitou o *slogan* "Saúde para todos no ano 2000", dando ênfase ao atendimento primário (Declaração de Alma Ata, 1978) começaram a ocorrer iniciativas de mudança da atenção à saúde, com o objetivo de transformação do modelo hegemônico, centrado no tratamento de doenças, para um sistema voltado à promoção de saúde e a humanização dos serviços, com vistas à qualidade de vida.

No Brasil, após 1974, surge da luta pela transformação do sistema de saúde imposto pelo golpe militar de 1964, um movimento denominado Reforma Sanitária. Este, iniciado nas universidades, serve como um espaço de enfrentamento aos interesses econômico-corporativos do setor. Segundo Escorel, 1989 citado em Da Ros (1991), a principal característica deste movimento é ser suprapartidário onde a linguagem comum é contida no pensamento médico social.

Como resultado das lutas deste movimento chegou-se a Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986) que modificou e ampliou o conceito de saúde. Este, levado para a Constituição Federal (1988) e para as Leis Orgânicas da Saúde (1990 - 1993), iniciou uma mudança nos parâmetros definidos e organizados com vistas à melhoria na qualidade de vida (JATENE, 1999).

O ano de 1994 é definido pela Organização Mundial da Saúde como Ano Internacional da Família. Neste mesmo ano, devido a já estarem sendo desenvolvidas experiências bem sucedidas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desencadeia-se, na mesma linha de atuação, o Programa Saúde da Família (PSF). Sua estratégia visa à reorganização dos serviços de atenção básica com ações essencialmente na promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, e das famílias de forma integral e contínua (BRASIL, 2000).

Em 1998, é criado o Piso de Atenção Básica (PAB) trazendo uma mudança na lógica de financiamento da saúde e funcionando como mecanismo de indução, por parte do Ministério da Saúde, para a adoção de estratégias consideradas prioritárias (NEGRI, 1999).

Todavia, é difícil conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde sem que se invista em uma nova política de formação profissional e num processo permanente de capacitação de recursos humanos, daí a necessidade de se avaliar e remodelar as intervenções dos cursos de graduação, ou de capacitação para o trabalho, contribuindo para que estas mudanças realmente possam ser realizadas (SOUZA, 2000).

Inicialmente a odontologia não participou deste programa; somente veio a fazer parte a partir de 28 de dezembro de 2000 com a Portaria GM/MS nº1.444 e após, com sua regulamentação em março de 2001, através da Portaria GM/MS nº 267. Os objetivos desta inclusão estão voltados para a ampliação do acesso da população as ações de promoção e recuperação da saúde bucal, a prevenção de doenças e agravos a ela relacionados e a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2002).

Apesar das estratégias de ações estarem bem colocadas nos manuais de implantação deste programa, esta ocorreu com algumas dificuldades.

Uma dificuldade importante foi a maneira de inclusão da odontologia, que ocorreu de forma paralela à equipe básica de PSF. Assim passaram a coexistir duas equipes: a equipe básica, composta por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem; e a equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista, técnico em higiene dental (opcional) e auxiliar de consultório dental. Estas equipes passaram a desenvolver ações distintas, sem nenhum movimento de aproximação entre elas. Agravando ainda mais esta situação, a exigência para implantação de uma equipe de saúde bucal era ser cadastrada para atuar em duas equipes básicas do PSF. Este fato levou a um distanciamento entre os profissionais que não se reconheciam como da mesma equipe (CAMPOS, 2004).

Outro sério e determinante fator de dificuldade na implantação da concepção proposta pelo modelo foi o valor do incentivo financeiro repassado aos municípios. Para a formação da equipe de saúde bucal e sua manutenção, o valor representa um numerário muito menor ao destinado para a implantação e manutenção da equipe básica. Esta situação tem levado a, freqüentemente, ser entendida pelos gestores municipais, e até por componentes de equipes básicas, como atividade inferior e de atuação diferenciada daquela proposta pela estratégia de Saúde da Família, sendo em alguns municípios até não implantadas.

Em junho de 2003, através da Portaria GM/MS nº 673 BRASIL (2003), a equipe de saúde bucal passa a atuar inserida em apenas uma equipe básica de PSF, facilitando então a possibilidade de contemplar a exigência de trabalho em equipe, porém o valor repassado aos municípios continua sendo feito da maneira descrita anteriormente.

Até aqui, não é comum encontrarmos equipes de saúde bucal com atividades visando à reordenação das ações de saúde básica, ultrapassando as ações curativas e de atenção higienista a grupos de escolares, para uma atuação com integralidade, descentralização e humanização dos serviços (CAMPOS, 2003). É possível perceber que esta distorção vem acontecendo porque o PSF aposta em uma mudança centrada na estrutura e não nos fazeres do

cotidiano de cada profissional, e acreditamos que é aí que se define o modelo da assistência, visto que, o perfil do profissional é traçado por seu conhecimento técnico-científico, por suas atitudes e condutas sociais, políticas e filosóficas, que nem sempre se mostram de maneira clara (PEREIRA, 2003).

É com esta visão que este projeto foi proposto no qual se pretendeu a construção de um diagrama hierarquizado de competências para a atuação profissional eficiente e que, este instrumento, possa servir de base para cursos de graduação em odontologia ou de educação continuada para cirurgiões dentistas, na concretização do perfil profissional coerente com as necessidades da população, alinhadas com as políticas públicas e, a partir destas constatações, propor avanços no sentido de que a atuação do cirurgião dentista inserido no Programa Saúde da Família venham contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS como resultado objetivo da Reforma Sanitária precisa do engajamento de todos os atores envolvidos para sua real consolidação. As Diretrizes Curriculares apontam concretamente nesta direção, porém os Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos (PPP) precisam incorporar esta perspectiva, não só filosoficamente, mas em suas ações.

Um PPP, construído de um trabalho coletivo de seus integrantes, resultaria em um projeto alternativo aos que se têm apresentado atualmente como saída para resolver os questionamentos pelos quais passam as escolas. O mais interessante, é que deveria ser construído com a ação diversificada de seus integrantes, considerando a realidade de todos os membros, as transformações são rápidas e complexas e nos processos de mudanças há que se considerar o passado, o presente e o futuro pretendido; saber o que somos para saber o que queremos ser (CAETANO, 2004).

Assim, a partir das inquietações profissionais da pesquisadora, respaldadas por experiência vivida junto aos serviços de atenção à saúde, foi desenvolvido este estudo na perspectiva de contribuir com os cursos de odontologia para a efetivação de seu compromisso social com a mudança do modelo hegemônico. Os objetivos estabelecidos estão apresentados a seguir.

Como objetivo geral foi estabelecido identificar as competências do cirurgião dentista para uma atuação efetiva e eficaz, ao encontro da estratégia do Programa Saúde da Família, auxiliando na consolidação do SUS. Para isto, foi proposto caracterizar as competências dos cirurgiões dentistas no desenvolvimento de ações descrevendo e hierarquizando os conhecimentos, habilidades e atitudes na atuação para este fim. Também foi intenção, evidenciar a visão destas competências conforme os três grupos envolvidos com a atenção do cuidado dentro do PSF, sendo eles: Professores do Curso de Odontologia, Cirurgiões Dentistas que atuam em ESB e Gestores de municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde, do Estado de Santa Catarina e que aderiram ao PSF.

Esta dissertação está assim estruturada: após esta introdução, que justifica, contextualiza e apresenta os objetivos e questão de pesquisa, no capítulo 2, denominado “Contribuição da Literatura: O Cirurgião Dentista – Suas Competências, Raízes e Evolução Histórica” foi resgatada a evolução histórica da profissão, destacando o desenvolvimento das atribuições até chegar-se nas competências para a atuação efetiva do cirurgião dentista dentro do desenvolvimento sócio-político-econômico dos tempos atuais; também foi procurado resgatar como se deu à implantação dos cursos de odontologia, especialmente no estado de Santa Catarina onde este estudo foi realizado.

No capítulo 3 intitulado de “Marco Teórico”, foram desenvolvidos os conceitos que deram sustentação ao estudo, a saber: competências, saúde bucal e diretrizes curriculares.

A “Metodologia”, apresentada no capítulo 4, é uma adaptação de parte da proposta originária da Universidade da Carolina do Norte na década de 70, introduzida no Brasil por Spínola e Pereira (1976). Apresenta uma indicação específica para avaliação de programas, tanto na fase de propostas, quanto de projetos em andamento ou concluídos. No caso deste estudo foi utilizada com a intenção de avaliar uma proposta idealizada para responder a seguinte questão:

Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes são necessários para desenvolver a competência dos cirurgiões dentistas para atuação na estratégia do Programa Saúde da Família na visão dos gestores municipais, dos profissionais envolvidos na atuação do programa e na visão de professores de um curso de curso de odontologia?

Os “Resultados” estão apresentados no capítulo 5, sob a forma de elementos gráficos descritos e analisados conforme as tendências evidenciadas nos dados. Como resultado mais importante da análise procedida através da comparação entre os diagramas resultantes dos três grupos de pesquisados, destacamos a necessidade de treinar e capacitar os profissionais cirurgiões dentistas para o acolher e cuidar nas suas ações.

No capítulo das “Considerações Finais”, de número 6, sugerimos que este estudo seja aplicado a outros grupos de envolvidos nesta estratégia de ações e que este sirva como indicador para o treinamento de cirurgiões dentistas que irão atuar nas equipes de saúde bucal, resultando com isto em uma melhora na qualidade de vida dos envolvidos com esta atuação.

2 CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA: O CIRURGIÃO DENTISTA – SUAS COMPETÊNCIAS, RAÍZES E EVOLUÇÃO HISTÓRICA.

Neste capítulo resgatamos alguns fatos importantes da evolução histórica da odontologia, com ênfase maior nos aspectos relacionados à temática em estudo. Iniciamos pela Antigüidade, passamos pela Idade Média e o Renascimento e registramos alguns aspectos posteriores ao século XVIII até o início da época atual. Na seqüência e com a finalidade de contextualizar o tema, focalizamos o Brasil e o Estado de Santa Catarina.

2.1 A Antigüidade

Anteriormente à medicina científica poucos indivíduos tinham a possibilidade de dedicar seu tempo e garantir a sobrevivência através da arte de curar enfermidades. As curas se davam através de práticas religiosas, por curandeiros que exerciam a medicina de forma instintiva, percebendo a doença como um castigo por uma transgressão às regras sociais, morais e religiosas. Os indivíduos não existiam se não em Deus, e a maternidade, o corpo, servia apenas para purificar a alma, através do sofrimento e do sacrifício, para se tornar digna da transcendentalidade (MACHADO, 1995).

No período de 4.500 a.C. até o século XVII não existia distinção formal entre médicos e cirurgiões dentistas. É claro que às vezes alguém acabava por destacar-se na arte de arrancar dentes. As odontalgias eram descritas por um mal terrível e a solução encontrada era extração dentária. São da Mesopotâmia, região situada entre os rios Tigre e Eufrates, onde hoje se localiza parte do Iraque, os documentos mais antigos sobre Medicina e Odontologia. No Código de Hamurabi (1728 a.C.) fundador do Iº Império Babilônico já existem referências sobre a prática profissional de médicos e barbeiros. Embora haja várias menções à saúde dental no Velho Testamento, não há registros de que os hebreus fizessem intervenções ou procedimentos odontológicos. O *Talmud*, compêndio da tradição oral hebraica, prevê uma série de remédios para problemas dentais (ANDRADE, 1998).

No Egito a prática da medicina começou por volta de 4.600 a.C. surgiram aí os experts (especialistas em algum órgão da anatomia), e foi na corte do faraó Zoser que se destacou *Hesi-Re* no tratamento de dentes. Nos escritos egípcios pode-se notar que havia uma

preocupação com o tratamento dos dentes, mas não com a higiene bucal e, é deles também que se tem relato de próteses rudimentares. No século I o chá de *Mandragora Officinalis* era muito empregado para o tratamento da dor de dente (RING, 1998).

Na Grécia Antiga, berço da filosofia e de grande parte das ciências, a medicina era praticada por sacerdotes e para eles a doença era uma punição divina. As primeiras escolas de medicina profana surgiram por volta de 500 a.C. nas ilhas de Cos e Cnidus. Hipócrates (460 a.C.) introdutor da observação clínica e do tratamento racional, acreditava que os problemas dentais eram hereditários ou frutos de uma predisposição natural. A cárie era ignorada pelos Gregos. Ter dentes brancos era considerado uma virtude e dentes fortes eram sinais de boa saúde. Com os romanos veio a preocupação com a higiene bucal, onde o uso de palitos de dente de metal e até de ouro fazia parte da etiqueta. Com eles os gregos aprenderam a usar pedra-pomes, talco, pó de coral, alabastro e ferrugem para limpá-los. Os práticos romanos faziam próteses, restauravam com coroas de ouro os dentes afetados por cárie provavelmente trabalhando em parceria com artesãos (RING, 1998).

Apesar de grande parte dos escritos das civilizações pré-colombianas, como a dos Maias, (que tiveram seu apogeu entre 300 e 900 d.C.) ter sido queimado pelos espanhóis sabe-se que possuíam sólidos conhecimentos de matemática, astronomia, arquitetura e escultura. Eles costumavam ornamentar os dentes com pequenas pedras preciosas cimentadas a eles e também, foram encontrados dentes com material inorgânico em locais de cárie, em restos humanos desta civilização (ANDRADE, 1998).

2.2 A tradição islâmica e do extremo oriente

Assim como Moisés entre os hebreus, o profeta Maomé introduziu preceitos de higiene pessoal entre os seguidores do Islã. O livro sagrado dos muçulmanos, o Corão, inclui enxaguatórios bucais três vezes ao dia. O mesmo livro condena o contato com sangue, motivo pelo qual os médicos árabes foram levados a explorar outros métodos de cura, como a farmacêutica. Maomé também orientou seu povo a limpar os dentes com uma escova confeccionada com fibras de Salvadora Pérsica, árvore típica dotada de propriedades adstringentes. Avicenna (980-1037) médico do Islã, em sua obra *The Canon*, (a regra ou a lei) refere observar a oclusão dentária na hora de se reduzir uma fratura de maxilar. Sua técnica influenciou os cirurgiões da Baixa Idade Média. Contemporâneo de Avicenna, Albucasis

identificou o tártaro como causa de doenças periodontais. Ele considerava os dentes como órgãos nobres e sugeria a sua substituição com implantes feitos com osso de boi (ANDRADE, 1999).

Por volta de 800 a.C. surge na Índia o *Ayurveda*, tratado de medicina onde Sushruta, um de seus autores, sugere a cauterização de tumores bucais e aplicação de bandagens em fraturas de maxilares. Nos textos é sugerida também, a escovação dentária diária e ritual como mascar ramos de mangueira e fazer bochechos com ervas aromáticas (RING, 1998).

Os chineses foram responsáveis por muitos inventos como papel, pólvora, macarrão, futebol e escova de dente, no século XV. Por volta do séc. II, eles já utilizavam uma espécie de amálgama de prata na restauração de dentes feito este, que no ocidente, só começou a ser utilizado mil anos depois (RING, 1998).

No século XII d.C., no Japão, a Odontologia era encarada como uma especialidade médica independente, e no séc. XVII os dentistas já confeccionavam próteses de madeira que eram encaixadas nos canais de dentes perdidos. Também era utilizada a acupuntura para o alívio da dor de dente (RING, 1998).

2.3 A idade média e o renascimento

A expansão da civilização muçulmana iniciada em 634 atinge seu ápice com a ocupação da Europa a partir do século XVI. Durante seu avanço absorveu o saber de vários povos (egípcios, persas, hindus, hebreus etc.) e com isto tornaram-se competentes em astronomia, agricultura, navegação, matemática e química isto levou a um grande desenvolvimento científico na Europa (ANDRADE, 1999).

Durante a idade média, a Europa Ocidental vive um período conturbado. A Igreja detém a exclusividade do ensino científico, o continente é tomado pelos muçulmanos e o renascimento cultural aparece para oxigenar as artes e as ciências. Neste período surgem os barbeiros-cirurgiões, ancestrais dos atuais cirurgiões dentistas. Os cirurgiões da época, judeus e muçulmanos em sua maioria, caminhavam sobre terreno movediço, ora a mercê da espada ora do jugo clerical. Durante a Santa Sé (século XII), a atividade de verter sangue era incompatível com o ofício sagrado e com isto abria-se espaço para os médicos, porém devido a uma série de implicações religiosas, a cirurgia era uma prática de proscritos, inferior à prática da medicina ordinária (RING, 1998).

No século X, em Salerno, surgem as primeiras escolas a ensinar a medicina como um ramo de conhecimento independente, mas, a produção intelectual foi muito pobre até o século XIII. Nesta época os barbeiros cirurgiões realizavam extrações dentárias, sangrias, incisões para retirada de pedras da bexiga, lancetavam abscessos e raspavam cataratas (RING, 1998).

Guy de Chauliac (1300-1368), médico e anatomista particular de três papas, escreveu a obra *Inventorium Chiurgicalis Medicine* na qual descreve a anatomia da dentição, classifica os males e divide os tratamentos em universais e particulares. Este usou seu prestígio em defesa dos barbeiros-cirurgiões e dentadores (pessoas que tratavam exclusivamente de dentes). Ele também não acreditava nas medicações para tratamento das doenças bucais usadas na época. Seu sucessor Giovanni Arcolani catalogou, em 1427, os instrumentos utilizados em extrações, e em meados do século XVI aparece a obra *Practisa Copiosa in Arte Chirurgica* (1514) de Giovanni da Vigo, onde se descreve a utilização do ouro em restaurações dentais (RING, 1998).

Leonardo da Vinci (1452-1519), o mais importante anatomista de sua época, estudou detalhadamente o crânio, descrevendo o seio maxilar e detalhando os dentes, sendo o primeiro a distinguir molares de pré-molares. Theophrastus Bombastus Von Hohenheim (1493-1541), conhecido como Paracelso, elevou o conhecimento da farmacologia a um nível mais racional (RING, 1998).

Em 1530 é publicada a obra *Little Medicinal Book of All Kinds of Diseases and Other Infirmities of the Teeth* (Pequeno Livro Medicinal de Todo Tipo de Doenças e Enfermidades) sendo a primeira obra dedicada exclusivamente à Odontologia. É considerada antologia de autores famosos. Em 1543, Andreas Vesálio publica um dos maiores tratados de anatomia de todos os tempos. Neste, ao falar sobre dente, contraria Galeno ao afirmar que não são ossos, mas erroneamente concorda com aquele ao afirmar que continuam crescendo por toda a vida. Um sucessor de Vesálio, Gabriello Fallopio (1516-1559), contribuiu para a odontologia com a descrição do nervo trigêmeo e outro, chamado Bartolommeo Eustáquio primeiro anatomista dental, realizou a publicação de *Libellus de Dentibus* (opúsculo sobre os dentes) primeiro livro da anatomia e histologia dental em 1563 (RING, 1998).

A invenção do microscópio, no século XVII, revelou um novo mundo aos pesquisadores. Nesta época os barbeiros-cirurgiões atendiam em praças públicas junto com artistas circenses e eram mambembes, só os mais bem sucedidos se estabeleciam em pontos fixos (RING, 1998).

Em 1685, o Estado de Brandenburg-Prússia e o parlamento francês em 1699 estipularam um exame compulsório para os médicos e cirurgiões que quisessem praticar Odontologia (RING, 1998) (RING, 1998).

Pierre Fauchard (1678-1761) publica o *Traité des Dents* ou *Le Chirurgen Dentiste* onde revela sua técnica, proporcionando assim enorme salto qualitativo na área e isto incentivou diversos autores a transmitir suas experiências para o papel. Fauchard foi um entusiasta da odontologia preventiva e revolucionou os conceitos ergonômicos do consultório, sugerindo que o paciente ficasse acomodado em uma cadeira com apoio para os braços, também foi ele quem cunhou o termo cirurgião dentista para a profissão, diferenciando-a das demais especialidades cirúrgicas (RING, 1998).

John Hunter publicou em 1771 *The Natural History of the Human Teeth: Explaining Their Structure, Use, Formation, Growth and Disiases*, onde trazia ilustrações de anatomia craniana com algumas considerações válidas até hoje. Assim, verificamos que, por um lado os conhecimentos sobre fisiologia dos dentes se aprofundavam, o segmento das próteses só veio a se desenvolver quando o farmacêutico Alexis Duchâteau (1714-1792) e o dentista Nicolas Dubois de Chémant conseguiram sucesso na confecção de próteses de porcelana. A patente da invenção ficou com Chémant (ANDRADE, 1999).

2.4 A odontologia na América

O primeiro dentista a desembarcar na América do Norte e exercer atividades por dois anos foi Robertt Woofendale, que depois retornou a Inglaterra, por mais vinte anos e novamente mudou-se para o Novo Mundo (ANDRADE, 1999).

Em 1776, o ourives chamado Paul Rever da início à odontologia legal, identificando um cadáver através de uma prótese dentária confeccionada por John Baker, dentista com o qual Paul Rever havia trabalhado. Josiah Flagg realizava procedimentos de ortodontia, de endodontia e cirurgias de lábio leporino (RING, 1998).

R. C. Skinner era dentista itinerante e colaborador voluntário de instituições filantrópicas de Nova York. Trabalhou como plantonista na primeira clínica dental num hospital dos Estados Unidos. Publicou, em 1801, uma obra intitulada *A Treatise on the Human Teeth*, um folheto de 26 páginas com regras bem fundamentadas de higiene bucal,

tratamento dental e enfatizava para os pacientes a necessidade da manutenção preventiva dos dentes, sendo por isto intitulado pai da literatura odontológica americana (ANDRADE, 1999).

Após a Revolução Francesa há um avanço também na odontologia americana sendo que em 1830 a maioria das grandes cidades já contava com cirurgiões dentistas residentes. Giusepângelo Fonzi (1768-1840) fez avanços consideráveis para a prótese odontológica criando moldes individuais e o joalheiro Samuel White da Filadélfia criou a primeira linha de produção de dentes de porcelana. Após aperfeiçoamentos Charles Henry Land em 1903 lança a coroa de porcelana estética (RING, 1998).

Horace Hayden (1769-1844) e Chapin Harris (1806-1860) no ano de 1839 lançam o primeiro periódico dedicado à odontologia e, em 1840, colaboram com a formação da primeira associação nacional da categoria no mundo, a *American Society of Dental Surgeons* (ASDS) e neste mesmo ano, principalmente pela dedicação destes, inaugura-se a primeira escola de Odontologia do mundo, o *Baltimore College of Dental Surgery* tendo, o curso, duração de dois anos e cinco alunos na primeira turma (ANDRADE,1999).

A descoberta da anestesia é reconhecida pela *American Dental Association* (ADA) e a *American Medical Association* (AMA) pelo pesquisador chamado Horace Wells (1815-1848), em 1844 com o gás do riso, óxido nitroso, (RING, 1998).

Na década de 1850, a guta-percha era largamente utilizada para restaurações temporárias dentais, já que o uso de metais derretido causava lesão na polpa dental. Em 1833 dois franceses de sobrenome Crawcour trouxeram para a América o amálgama que denominavam "sucedâneo mineral real" e, devido à praticidade de seu uso, mesmo com alguns problemas de não aceitação por parte de alguns líderes da profissão, que só aceitavam o uso de ouro para restaurações definitivas, passa a ser largamente utilizado. Em 1851 Nelson Goodyear descobriu a vulcanite para a produção de bases de dentaduras e em 1868 George F. Green mecânico da S. S. White cria o primeiro protótipo da broca dentária (RING, 1998).

2.5 Final do século XIX e início do século XX

No século XIX, a pobreza era tanta que era fonte de perigos de todos os tipos, a degradação, o sofrimento e o crime levaram Eric Hobsbawm a denominar esse momento histórico como "A era das Revoluções". Não por acaso a filosofia positivista rege daí por diante todas as artes, técnicas e ações, pois a prescrição do modo correto de agir em sociedade

passa a ter base científica indicando o certo, o que deve ser. E, se é preciso conhecer para depois agir, então a educação positiva deve tornar normal o proletariado, socialmente falando. As profilaxias contemporâneas encontram possibilidades e justificação, é então que a medicina científica ocupa o lugar de reguladora da conduta humana. É neste contexto que se validam as práticas de vigilância, são formulados os preceitos legais do direito positivo levando ao “imperialismo científico” definido por Japiassu (PERREIRA, 2003).

Durante as duas últimas décadas do século XIX, dois descobrimentos importantes marcaram a odontologia: A odontologia preventiva e a radiografia. O bacteriologista e depois dentista americano, que trabalhou muitos anos na Alemanha, Dr. Willoughby D. Miller, foi o primeiro a propor em 1890, a teoria de que a dissolução do esmalte por ácidos produz a cárie. Seu trabalho culminou com a publicação de um tratado muito importante, *Microorganisms of the Human Mouth*. Com o slogan "um dente limpo nunca se estraga" é lançada uma campanha de ensino popular de higiene bucal. De fato, todo o trabalho futuro no campo da prevenção de cárie tomou por base a investigação original de Miller. Rechine Vardiman Black grande pesquisador da odontologia era também médico e professor de várias escolas da época. Afirmou, em 1870, que a odontologia deveria chegar a ser uma profissão independente de nível igual à medicina. Este escreveu mais de 500 artigos e vários livros importantes. Duas de suas grandes contribuições foram o princípio da extensão preventiva e a unificação das regras para restaurações dentais. Ele também afirmou, em 1896, que a tarefa fundamental da odontologia era a prevenção (RING, 1998).

A aplicação da radiologia ao diagnóstico em odontologia foi possível através de Edmund Kells, dentista de Nova Orleans, gênio inovador da profissão, que apenas oito meses depois da publicação do descobrimento de Roentgen, em 1896, já expôs em um congresso odontológico na Carolina do Norte, um aparelho para radiografia odontológica. Foi também inventor do uso de equipamentos elétricos, de um motor dental acionado por corrente, introduziu o ar comprimido com variadas utilidades e uma bomba de sucção que se revelou muito prática não só em odontologia como em qualquer cirurgia que necessitasse aspiração de fluidos para a limpeza do campo operatório (RING, 1998).

A partir de 1900, a Odontologia se firmou como profissão na Europa e nos Estados Unidos. Foi criado o primeiro conselho executivo internacional, a *Fédération Dentaire Internationale* (FDI). Na década de 20, Frederick McKay cria o índice CPO-D (cariado, perdido, obturado-dente), aceito e válido até hoje para a avaliação epidemiológica (RING, 1998).

Os períodos de guerra são marcados por grandes saltos tecnológicos ou mudanças na política social. O alto grau de dispensa médica por causa de problemas dentais durante o recrutamento de soldados para a segunda guerra mundial levou as faculdades americanas a incluírem no currículo a disciplina de Odontologia Social. As especialidades se estruturaram ao longo do século XX, a indústria tem imprimido uma velocidade muito grande no lançamento de novos produtos e equipamentos e os conceitos de prevenção vem cada vez sendo mais difundidos (RING, 1998).

Até o início do século XIX nenhuma das escolas de odontologia admitia mulheres. Isto também era determinado porque pouquíssimas instituições escolares aceitavam mulheres na Europa ou na América. Em 1873, a Dr^a Emilie Foeking publica o artigo "Está a mulher preparada para a profissão odontológica", onde assinala que somente duas universidades na Europa admitiam mulheres: Genebra e Zurique (RING, 1998).

A primeira mulher dentista da América foi Emeline Roberts que trabalhou com seu marido Dr. Daniel Albion Jones, em Connecticut por nove anos e, em 1859, com a morte do marido passou a viver das rendas de sua própria atuação no consultório. Só conseguiu ser aceita como membro da *Connecticut State Dental Society* em 1893 após 34 anos de profissão. Lucy Beaman Hobbs, após não ter conseguido ser aceita em nenhuma escola de odontologia, conseguiu ser admitida como estudante particular do Dr. Samuel Wardle, em 1861, em Cincinnati e por sua influencia na ADA, conseguiu que em 1866 esta se tornasse a primeira mulher, em todo o mundo, formada numa escola de odontologia. Em 1885, a escola *Iowa State Dental Society* passa a permitir que mulheres sejam admitidas como membros (RING, 1998).

Na Europa, Henriette Hirschfeld é admitida no *Pennsylvania College of Dental Surgery*, e assim que recebe sua graduação volta para Alemanha sendo então a primeira mulher a exercer o ofício em Berlim. A Dr^a Marie Grubert, também graduada pela mesma escola é a primeira mulher a ter um posto numa sociedade dental a *Mississippi Valley Association of Dental Surgeons* (RING, 1998).

Podemos então constatar, através da literatura, que as relações entre a situação de saúde e a atividade econômica sempre estiveram intimamente relacionadas e deste modo às políticas públicas e o próprio estado impõem estratégias que visam o incremento da riqueza econômica e militar das nações.

Também na odontologia, apesar de sua especificidade histórica e social que a destaca das profissões de saúde, o processo de profissionalização pode ser identificado em fases. Inicialmente as ações eram esporádicas e praticadas por curandeiros ou religiosos, mais tarde

praticadas por pessoas que passam a obter seu sustento ao exercê-la em tempo integral; buscando o desenvolvimento científico da área, iniciam cursos de odontologia na tentativa de delimitarem espaço exclusivo de atuação profissional. A partir do século XVIII, assume características de profissão com legislação restringindo a prática, mas o conhecimento ainda é repassado num sistema de mestre e aprendiz por dois ou três anos, como na medicina. Aqui a organização ainda era incipiente sem poder para cumprir a legislação. Passado este período, aumenta o número de profissionais, desenvolve-se o conhecimento científico, o curso nascido das ciências médicas, onde em alguns países da Europa ainda é ligada, se firma como atividade profissional autônoma, ganha status de nível superior com duração de quatro a seis anos e titulação reconhecida pelo estado. Pode-se dizer ainda que, em toda a América a odontologia consolidou-se num curto espaço de tempo, com saber próprio, prática profissional específica, mercado de trabalho exclusivo e legalmente preservado (MACHADO, 1995).

2.6 A odontologia no Brasil

De acordo com Ferreira (1998) crânios encontrados na região litorânea de São Paulo e do Paraná e observação dos primeiros colonizadores indicam que os índios tinham bons dentes, com pouquíssimas cáries e com abrasão causada pela mastigação de alimentos duros. A tribo *Kuikuro*, do norte do Mato Grosso, preenchia cavidades dentárias com resina de jatobá aquecida, que cauterizava a polpa e funcionava como uma obturação, depois de endurecida.

No período do Brasil colônia, o Rei de Portugal regulamentava o exercício da *physica* (uso de medicamentos) e da cirurgia. O Regimento do Físico-mor de Portugal, datado de 25 de fevereiro de 1521, regulava o ofício dos barbeiros; o exercício da arte dentária no Brasil foi regularizado somente em novembro de 1629 com a Carta Régia de Portugal. O Regimento do Ofício de Cirurgião-mór de dezembro de 1631 estabelecia multa de dois mil réis para quem tirasse dentes sem licença, sendo esta concedida pelo Dr. Antonio Francisco Milheiro, responsável pela avaliação. A sanção do Regimento ao Cirurgião Substituto de Minas Gerais, em 9 de maio de 1743, representa o início de legislação em Odontologia. Para que pudessem trabalhar os pretendentes pagavam uma taxa e faziam um exame. A partir de 17 de junho de 1782 é criada a Real Junta de Protomedicato, formada por deputados, médicos e cirurgiões aprovados com o dever de fiscalizar o exercício profissional, pela primeira vez o vocábulo

“dentista” aparece em documento, no “Plano de Exames da Junta do Promedicado” (CARVALHO, 1995).

O francês Eugenio Frederico Guertin, diplomado em Paris, é o autor da primeira obra de Odontologia no Brasil no ano de 1829 com o título de “Avisos Tendentos à Conservação dos Dentes”. Em 1849 o americano Clinton Van Tuyl, também residindo no Brasil, publica o “Guia dos Dentes Sãos”, contribuindo também para o avanço da profissão (CARVALHO, 1995).

Em setembro de 1850 é criada a Junta de Higiene Pública, responsável pelo saneamento e regularização de profissionais estrangeiros. Segundo Guimarães (1961) um ano mais tarde, os médicos, cirurgiões, boticários, dentistas e parteiras deveriam apresentar suas cartas de habilitação para a junta (FERREIRA, 1998).

A partir do decreto 1.754 de 14 de maio de 1856 os candidatos a título de dentista deveriam fazer exame nas faculdades de Medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro. Através do empenho dos médicos Vicente Candido Figueira e Thomas dos Santos Filho o governo imperial cria o curso de Odontologia nestas faculdades, através do decreto 9.311 assinado em 25 de outubro de 1884 o curso nessa época era voltado para aqueles que se dedicassem a “arte dentária”. Deve-se ressaltar que apesar do curso ser ligado a outros, sempre teve currículo próprio tendo três séries (CARVALHO, 1995).

No ano de 1898, o presidente da república, Marechal Floriano Peixoto, determina que o título que receberiam os aprovados nos cursos de Odontologia seria de Cirurgiões-Dentistas; em outubro deste mesmo ano são criados os cursos de Odontologia de Porto Alegre e de São Paulo, e após estes, procedem-se à criação de outros cursos, porém até esta data, todos são ligados às faculdades de Medicina ou Farmácia e Obstetrícia; somente em 1919 os Cursos de Odontologia foram transformados em Faculdades de Odontologia, com sua autonomia didática e legal própria (BRITO, 1940 *apud* ROSA e MADEIRA, 1982).

Em 1895, Anderson Ferro publica o livro “Higiene da Boca – Considerações Gerais sobre a Arte Dentária” e, em 1900 Augusto Coelho e Souza publica o Manual Odontológico este, serviu de base para a formação de milhares de cirurgiões dentistas (FERREIRA, 1998).

De acordo com Vieira (1974, *apud* ROSA e MADEIRA, 1982), até 1840 o ensino e a prática odontológica foram empíricos e artesanais; a partir daí tornaram-se científicos e racionalmente efetuados, dado ao embevecimento dos professores com a conquista da ciência. A Universidade Brasileira caracterizava-se pela reunião de cursos nitidamente profissionalizantes, em torno de uma reitoria, com nenhuma integração e duplicidade de meios como professores, equipamentos e instalações.

Em 1955, os cursos de odontologia passam a funcionar em quatro anos e, em 1956 funda-se a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), ligada a Coordenadoria Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), então designada Campanha, com o objetivo de promover o aperfeiçoamento destes profissionais e para isto faz um levantamento da realidade do ensino odontológico da época que, em 1959 demonstrou: precariedade das instalações, há falta de professores e currículo-padrão mínimo, em 34 das 36 faculdades então existentes. Após este estudo a ABENO pôde contribuir no aperfeiçoamento do pessoal docente com imediata agilização do ensino. A partir de 1950, as mudanças na sociedade de agrária para industrial, levam a classe média a aspirar por cursos de nível superior e, com isto aparecem novas escolas em todo território nacional e, em 1961 o Congresso Nacional aprova a Lei de Diretrizes e Bases da Educação. O exercício da odontologia em todo território nacional foi regularizado em 1966 pela lei 5.081, de 24 de agosto. A reforma universitária deu uma nova dimensão a universidade conseguindo nivelar, em escala elevada, as atividades docentes e conseqüentemente a condição de ensino dos cursos (ROSA e MADEIRA, 1982).

Passadas a fase artesanal e de implantação das primeiras faculdades, evolui-se para uma fase de preocupações com a área humanística do curso. Nos anos 70 é criada a disciplina de Clínica Integrada gerando grandes discussões a respeito. Com o objetivo de delinear o ensino da Odontologia em nosso país, o Conselho Federal de Educação através da resolução nº 4, de 3 de setembro de 1982, estabeleceu o conteúdo mínimo dos cursos de odontologia, visando a formação de um profissional generalista. Há aqui a incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo trazendo com isto, um avanço para o curso; porém, alguns profissionais com visão puramente técnica, ainda consideram-nas “matérias de perfumaria” (CARVALHO, 1995).

Esta retrospectiva histórica permite verificar que o desenvolvimento da odontologia esteve sempre ligado aos diferentes contextos sociais, econômicos e políticos ideológicos. No Brasil isto também vem acontecendo, porém muito lentamente, conforme coloca Zanetti (1992, *apud* NARVAI, 1994, p. 19).

Mesmo com as reformas setoriais contemporâneas [...] não ocorreu a formação de um público consumidor de bens e serviços públicos sanitários-bucais dotado de opiniões e mecanismos políticos de representação de interesses capazes de moldar o perfil de intervenção governamental. Até hoje, a representação de interesses populares não se dá por participação direta; mas sim, por via da ação política altruísta realizada por alguns profissionais inseridos na burocracia governamental.

E confirmando esta idéia podemos perceber que a inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família também se deu desta maneira. Espera-se, contudo, que a história

nos sirva de exemplo e que, com a mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais da Área da Saúde, decorrentes das mudanças da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, tendo estas à concepção e os princípios consensados dentro de uma articulação entre instituições de formação e o sistema de saúde, sendo abandonada à visão exclusivista e equivocada da ênfase no diagnóstico e tratamento e encaminhe para a formação acadêmica com discernimento, assegurando a integralidade da atenção e a qualidade do atendimento aos indivíduos, famílias e comunidades.

Como resultado do processo histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro, contra o modelo de saúde excludente imposto com o golpe militar de 64, intensificados nas décadas de 70 e 80, em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela Constituição Federal e regulado pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. Seus princípios doutrinários são a universalidade, a equidade e a integralidade, funcionando de uma forma regionalizada e a hierarquizada com descentralização, comando único e participação popular tendo, portanto, sua pedra de torque no resgate a cidadania.

O processo de consolidação do SUS vem se dando no dia-a-dia, a manutenção dos preceitos fundamentais se dá pela implantação de modelos assistenciais mais equânimes, resolutivos e eficazes. Dentro desta perspectiva desde 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de 1994, com o Programa Saúde da Família, o Ministério da Saúde vem tentando reorganizar de maneira substitutiva, a prática assistencial no país (PEREIRA, 2003).

Durante muitas décadas a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas higienistas e os outros grupos acessarem os serviços apenas para a ação curativa e de urgência obtendo com isto, pouca resolutividade. Com a inclusão da odontologia nas ações do PSF busca-se construir novos processos de trabalho voltados para a família estabelecendo um contato mais próximo com a população e reforçando o vínculo entre estes; também haverá uma expansão das ações aos outros grupos, contemplando os princípios da integralidade (SOUZA, 2001).

Para finalizar, faço minhas as palavras de Da Ros (2000) ao afirmar que:

Quando a medicina clínica admite que está na pauta da construção da saúde, sua promoção, e as mudanças no estilo de vida, está aceitando, no mínimo, discutir como se consegue mudar estilos de vida. Tal assunto envolve, pelo menos, a discussão de educação e, no limite, a transformação da sociedade... (DA ROS, 2000 p. 188).

2.7 A odontologia no estado de Santa Catarina

A análise da situação do ensino superior em Santa Catarina retrata um descompasso em relação aos demais Estados da União na época do pós-guerra. Havia aqui, hesitação e incertezas que retardaram o processo de implantação do ensino superior, embora os anseios da comunidade catarinense fossem relevantes para a criação de escolas de ensino superior no estado. Apesar de no ano de 1909 o então governador, Coronel Gustavo Richard, assinar a lei nº 839 autorizando a criação da Faculdade Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia, esta não se concretizou. A qualificação de "faculdade livre" deve-se ao fato de todos os cursos de Odontologia, no Brasil, estarem vinculados às Faculdades de Medicina, onde era aproveitada também sua infra-estrutura administrativa e didática (ROSA e MADEIRA, 1982).

No ano de 1917, o desejo da sociedade catarinense torna-se realidade com a fundação do "Instituto Polytechnico", primeira instituição de ensino superior do estado, onde se iniciam os cursos de Farmácia, Odontologia, Comércio e Agrimensura. Nesta ocasião o curso de Odontologia tinha apenas dois anos de duração, mesmo assim teve grande importância à época porque nele formaram-se profissionais que preencheram as necessidades da comunidade, porém com a reforma do ensino superior em 1931 e enfrentando constantes crises internas, em 1933 o curso de Odontologia é fechado (ROSA e MADEIRA, 1982).

Somente em 1948 instala-se a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Santa Catarina aproveitando-se nesta ocasião, dos profissionais da própria comunidade existentes na capital, formados em faculdades do Rio Grande do Sul e no Paraná; de igual forma também foi aproveitada a experiência do extinto Instituto Polytechnico (ROSA e MADEIRA, 1982).

A criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia foi coordenada pelo Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina, pois desde sua implantação, no início da década de 1940, esteve muito presente a idéia da fundação de um curso superior na área da saúde. Esta idéia envolveu a quase totalidade dos profissionais de saúde da capital, bem como a sociedade local tornando-se uma reivindicação política interessando, inclusive, ao governador e motivando também a Faculdade de Direito, que funcionava regularmente desde 1932. Todavia, a realidade de demanda na procura pelos cursos foi muito pequena sendo as vagas, na sua maioria, preenchidas por candidatos do Rio Grande do Sul (ROSA e MADEIRA, 1982).

As Faculdades de Farmácia e Odontologia, sofrendo graves crises, como não possuir corpo docente qualificado, não dispor de instalações físicas necessárias, ter grandes

dificuldades financeiras agravadas quando diminuiu a procura pelos candidatos do Rio Grande do Sul, devido à criação de novas Faculdades naquele estado, e acontecendo a realização de uma análise de todos os cursos de Odontologia do Brasil nesta época, citada anteriormente, onde o resultado foi considerado como instituição deficiente, faz com que a federalização da Faculdade chegasse então, no momento oportuno. Com este fato a escola é levada a adaptação para uma estrutura didática mais completa e realística, com um currículo de quatro anos em conformidade ao decreto nº20.179 de 06 julho de 1931; sobre este período, dizem que esta fase teve o mérito de desenvolver no corpo docente uma filosofia de ensino e caracterizar a necessidade da profissionalização do professor (ROSA e MADEIRA, 1982).

A separação dos cursos de Farmácia e Odontologia ocorreu juntamente com a criação da Universidade Federal de Santa Catarina, em 18 de dezembro de 1960.

O curso de Odontologia estruturou-se com base didático-pedagógico, o que permitiu desenvolver, em curto prazo, uma metodologia de ensino dentro dos parâmetros exigidos em escala nacional, tendo, como um de seus objetivos a conscientização do aluno sobre a importância da saúde buco-dental.

Tendo como objetivo desenvolver as atividades de Cirurgião Dentista generalista usando meios de prevenção em todas as atividades e comprometendo-se com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, no ano de 1990 inicia-se o segundo curso de odontologia do estado ligado este, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), na cidade de Itajaí (www.univali.br)

Em 1992, na cidade de Lages, ligado a Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) tendo como objetivo formar profissionais com sólido conhecimento técnico científico, com perfil humanista e ético, orientado para a promoção da saúde, tem início o terceiro curso de odontologia no estado (www.uniplac.net)

No ano de 1999 passa a funcionar o quarto curso de odontologia do estado, este está vinculado a Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) na cidade de Tubarão. Tem por objetivo formar profissionais generalistas com capacidade técnico-científica para realizar serviços de qualidade e comprometidos com a promoção da saúde do indivíduo em particular e da comunidade como um todo (www.unisul.br).

No ano de 1998 mais dois cursos de Odontologia iniciam suas atividades no estado. Um na cidade de Joinville, ligado a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) com o objetivo da formação de um profissional capacitado a desenvolver uma prática voltada para a promoção e manutenção da saúde bucal como agente de saúde devidamente habilitado à aplicação de medidas preventivas e curativas a nível individual e coletivo (www.univille.br);

e outro, na cidade de Blumenau, ligado este a Universidade Regional de Blumenau (FURB), com o objetivo de preparar profissionais capacitados para atender as necessidades da população dentro dos princípios biológicos, científicos e técnicos, adotando uma filosofia epidemiológico-preventiva e de trabalho em equipe (www.furb.br).

Por fim, na cidade de Joaçaba, ligado a Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) com o objetivo de formar profissionais generalistas, com seu perfil voltado para as atividades com ênfase na promoção da saúde, prevenção e controle das doenças da cavidade bucal, iniciasse no ano de 2000 o sétimo curso de odontologia no estado de Santa Catarina (www.unoesc.edu.br).

Podemos afirmar então, após análise dos objetivos dos cursos em funcionamento no estado, que todos possuem como objetivo o profissional generalista, isto é, aquele preparado tecnicamente para atender a todos os grupos populacionais. Todavia, existe um vazio quanto aos princípios norteadores das ações como: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade (BRASIL, 2004), aspectos abordados neste estudo com a finalidade de diminuir este vazio e auxiliar na consolidação do SUS.

3 MARCO TEÓRICO

Com base nos enunciados propostos pelos autores Trentini e Neves (1987) e Gonçalves (1984), decidimos por um marco teórico que compreende um conjunto de conceitos articulados e que darão suporte tanto à coleta quanto a análise dos dados. Estes conceitos são: competências, saúde bucal e diretrizes curriculares.

3.1 Competências

Em 1997, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS/OMS) ressalta que a organização de saúde, centrada nas competências, irá dispor de uma linguagem aberta e compatível entre os funcionários, gerentes e superiores, possibilitando o conhecimento das funções dos funcionários e o valor que está agregado no processo da geração de serviços. Ressalta ainda, que o grupo de competências sustenta a premissa de que toda a ação deve incluir o desenvolvimento do conhecimento para aprender a pensar, as habilidades pessoais, interpessoais e sociais (LAZZAROTTO, 2001).

Em nossa sociedade, a escola é uma das principais instâncias de educação, por consequência modeladora do papel dos adultos isto porque, aprender deixa de ser uma fase da vida humana, para converter-se em necessidade permanente e em todos os lugares. As reformas da educação buscam responder à necessidade de preparar o jovem para inserir-se no mundo de saberes e técnicas em mudança e, formá-lo para viver no mundo de permanente crise de valores. Estas reformas levam, de uma maneira geral, a modificação do conceito de competência, associado ao conceito de habilidade, para designar a nova educação que se busca tendo na aprendizagem de competências/habilidades a construção do eixo da educação do século XXI (GOMES, 2003).

Faz-se necessária então, uma nova concepção de necessidades da educação, conforme coloca Delors (2003). Este autor afirma que a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens que devem acompanhar toda a vida do indivíduo, constituindo os pilares do conhecimento e que estão assim relacionadas: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos.

Aprender a conhecer significa o domínio dos instrumentos do conhecimento que favorece o despertar da curiosidade intelectual, estimula o sentido crítico, com autonomia e capacidade de aprender. As habilidades, aprender a fazer, para o autor vai além da qualificação profissional e significa o enfrentamento das situações cotidianas, o trabalho em equipe, o cultivo das qualidades humanas e as relações interpessoais. As atitudes, aprender a ser e aprender a viver juntos significam a compreensão do outro e a percepção das interdependências no respeito pelos valores do pluralismo e da compreensão mútua (DELORS, 2003).

Com este entendimento de educação faz-se necessário uma nova perspectiva, também, nos conceitos de competências. Gomes (2003) afirma que competência é a mobilização dos diversos recursos humanos, aplicados à solução de determinada demanda, em situação singular passando por operações mentais complexas, sendo relacionada ao exercício profissional. Concluí dizendo que habilidade refere-se a um saber aprender, saber fazer e saber proceder e que, estes saberes articulados e direcionados à ação solucionadora, constituem uma competência; cita ainda, Isambert-Jamati (1997) ao dizer que a noção de competência tem a ver com a sociedade cognitiva, que expressaria a multiplicidade de conhecimentos colocados em prática nas atividades laborais, e as diversas fontes dessas aquisições de conhecimento tendo a escola, como uma dessas fontes, mas de maneira nenhuma a única e, por vezes, nem mesmo a mais importante. Gomes (2003), comenta também, que para Perrenoud (2000) e para Fleury (2000) a noção de competência designa uma capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação, que incidem em quatro aspectos: primeiro, não são eles mesmos saberes; segundo passam por operações mentais complexas; terceiro, são pertinentes em situação singular e quarto, constroem-se de uma situação de trabalho à outra. Ainda na conceituação de competências, Resende (2003 p.32) relata que "Competência é a transformação de conhecimentos, aptidões, habilidades, interesse, vontade, etc. em resultados práticos. Ter conhecimento e experiência e não saber aplicá-los em favor de um objetivo, de uma necessidade, de um compromisso significa não ser competente, no sentido aqui destacado".

Tendo-se o intuito de aprofundar na definição de competência encontramos a definição proposta por Zarifian (2001, p.68) "competência é o tomar iniciativa e o assumir responsabilidade diante de situações profissionais com as quais se depara". Assinala como mudanças fundamentais nas organizações de trabalho a abertura de espaço para a autonomia e a automobilização do indivíduo, que aceita assumir seu trabalho e ser responsável por ele. Ainda, a qualificação tende a ser substituída pela competência porque esta supõe um

atendimento mais estrito das necessidades do capital e um preparo adequado aos novos tempos (ZARIFIAN, 1999).

Finalizando, percebe-se consonância entre o pensamento dos autores pesquisados com as Diretrizes Curriculares Nacionais quanto às competências para o ensino no Curso de Graduação em Odontologia com ênfase nos conhecimentos, habilidades e atitudes. Pode-se considerar ainda que a formação acadêmica na graduação tem se baseado em currículos cuja formulação, através de "grades (prisões) curriculares", caracteriza-se por excessiva rigidez resultando com isto em um desequilíbrio entre teoria e a prática. A crise de eficiência e eficácia da formação, bem como a ausência de um perfil profissional contemporâneo adequado e baseado em competências, habilidades e atitudes, demonstram e reforçam a precária realidade médico-social e o esgotamento do modelo atual de saúde e de formação. A perspectiva atual, seguindo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, é a de assegurar maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos. Ainda, através da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as diretrizes curriculares, vem a recomendação para que se promova, no estudante, a competência do desenvolvimento intelectual e profissional, autônomo e permanente, permitindo com isto, a continuidade do processo de formação além da concessão do diploma de graduação (MARANHÃO, 2003).

O objeto e os objetivos das diretrizes curriculares apontam as competências gerais desejadas para o graduando de todos os cursos da saúde, construindo um perfil acadêmico e profissional para atuarem com qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Brasileira e engloba o aprender a aprender, garantindo a capacitação com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001).

A partir destas considerações sobre o que se faz necessário para uma educação que forme profissionais competentes para o processo de trabalho, um instrumento hierarquizado para este desígnio certamente contribuirá para o desenvolvimento de recursos humanos mais próximos das reais necessidades para desenvolvimento de programas com características bem definidas em sua estratégia como é o PSF.

3.2 Saúde bucal

O ano de 1941 foi o da 1ª Conferencia Nacional de Saúde, porém somente na 7ª Conferencia Nacional de Saúde, ocorrida em 1980, é que acontece o 1ª Relatório de Saúde Bucal e, em 1986 a 1ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal.

O relatório final da 2ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal, ocorrida somente em 1993, apontou que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação. No entanto, o modelo de saúde bucal, até então, vigente no Brasil caracterizava-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população e por ser ineficaz para intervir na prevalência das doenças. Esta situação permanece ainda em 1998, com pouquíssimas alterações, visto que pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) mostrou em seus resultados, que aproximadamente, 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista e que, entre aqueles que ganham até um salário mínimo, o número de pessoas que nunca estiveram em um consultório dentário é nove vezes maior do que o número dos que ganham mais de vinte salários mínimos (BRASIL, 2003).

Somente no ano de 2004, onze anos após a 2ª CNSB, acontece a 3ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal, mostrando que estamos, ainda, diante de uma situação muito precária quanto à saúde bucal da população. Os indicadores obtidos com o Projeto SB (Saúde Bucal) ainda encontram 60% das crianças com até cinco anos já com lesões cáries, o índice CPO (cariados, perdidos ou obturados) que aos doze anos é de 2,8 sobe para 6,2 nos adolescentes, 20,1 nos adultos e 27,8 nos idosos. Ainda é importante ressaltar que 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista e que 3% dos adultos e 6% dos idosos também nunca estiveram em um consultório dentário (Brasil, 2003).

Diante disto, considerando necessária a ampliação do acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, o Ministério da Saúde cria o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e a inserção de profissionais desta área no Programa Saúde da Família (PSF) através da Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, regulamentada pela Portaria nº 267, de 06 de março de 2001 e posteriormente revisada pela Portaria nº 673/GM de 03 de junho de 2003.

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa Saúde da Família, entendida como forma de substituir o modelo vigente, tendo como princípios a universalidade e equidade da atenção e a integralidade das ações voltada a permanente defesa do cidadão, está estruturada na lógica básica da atenção a saúde, gerando novas práticas e tornando indissociáveis os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Configura-se também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma nova equipe. Diferentemente do modelo biomédico tradicional, tal relação, baseada na interdisciplinaridade, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (COSTA NETO, 2000).

A inclusão da Odontologia ao Programa Saúde da Família aconteceu com algumas dificuldades bastante importantes para a atuação. Esta afirmação toma por referência o fato de que o principal fator de integração, que seria o de fazer parte da mesma equipe de PSF não aconteceu, iniciou ligada a duas equipes básicas com atividades de caráter muito técnico-odontológico. Este fato agravado em função do valor monetário referente ao incentivo financeiro, repassado aos municípios para implantação da Equipe de Saúde Bucal, bastante inferior ao repassado com a adesão ao Programa Saúde da Família, levando muitos gerentes municipais a destinarem menor valor a estas ações ou, até mesmo, a não reconhecerem como ações necessárias para esta estratégia.

Aliada a todas estas dificuldades e agravando ainda mais a situação, nos deparamos com profissionais despreparados para atuarem nesta estratégia e que, devido também a dificuldades econômicas, vêem o trabalho ligado ao PSF apenas como um aumento na sua remuneração, perpetuando o antigo e já comprovado modelo de saúde ineficaz.

Por tudo o que já foi exposto, percebermos que muitas mudanças serão necessárias para que possamos alcançar os ideais deste programa. O próprio Ministério da Saúde já apontou para estas mudanças quando na Portaria nº 673/GM de 03 de junho de 2003, mudou a relação de equipes de saúde bucal ficando uma para cada equipe básica de saúde da família. Porém, só esta medida não é suficientemente eficaz para a mudança de comportamento profissional e, ou gerencial. Concordando com Maranhão (2003), a atuação com o preparo necessário para este programa requer um profissional capaz de trabalhar em conjunto, conhecendo os problemas locais de saúde, apto para a promoção de saúde, preparado para acompanhar o avanço técnico científico, dentro de uma visão integral de valores éticos e culturais, sendo capaz, principalmente, de processar as informações de forma crítica, transformando o conhecimento em competências e ações.

A definição de quais conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais devem ser mais evidenciadas, estimuladas e praticadas para que se tornem competentes para este perfil de assistência, poderá contribuir com os cursos de graduação ou capacitação destes profissionais para a consolidação do SUS.

Quando se constata nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, proposta pelo Ministério da Saúde, 2004, a presença do termo cuidado, percebe-se um avanço na prática da assistência em odontologia visto que, entendemos cuidado como bem refere Boff (1999), a atitude de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto de estimação.

“O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ela; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida” (BOFF, 1999, p. 91).

De acordo com Brasil (2004), os pressupostos de reorientação para a saúde bucal passam pelo compromisso de qualificação profissional para o serviço, pelo trabalho considerando a integralidade da assistência, utilizando-se da epidemiologia e das informações das condições de saúde-doença da população para o planejamento de ações havendo com isto uma necessidade urgente na adequação do perfil de nossos egressos em odontologia onde, rotineiramente, observa-se profissionais com perfil de trabalho voltado somente ao atendimento individual, e a especialização profissional.

É possível que estes pressupostos sejam incrementados como prática diária nos municípios quando for estabelecida uma política de financiamento adequada para o desenvolvimento destas ações e, o desenvolvimento de pesquisas científicas visando a detecção dos problemas e seus principais meios de resolução, forem os parâmetros utilizados para a resolução destes bem como e, certamente, com a qualificação profissional para esta estratégia.

3.3 Diretrizes curriculares

Tomando como base o perfil dos futuros graduandos em Odontologia, definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais, verificamos que serão necessárias grandes modificações nos cursos que preparam estes profissionais para que a meta de adaptá-los a proposta de atuação da estratégia Saúde da Família seja alcançada.

Iniciaremos observando o Art. 3º que define que o formando/profissional Cirurgião Dentista terá uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Que sua formação seja pautada em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Esta mudança sustenta um dos principais pontos para que as equipes de saúde da família consigam efetivamente desempenhar seu papel. Visto que o modelo anterior de saúde brasileiro criou uma grande distância entre as equipes de saúde e a população tendo a especialização destaque absoluto, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em trabalhar com a prevenção de doenças e a promoção de hábitos saudáveis (SOUZA, 2001).

Neste momento destacaremos as Competências Gerais, descritas no Art. 4º, as quais, enfatiza a formação do cirurgião dentista tendo por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos indispensáveis para o alcance das competências específicas para atuar na Equipe de Saúde Bucal dentro do PSF.

Atenção à saúde: os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde.

Reconhecida pela Constituição de 1988 como uma das diretrizes do SUS a integralidade tornou-se essencialmente importante nas práticas de saúde, práticas que dizem respeito ao perfil epidemiológico da população, à organização do trabalho, às estratégias de promoção a saúde, às práticas assistenciais, vínculos entre população e trabalhadores da saúde. Para o secretário de saúde de Goiânia Otaliba Libâneo, a integralidade é o mais complexo princípio do SUS, pois implica mexer no sistema como um todo, da Atenção Básica até a Alta Complexidade (MACHADO, 2003).

Tomada de decisões: para este fim, os profissionais devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.

É imperativo a sensibilização da população e dos gestores locais de saúde não apenas para a construção de mais unidades de atendimento primário, umas próximas das outras, de modo que não se configure um processo de inclusão ou exclusão de pessoas ao sistema, mas a busca incessante do fortalecimento do mecanismo de referência e contra-referência e um controle social genuíno a fim de que o PSF se caracterize como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SANTANA, CARMAGNANI, 2001).

Comunicação: a busca de propostas operacionais e estratégias de comunicação em saúde como direito pressupõe a construção de garantias de espaços de expressão pública.

Há que se construir um modelo operacional que permita o desenho de estratégias de construção de novas visibilidades, regularidades, velocidades de comunicação e mediação entre campos sociais; modelos estes que possam romper pouco a pouco os espaços, ainda hegemônicos, dos nossos silêncios cotidianos (PITTA, 1995).

Liderança: conceituada por Chiavenato (2000) é a influência interpessoal exercida em uma situação e dirigida por meio do processo da comunicação humana à consecução de um ou mais objetivos específicos.

A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento efetivo e eficaz, para que este ato aconteça de uma forma a unir participantes de uma equipe e entre estes e a comunidade é preciso um líder coordenador isto é, que propicie que o fim da ação das pessoas não seja a satisfação do coordenador, mas a de lograr realizar a missão a que o grupo se propôs. "É um processo personalizante porque não suprime a vontade, antes constitui a vontade coletiva, decorrente da percepção de um desafio comum. A realização é a realização da vontade de todos e não de uma única pessoa" (GOMES, 2003, p.46).

Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, a ser empreendedores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. Na saúde, a função gerencial deve utilizar o conhecimento para planejar, programar, desenvolver e controlar as atividades realizadas cumprindo com a missão social e humana, promovendo e protegendo a saúde da população (LAZZAROTTO, 2001).

Para Capistrano Filho (1990), a organização dos serviços de saúde é um meio, um instrumento para alcançar um objetivo maior o de lutar contra as conseqüências, no campo da saúde, da miséria, da fome, da ignorância, dos ambientes de trabalho insalubres e inseguros, de toda uma forma de organização social violenta, cruel, geradora de desigualdades brutais. Ainda, para concluir sua posição, afirma que a organização dos serviços de saúde implica na organização de pessoas e isto exige capacidade de apontar objetivos claros, caminhos e possibilidades e para que isto possa se tornar realidade, é preciso compromisso com a vida e com aqueles que sofrem.

Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação como na sua prática.

Segundo a OPS/OMS (1997), a educação permanente em saúde deve constituir-se em uma autêntica comunidade de aprendizagem permanente, obtendo-se um estilo de vida orientado para o melhoramento contínuo, que leva a superar a tradicional capacitação nos serviços. Considera-se ainda que

[...] se entende que somente se obtém um serviço de qualidade, quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados. A eficácia, a efetividade de qualquer modelo depende de muitas coisas, mas quando você dispõe de recursos humanos qualificados, você tem um percentual elevadíssimo de capacidade resolutive dos problemas de saúde da população (ARES, 1999, p. 37).

Entendemos que ainda deveria ter destaque o fato de que para a atividade profissional competente há necessidade de:

Trabalho em Equipe: inicialmente conceituaremos equipe e, para este fim usaremos novamente Gomes (2003, p.40) que afirma. “Equipe corresponde a um time isto é, um time é constituído de talentos múltiplos e diferentes, de pessoas não necessariamente amigas, mas capazes de comunicação. O que as une é a clareza de objetivos e todos, embora com contribuições diferentes, dão o melhor de si”. A equipe atuando como time procurará reinventar a própria prática, introduzindo novas ações na melhoria de qualidade de sua atuação.

Para que o profissional seja capacitado a trabalhar em equipe certamente terá que haver esta condição na escola onde acontece sua formação e, aqueles que já estão atuando no mercado de trabalho devem, obrigatoriamente, ser treinados para este fim.

Dentro deste enfoque, fica claro perceber que tanto as escolas como os profissionais precisam, constantemente, prepararem-se para mudanças na sua qualificação para que acompanhem a evolução social e organizacional tornando-se cada vez mais competentes isto porque, na sociedade do conhecimento, situações não previstas, mudanças tecnológicas e o ambiente de alta competitividade apresentam-se continuamente como desafios a serem ultrapassados (DELORS, 2003).

4 METODOLOGIA

Este estudo utiliza uma adaptação de parte da metodologia originária da University of North Carolina na década de 70, introduzida no Brasil por Spínola e Pereira (1976), utilizada em alguns estudos (SPÍNOLA, PEREIRA, 1977; SAUPE, 1979, 1983). Apresenta uma indicação específica para avaliação de programas, tanto na fase de propostas, quanto de projetos em andamento ou concluídos.

No caso desta dissertação foi utilizada com a intenção de avaliar uma proposta idealizada para responder a seguinte questão:

Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes são necessários para desenvolver a competência dos cirurgiões dentistas para atuação na estratégia do Programa Saúde da Família na visão dos gestores municipais, dos profissionais envolvidos na atuação do programa e na visão de professores de um curso de curso de odontologia?

Partimos de um estudo preliminar realizado no período de maio a junho de 2003, com autorização da Comissão de Ética da UNIVALI, que verificou o interesse da comunidade acadêmica em relação ao desenvolvimento da temática. Foi consultada uma amostra de 9 (nove) docentes do Curso de Graduação em Odontologia. O resultado obtido revelou a existência de um grande interesse pelo desenvolvimento de um estudo maior sobre competências dos profissionais para atuarem em saúde da família. Em seus discursos, os entrevistados demonstram que os cursos de graduação trabalham centrados no modelo biomédico, limitando-se a ações curativas ou no máximo, quando estritamente necessário, a orientação para cuidadores familiares. Reconhecem também que são necessários cursos de aperfeiçoamento neste sentido, pois consideram que possuem pouco preparo para esta temática devido a sua formação não ter contemplado esta linha de atuação.

A partir destes resultados, sentimo-nos encorajados a prosseguirmos com o projeto, que foi desenvolvido em etapas.

4.1 Primeira etapa: Diagrama de Árvore

A primeira etapa desta metodologia determina a construção de um diagrama na forma de árvore, conforme modelo apresentado na figura 1. Esta forma tem a intenção de

hierarquizar todos os componentes considerados importantes para o estudo. As fontes para a construção do diagrama podem ser várias, destacando-se, os documentos relacionados ao objeto de estudo, a literatura, a opinião de especialistas, a experiência do pesquisador.

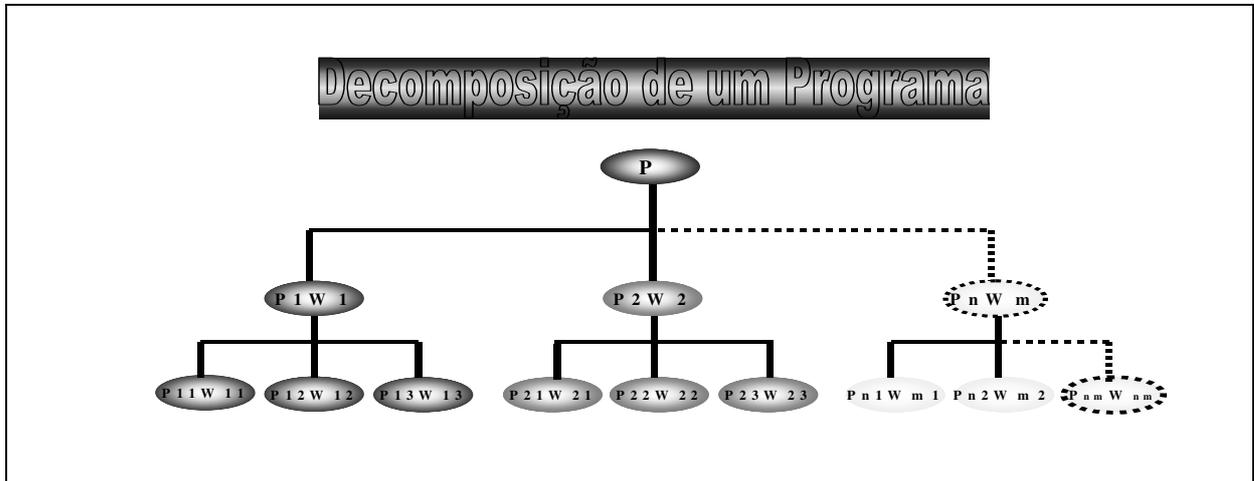


Figura 1 – Diagrama de Árvore

FONTE: Spínola e Pereira (1976)

4.2 Segunda etapa: Método do Júri

O Método do Júri ou Consulta a *experts* é uma forma científica de construir e/ou avaliar programas e projetos. Parte do princípio de que a construção de modelos fica consolidada quando submetida à apreciação de especialistas na área. São considerados possíveis juízes os estudiosos, pesquisadores e profissionais da área de conhecimento relacionada ao tema, convidados para atuarem como consultores do mesmo.

Esta etapa pode ser considerada como a contextualização do fenômeno, capturando as várias perspectivas de perceber a realidade na qual está embutido o programa a ser avaliado, ou, como no caso deste estudo, proposto (SPINOLA, PEREIRA, 1976,1977; SAUPE. 1979). Cada item do diagrama é submetido aos juizes para que opinem quanto ao conteúdo, se o mesmo deve ser mantido, modificado ou excluído. Tem a finalidade de fundamentar as modificações que forem sugeridas quanto à composição do diagrama de árvore, bem como de consolidar a proposta que, em seguida é submetida a um grupo maior de avaliadores.

4.3 Terceira etapa: Consulta aos jurados

Esta etapa representa uma pequena modificação procedida em relação ao modelo original. No caso deste estudo, o mesmo diagrama, agora consolidado pela avaliação dos juízes, é submetido a um conjunto maior de avaliadores que deverão atribuir pesos a cada um dos componentes do diagrama. A escala de pesos e seus significados são a seguinte:

- Peso 1 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é muito baixa;
- Peso 2 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é baixa;
- Peso 3 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento é mediana;
- Peso 4 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é alta;
- Peso 5 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é muito alta.

4.4 Quarta etapa: Verificação da concordância entre os jurados

Obtidos os pesos atribuídos pelos diversos jurados a cada componente, comparando-os com os demais em seu nível, é verificada a concordância entre estes. Esta concordância resulta natural quando todos atribuírem o mesmo peso/valor ao mesmo componente do diagrama. Em caso negativo, é utilizada a média e/ou a mediana dos pesos atribuídos. Resulta daí um mapa detalhado em todos os seus componentes, com seu valor relativizado frente aos demais, possibilitando a análise pretendida.

4.5 Procedimentos éticos

Os preceitos éticos pertinentes a esta pesquisa iniciaram com a autorização do Projeto Integrado “Competências dos Profissionais de Saúde para a Consolidação do SUS”. O mesmo está, sob a coordenação da professora doutora Rosita Saupe, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI, conforme parecer 381/2003 (Anexo A), do qual faz parte este estudo.

No que diz respeito à necessária interação com os sujeitos que compuseram a amostra estudada, o processo da pesquisa obedeceu a todos os procedimentos técnicos e éticos estabelecidos pelas Resoluções 196/ 96 e 251/97, do Conselho Nacional de Saúde, bem como normalizações emanadas da Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI. Os juízes e jurados foram consultados sobre interesse em participar, resguardando-se o direito dos que não se motivaram; foram também esclarecidos de que a não participação não acarretaria nenhum prejuízo a sua pessoa. Além disso, foram informados: sobre objetivos, justificativa, metodologia e importância de sua participação, e que a mesma não lhes traria qualquer desconforto, risco, dano ou ônus; que as informações seriam sigilosas e o anonimato rigorosamente observado, não havendo identificação dos instrumentos; que as informações seriam utilizadas para fins acadêmicos de pesquisa e publicações e os resultados ficariam à disposição dos entrevistados e das instituições participantes da pesquisa, sendo que estes serão enviados a cada secretaria de saúde de cada município onde houve participantes da pesquisa após a conclusão deste trabalho; foram cientificados também da necessidade de assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS

A proposição deste tema no projeto de qualificação foi precedida por um estudo preliminar que procurou verificar a relevância do mesmo. Para isto foi elaborado e aplicado um instrumento junto a 36 (trinta e seis) docentes de quatro cursos universitários da área da saúde, sendo um de odontologia. Os resultados evidenciaram a contemporaneidade do assunto e o interesse pelo desenvolvimento do estudo, visando definir um rol de competências necessárias para a incorporação do SUS e da estratégia do Programa Saúde da Família. Apresentado em evento e publicado em revista (Amaral et al, 2003), gerou discussão e apoio que nos deram suporte para a continuidade da pesquisa.

5.1 Consulta aos Juizes

A partir da revisão da literatura, do marco conceitual e das inquietações da autora, foi construído um modelo idealizado de Diagrama de Árvore, ilustrado na figura 1. Este diagrama discriminou, usando de palavras-chave e de forma hierarquizada, os conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem a competência do cirurgião dentista para a atuação na Estratégia de Saúde da Família. Todas as palavras-chave foram detalhadas em seus vários componentes. Este processo resultou num conjunto de categorias ou variáveis a serem privilegiadas nos programas de graduação e de educação continuada dos profissionais dentistas.

Estas categorias foram submetidas ao método do júri (avaliação de especialistas). Os critérios utilizados para convidar os juízes a participarem do estudo foram o de serem considerados *experts* no assunto e aceitarem participar. Foram escolhidos, considerando-se o grau de conhecimento sobre o Programa Saúde da Família, e suas titulações de especialistas, mestres ou doutores com atuação em algum nível do programa em seus municípios de atividade profissional. Também houve uma preocupação para que fossem profissionais com uma visão multiprofissional da atuação do cirurgião dentista e graduados como cirurgiões dentistas, médicos ou enfermeiros devido a serem estas três categorias profissionais, de nível superior, aceitas pelo Ministério da Saúde para comporem as equipes do referido programa.

Consideramos também a distribuição entre os três grupos que tem algum tipo de poder sobre a formação ou o trabalho dos dentistas a saber: os docentes, gestores ou gerentes e os graduados em odontologia que atuam na estratégia. Considerando todos estes critérios o grupo de juizes ficou composto por 7 (sete) especialistas assim distribuídos:

- 03 cirurgiões dentistas, todos com pós-graduação sendo que dois deles cursando mestrado e um já mestre; dois com atuação no PSF em seus municípios e um professor universitário com atuação em disciplina onde são ministrados os conhecimentos teóricos relativos ao SUS e ao PSF;
- 02 médicos, um professor universitário, os dois funcionários públicos com atuação no PSF e com pós-graduação em área afim;
- 02 enfermeiros com pós-graduação em área afim e com atuação em PSF em seus municípios.

Cabe ressaltar que estes sujeitos não participaram da fase seguinte, denominada Consulta aos Jurados.

O diagrama foi apresentado individualmente a cada um dos juizes e foi solicitado que avaliassem as variáveis propostas, considerando a seguinte escala:

- Exclusão: quando a variável não contribuía para a formação necessária ao SUS/PSF/ESB;
- Manutenção: quando a variável contribuía para a formação necessária ao SUS/PSF/ESB;
- Alteração: quando a variável não estava colocada adequadamente. Neste caso era solicitado que descrevesse as modificações necessárias à variável para transformá-la em adequada.

A consulta aos juizes oportunizou também o diálogo, ampliando a compreensão dos dados. Estes profissionais expressaram vários comentários a respeito da atuação da equipe nas atividades rotineiras das unidades de saúde e da dificuldade do odontólogo sentir-se um membro da equipe multiprofissional. Ficou bastante claro já, nesta etapa, que a atuação do cirurgião dentista ainda necessita de muitas mudanças, principalmente no sentido de ter atitude para esta atuação.

Com relação as variáveis pesquisadas, houve unanimidade entre os juizes. Todos consideraram que o diagrama proposto estava bastante completo e adequado. Em nenhuma das variáveis desdobradas houve a indicação de exclusão; bem como também não houve a sugestão de alteração significativa, apenas detalhes quanto à terminologia de alguns itens, na perspectiva de torná-los mais claros. Então como resultado desta etapa, obtivemos o seguinte diagrama consolidado (figura 2 e seus desdobramentos) através da constatação da concordância entre os juizes, que validaram todas as variáveis propostas.



Figura 2 – Diagrama representativo das competências do cirurgião dentista para o SUS/PSF, 2004.

Fonte: o pesquisador.

Este diagrama básico (figura 2), que representa as competências delimitadas para o estudo, foi desdobrado nas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas a cada competência, representadas nas figuras 3 a 7, que seguem.

Destacamos que como competências gerais obtivemos 35 relacionadas aos conhecimentos, 34 relacionadas às habilidades e 27 relacionadas às atitudes compondo com isto, 96 requisitos incluídos nas Competências Gerais necessárias à formação para o trabalho competente dentro da estratégia Saúde da Família.

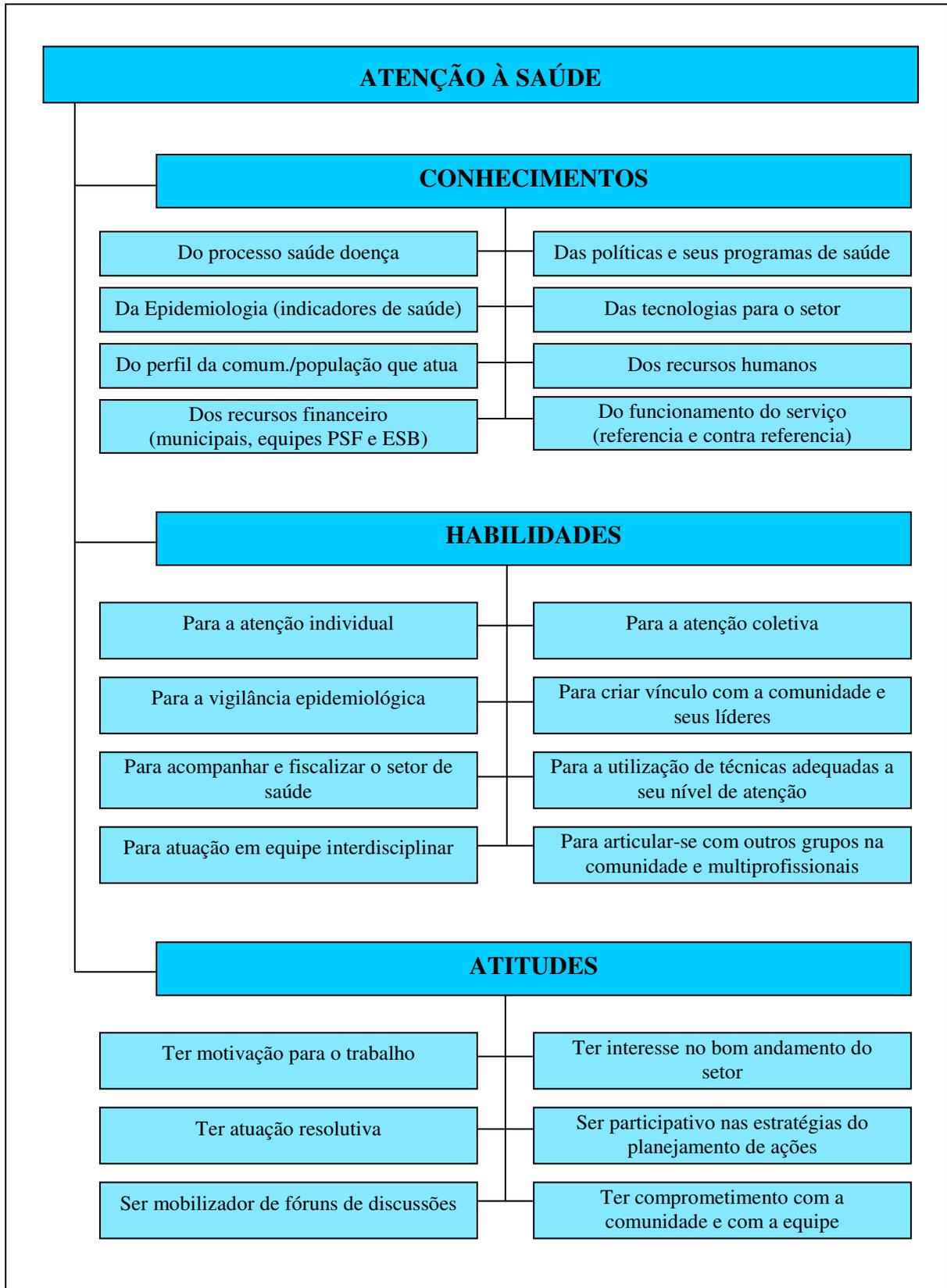


Figura 3 – Dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas à competência Atenção à Saúde, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.

Fonte: o pesquisador.

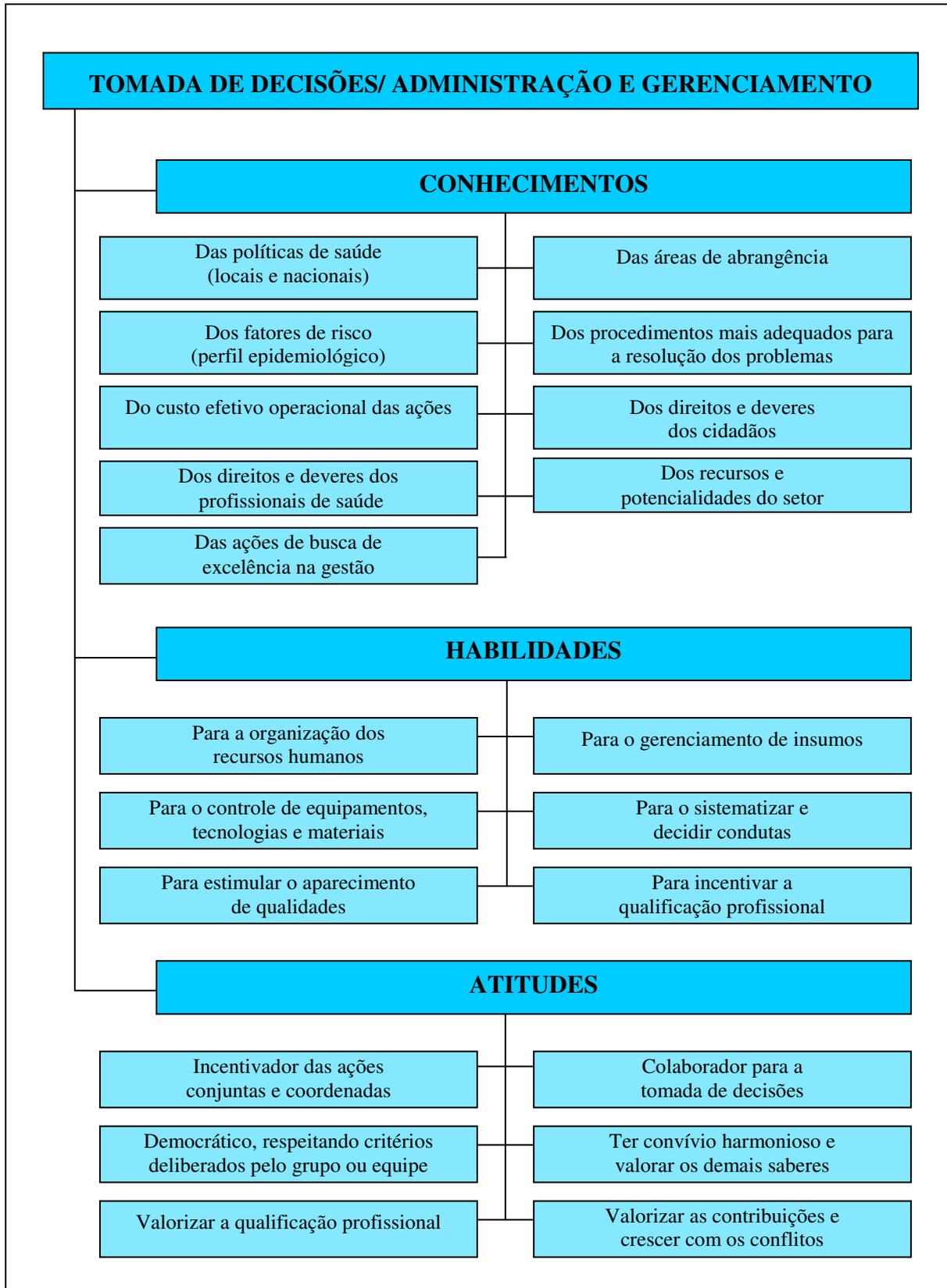


Figura 4 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Tomada de Decisões/Administração e Gerenciamento, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.

Fonte: o pesquisador.

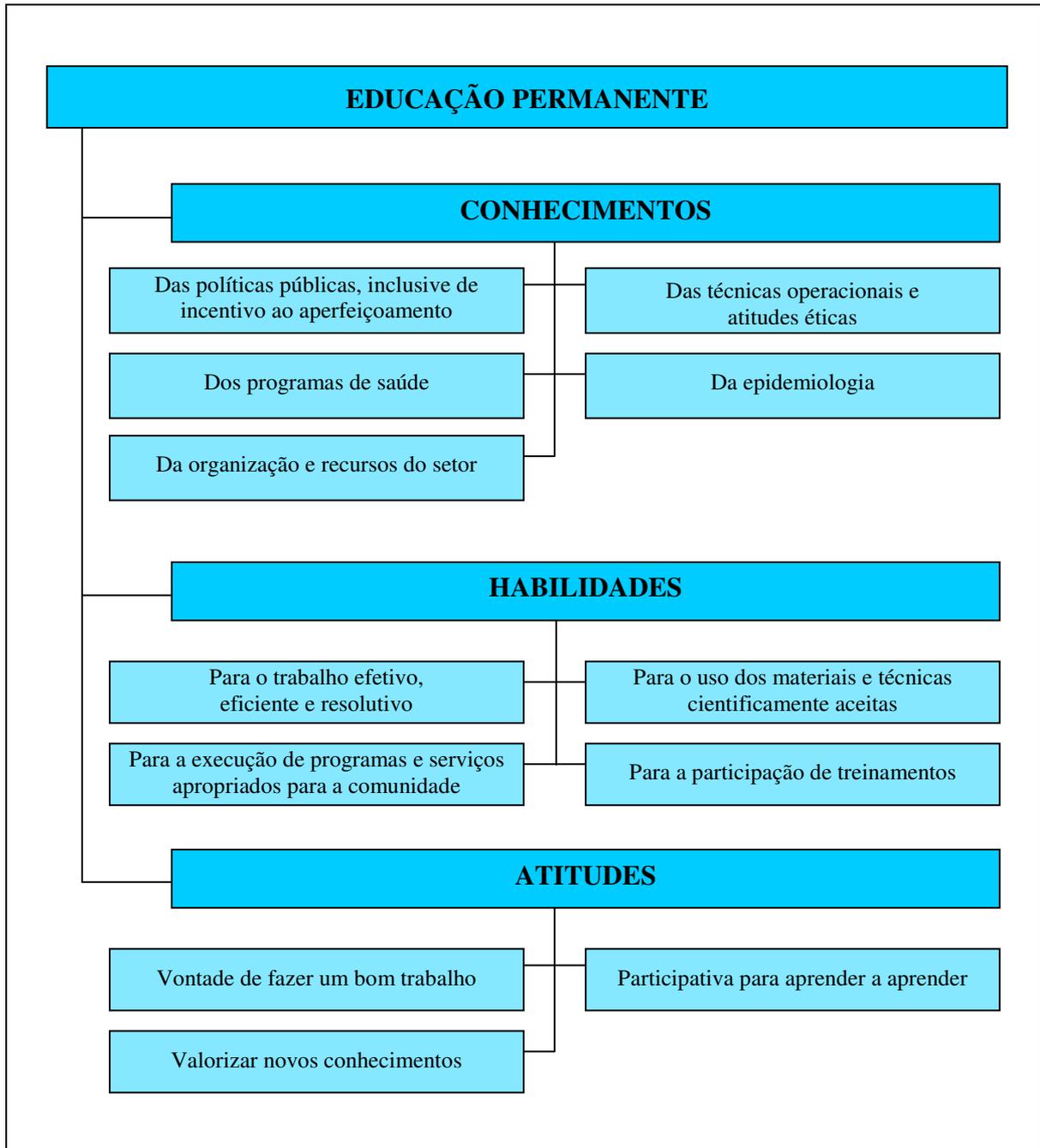


Figura 5 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Educação Permanente, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.

Fonte: o pesquisador.

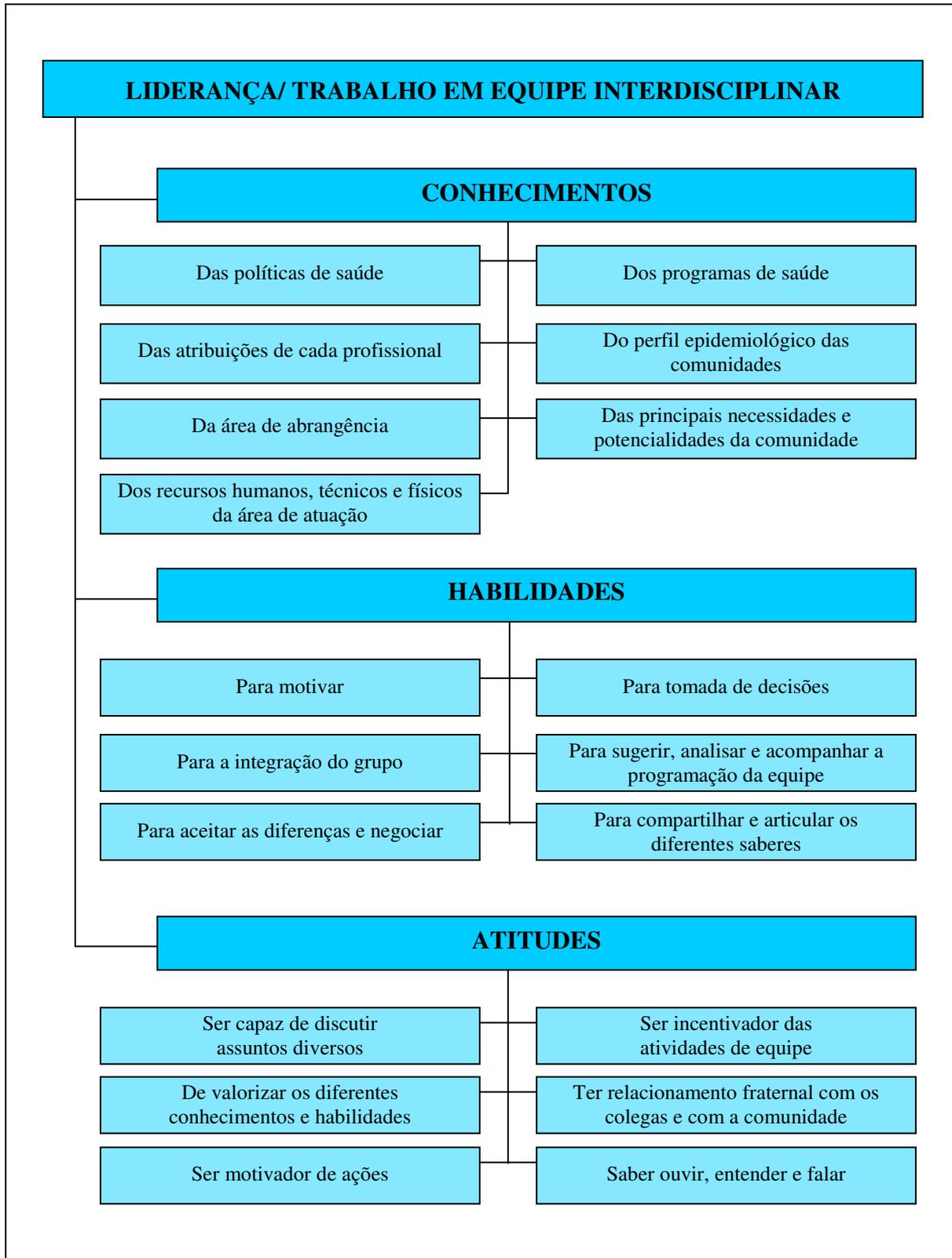


Figura 6 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Liderança/ Trabalho em Equipe Multidisciplinar, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.

Fonte: o pesquisador.

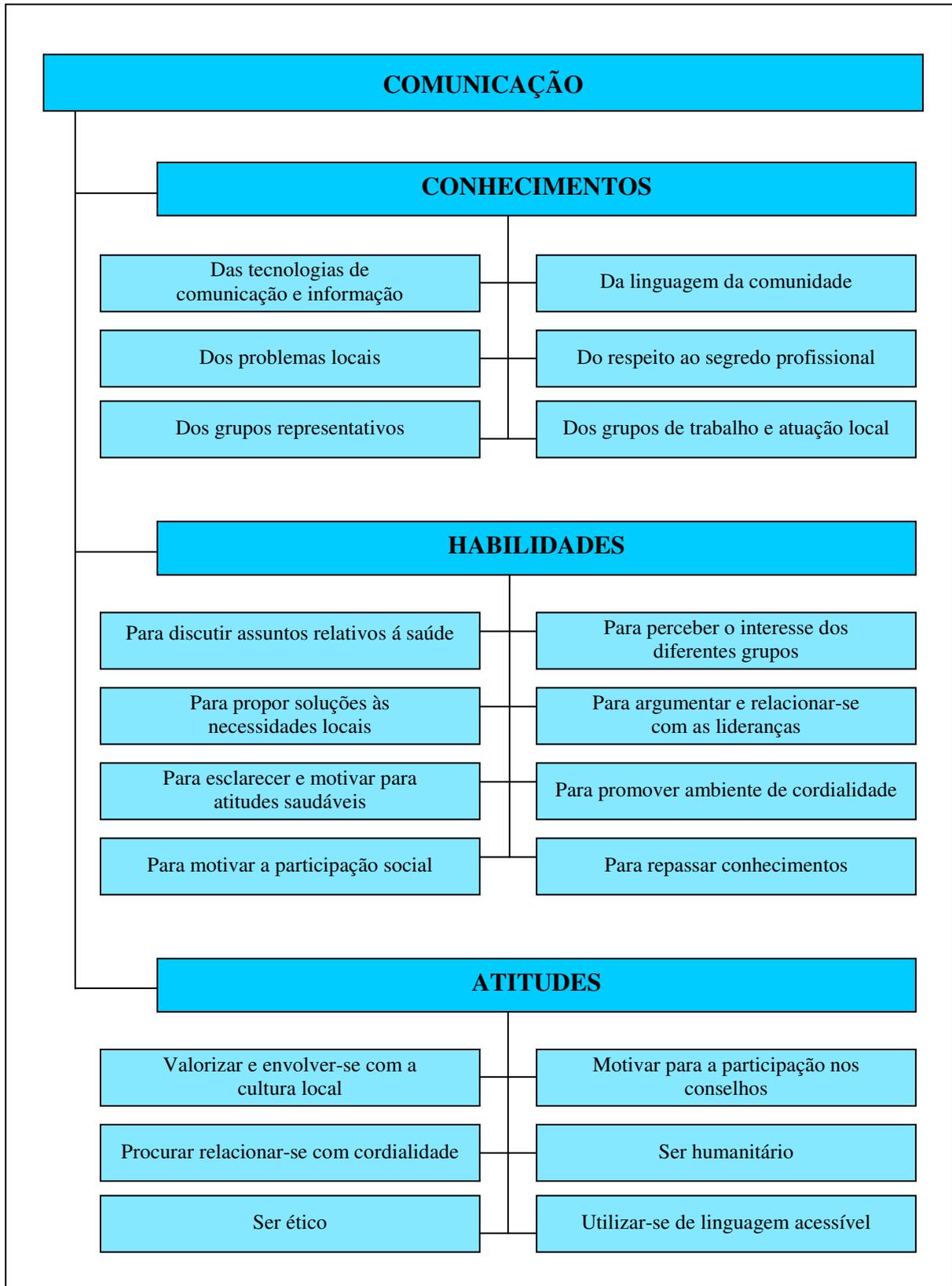


Figura 7 – Conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados à competência Comunicação, para a atuação do cirurgião dentista no SUS/PSF, 2004.

Fonte: o pesquisador.

5.2 Consulta aos Jurados

A etapa seguinte da coleta dos dados foi denominada consulta aos jurados. Para sua concretização foram selecionados e convidados técnicos envolvidos no projeto de formação, gerenciamento, coordenação ou atuação no PSF na 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional, do Estado de Santa Catarina, no ano de 2004.

Esta escolha foi fundamentada pela afirmação de Gallart e Jacinto (1997) que colocam que competência é construída na prática social. É uma tarefa conjunta entre empresa (gerentes), trabalhadores e educadores. A formação para o trabalho é uma mistura entre a educação, a experiência profissional e a formação específica adquirida ao longo da vida.

A população selecionada para compor o corpo de jurados foi distribuída em três grupos, a saber:

- Grupo I - Composto de 10 (dez) docentes que representam a totalidade dos que atuam na disciplina de Odontologia Social e Preventiva do curso de odontologia da UNIVALI.
- Grupo II – Composto de 09 (nove) profissionais gerentes (secretários municipais de saúde ou coordenadores de PSF ou de ESB) da 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina, todos representantes dos municípios desta regional que possuem atuação na ESB.
- Grupo III – Composto de 27 (vinte e sete) profissionais que atuam na ESB, no território da 17ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina.

O estudo foi do tipo censitário e resultou no contingente que, no período destinado à coleta dos dados, conforme cronograma, foi localizado e, informado sobre o conteúdo do projeto (justificativa, objetivos, metodologia, contribuição esperada), livremente consentiu em participar, assinando Termo de Consentimento Livre e Informado, conforme Apêndices B e C. Estes jurados foram convidados a, individualmente, atribuírem pesos a cada um dos componentes do Diagrama, conforme os seguintes valores e seus significados:

- Peso 1 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é muito baixa;
- Peso 2 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é baixa;
- Peso 3 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento é mediana;

- Peso 4 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é alta;
- Peso 5 = associa-se a uma atividade cuja importância relativa, em seu grupo e nível de desdobramento, é muito alta.

Esta etapa da pesquisa revelou-se mais complexa do que a anterior. No grupo de professores houve dificuldade quanto à necessidade de tempo para responderem o diagrama e, por mais que tenhamos procurado, ficamos sem dois pareceres. No grupo dos gestores houve dificuldade em um município que estava sem coordenação, nem mesmo secretário de saúde, devido ao período de atividade político-partidária e, no grupo de profissionais, dois estavam de férias, dois haviam pedido demissão e ainda não haviam sido substituídos e, em um município três profissionais negaram-se a responder (por coincidência a informação que obtivemos é que estes não faziam parte de equipe, estando apenas cadastrados como tal). Em outro município pesquisado houve a devolução das respostas de um entrevistado somente após o término do período proposto para coleta de dados

Assim, a amostra ficou composta por 34 entrevistados representando 73,91% da população inicialmente prevista. Esta população ficou distribuída da seguinte maneira: 08 professores (grupo I) correspondendo a 80% da população alvo. 07 gestores (grupo II) correspondendo a 77% deste grupo e de 19 profissionais cirurgiões dentistas (grupo III) representando um percentual de 73% da população estimada para o grupo.

Concluída esta etapa de coleta dos dados, os mesmos foram submetidos à análise, conforme descrito no capítulo da metodologia. Os resultados foram, inicialmente organizados por grupo pesquisado (professores, gestores e profissionais cirurgiões dentistas), originando diagramas correspondentes a cada agrupamento. Estes diagramas foram analisados em suas aproximações e distanciamentos, evidenciando as várias possibilidades de visão de competências para o SUS/PSF/ESB.

A totalidade dos dados coletados foi incluída como apêndice (Apêndices D e E) deste relatório. As sínteses elaboradas então apresentadas a seguir, na forma de gráficos e tabelas, com suas respectivas análises.

5.2.1 Análise considerando os pesos atribuídos pelos jurados.

A análise do quadro 1 mostra que no grupo de professores a frequência de atribuição dos pesos baixo e muito baixo foi inexistente ou sem representatividade; o peso relativo médio foi atribuído a alguns itens, representando 5,7% da totalidade; já o peso alto obteve 38,3% da totalidade; e o peso muito alto ficou em destaque obtendo 56,1% das ocorrências. Com estes resultados podemos concluir que, entre os professores consultados, a proposta recebeu avaliação altamente positiva, principalmente se somarmos os percentuais que representam os valores considerados ALTOS e MUITO ALTOS, perfazendo um total de 94,1% das ocorrências.

COMPETÊNCIA	PESOS ATRIBUIDOS					TOTAL
	1. Muito Baixo	2. Baixo	3. Médio	4. Alto	5 Muito Alto	
ATENÇÃO A SAÚDE	0	0	13	63	99	175
GERENCIAMENTO	0	1	12	76	80	169
EDUCAÇÃO PERMANENTE	0	0	4	32	60	96
TRABALHO INTERDISCIPLINAR	0	0	5	62	85	152
COMUNICAÇÃO	0	0	9	53	98	160
TOTAL DA FREQUENCIA	0	1	43	286	422	752

Quadro 1 – Distribuição dos pesos por competência no grupo de professores.

Fonte: o pesquisador.

Com a análise dos resultados no grupo de gestores (Quadro 2) foi possível observar que as variáveis com peso baixo e muito baixo também foram inexistentes ou sem representatividade; com peso relativo obtivemos alguns itens representados por 10,1% da totalidade; considerados com peso alto obtivemos 35,2% da totalidade e considerados de peso muito alto para a variável obtivemos 53,2% da totalidade de variáveis apresentadas. Observa-se que a diferença em relação à avaliação efetuada pelos professores é mínima, evidenciado a aproximação entre estes dois grupos.

COMPETÊNCIA	PESOS ATRIBUIDOS					TOTAL
	1. Muito Baixo	2. Baixo	3. Médio	4. Alto	5. Muito Alto	
ATENÇÃO A SAÚDE	0	3	18	51	82	154
GERENCIAMENTO	0	3	22	58	64	147
EDUCAÇÃO PERMANENTE	0	0	8	22	54	84
TRABALHO INTERDISCIPLINAR	0	1	9	55	68	133
COMUNICAÇÃO	0	2	10	46	82	140
TOTAL DA FREQUENCIA	0	9	67	232	350	658

Quadro 2 – Distribuição dos pesos por competência no grupo de gestores.

Fonte: o pesquisador.

Na análise dos resultados no grupo de profissionais (Quadro 3) foi possível observar que as variáveis com peso baixo e muito baixo também foram inespereáveis ficando com apenas 1,3% das variáveis, com peso relativo obtivemos alguns itens representados por 1091% da totalidade, considerados com peso alto obtivemos 30,7% da totalidade e considerados de peso muito alto para a variável obtivemos 56,9% da totalidade de variáveis apresentadas.

COMPETÊNCIA	TOTAL DE PESOS ATRIBUÍDOS					TOTAL
	1. Muito Baixo	2. Baixo	3. Médio	4. Alto	5. Muito Alto	
ATENÇÃO A SAÚDE	5	7	59	102	245	418
GERENCIAMENTO	2	8	50	142	197	399
EDUCAÇÃO PERMANENTE	0	0	18	69	141	228
TRABALHO INTERDISCIPLINAR	0	0	39	115	207	361
COMUNICAÇÃO	0	2	29	121	228	380
TOTAL DA FREQUENCIA	7	17	195	549	1018	1786

Quadro 3 – Distribuição dos pesos por competência no grupo de profissionais.

Fonte: o pesquisador.

O Quadro 4 possibilita a análise comparativa entre os três grupos de Jurados (professores, gestores e profissionais), quanto à distribuição da totalidade dos pesos. Verificamos 3196 ocorrências com tendência de concentração dos valores mais altos em todos os grupos. Chama a atenção que somente os profissionais atribuíram peso 1 em 7 ocorrências. A soma dos percentuais encontrados no peso 4 e 5 atinge 89,5%, valor que consolida a avaliação altamente positiva recebida pela proposta.

GRUPO	Peso 1 Muito Baixo	Peso 2 Baixo	Peso 3 Médio	Peso 4 Alto	Peso 5 Muito Alto	TOTAL
I Professores	0	1	43	286	422	752
II Gestores	0	9	67	232	350	658
III Profissionais	7	17	195	549	1018	1786
TOTAL	7	27	305	1067	1790	3196
Percentual	0,2%	0,8%	9,5%	33,4%	56,1%	100,0%

Quadro 4 –Distribuição dos pesos atribuídos pela totalidade dos Jurados

Fonte: o pesquisador.

5.2.2 Análise considerando as competências

Os dados apresentados a seguir sofrem uma modificação quanto à forma de sua organização. No item 5.2.1, que apresentou os dados relativos à distribuição dos pesos atribuídos pelos jurados, seguimos a mesma ordem da figura 2 e seus desdobramentos (figuras 3 à 7). A partir daqui o critério será a média decrescente dos pesos obtidos pelas diversas competências estudadas, nas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes.

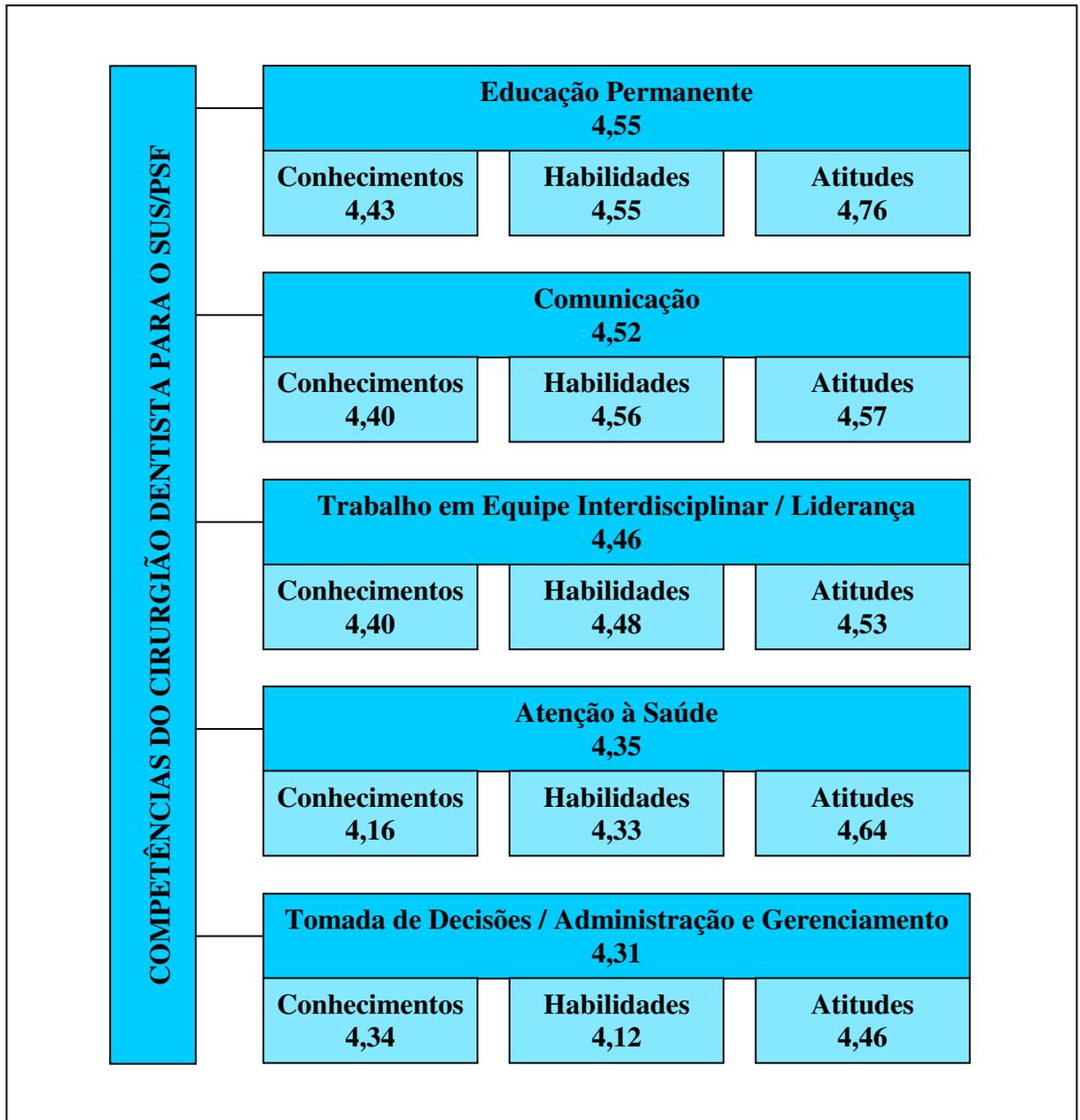


Figura 8 –Distribuição da média dos pesos atribuídos para cada desdobramento de componente da competência em cada variável.

Fonte: o pesquisador.

Esta figura, de número 8, representa as cinco competências estudadas, com as médias dos pesos atribuídos pelos jurados. Apesar das diferenças serem mínimas, já que o maior valor ficou em 4,76 para atitude em Comunicação e o menor atingiu 4,12, para uma habilidade, no caso para Tomada de Decisões/Administração e Gerenciamento, (diferença de 0,64), podemos inferir algumas tendências, como colocamos a seguir.

Observamos que as Atitudes representam a dimensão que obteve o melhor desempenho em todas as competências, com variação entre 4,76 – média máxima, e 4,46 – média mínima, ficando a diferença somente em 0,30. Este fato vem ao encontro de que estamos no momento adequado para que, tanto na graduação como nos cursos de formação para a Estratégia Saúde da Família, os profissionais sejam estimulados a exercerem suas funções com vontade de ingressar neste novo modelo de atuação. Esta constatação encontra apoio nas palavras de Gilberto Alfredo Pucca Júnior (2004), coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que faz indicação às entidades ligadas a odontologia para que aproveitem essa fase de profunda vontade de participação que o país atravessa para propiciar espaços institucionais em que estas terão todas as oportunidades de atuarem efetivamente nos rumos da política de saúde bucal no Brasil. Podemos afirmar então que esta mesma intenção está atualmente, inclusive, na área técnica administrativa do país.

Os dados evidenciam também, que apenas na competência Tomada de Decisões/ Administração e Gerenciamento a variável com o segundo maior valor é conhecimento, nas demais competências, o segundo maior valor é o de habilidade para trabalhar evidenciando, na mesma linha de pensamento colocada no parágrafo anterior, que os profissionais que forem atuar nesta estratégia necessitam ser treinados para atuarem neste modelo.

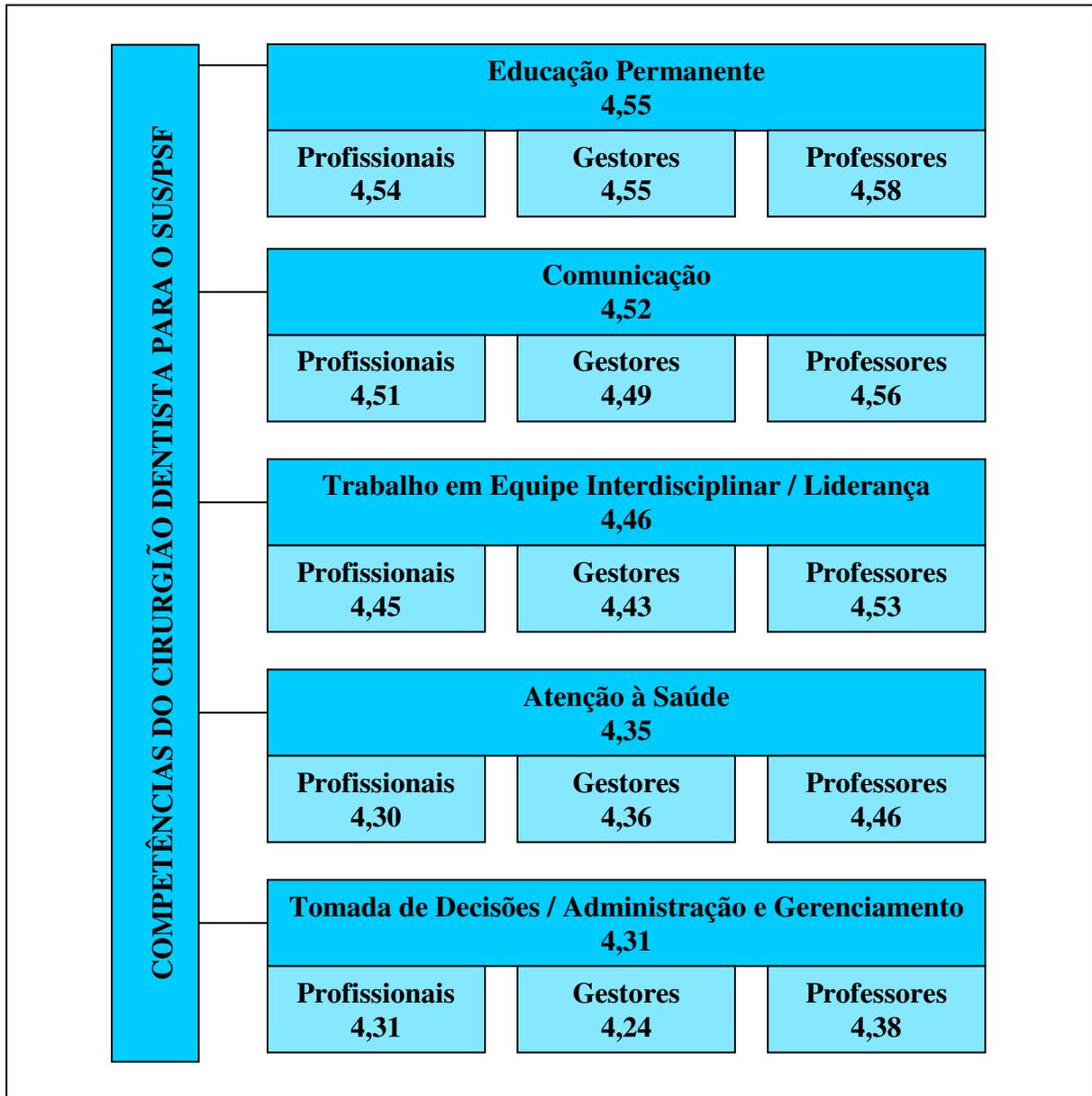


Figura 9 – Distribuição da média dos pesos atribuídos por competência, para cada categoria de jurados.

Fonte: o pesquisador.

A figura 9 inclui as competências estudadas, agora na perspectiva de cada um dos grupos que participaram da pesquisa. Resultou numa organização com a mesma lógica da figura 8, ou seja, na mesma seqüência hierárquica. Segue também a mesma tendência de avaliação altamente positiva de todas as cinco competências, pois o intervalo entre a maior e a menor média ficou em 0,34.

Outro detalhe interessante diz respeito à outra tendência verificada quanto ao comportamento de cada grupo, ou seja, a de referendarem a hierarquização das competências,

com uma única exceção, o grupo dos profissionais apresentou uma média 0,01 mais baixa em Atenção a Saúde em relação a Tomada de Decisões/ Administração e Gerenciamento. Assim foi constatado que os dois grupos, gestores e professores, comportou-se de maneira muito parecida na consideração de importância atribuída as competências sendo que consideraram maior valor para Educação Permanente depois Comunicação, Trabalho em Equipe Interdisciplinar/Liderança, Atenção a Saúde e por ultimo a competência para Tomada de Decisões, Administração e Gerenciamento. Já no grupo de profissionais houve uma inversão, onde a variável Atenção a Saúde foi a que obteve um menor valor de importância.

Nesta figura ficou evidenciado um grau de importância maior para Educação Permanente seguida de Comunicação e depois Trabalho em Equipe interdisciplinar/Liderança nos três grupos pesquisados; minha expectativa enquanto pesquisadora era de que a variável Atenção à Saúde seria a considerada de maior importância visto que, ainda hoje, há uma evidente formação para a atuação clínica.

É possível dizer que este fato evidencia que, apesar dos cursos de odontologia graduarem grande número de profissionais anualmente, sempre com formação marcadamente tecnicista (ABENO, 2003), ainda não se alcançou bons índices de saúde bucal para a população. Esta afirmação pode ser comprovada com os resultados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População (BRASIL, 2004). Porém evidencia também, que felizmente, parece já existir uma concordância geral de que a atuação puramente tecnicista esta sendo ultrapassada e é insuficiente para se obter resultado satisfatório nas situações que se apresentam como rotina das atividades das equipes de saúde bucal.

Conclui-se então, que um instrumento como o proposto, poderá contribuir para a modificação deste quadro quando utilizado para orientação dos temas tratados no preparo para este fim.

Estes fatos evidenciam que há uma necessidade de mudança nas relações dos profissionais melhorando as relações nas atividades com colegas (equipes), com pacientes (sendo sujeitos e mercedores de cuidados) e com relação com outros setores (intersectorialidade) nas suas atividades e isto, certamente, levará para um caminho mais humano com ganho para todos os envolvidos na estratégia de Saúde da Família.

A formação social, humanística e ética adequando o profissional para a realidade que irá atuar com espírito crítico e criativo, sem ênfase apenas para a tecnologia, despertará melhor as competências para atuação necessária ao SUS/ PSF/ESB (ABENO, 2003).

6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O ensino superior no Brasil tem a missão de formar profissionais capazes de superar o conhecimento estritamente técnico do modelo biomédico, evoluindo para um modelo mais humanista com uma perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população. Faz-se necessário redefinir modelos nos quais a eficiência seja associada à prática humanitária, reorganizando a assistência à saúde e a capacitação dos recursos humanos.

O Ministério da Educação e Cultura propõe a implementação das Diretrizes Curriculares como estratégia essencial para as mudanças na graduação, buscando formar profissionais adequados às necessidades da população e do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2003). Todavia, a implementação das Diretrizes Curriculares e o Projeto Político Pedagógico orientado para o desenvolvimento de competências fazem parte de um modelo inovador que precisa ser acompanhado e avaliado visando detectar e corrigir seus desvios. Neste estudo propomos um instrumento que, se utilizado, contribuirá para a reorientação curricular e dos programas de educação permanente, promovendo maior aderência às políticas públicas na perspectiva de consolidação do SUS. O modelo organizado a partir de competências que incluem as dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes, pode ser considerado irreversível e adequado para formar profissionais com uma visão mais apropriada para a estratégia de saúde da família.

Da análise dos resultados da pesquisa podemos afirmar que há uma necessidade de que os cursos formadores de profissionais para esta estratégia se constituam em locais privilegiados para uma mudança no modelo de atenção básica de saúde. Há necessidade de que o profissional dentista não se restrinja ao seu consolidado trabalho no consultório. Dele é esperado também saia do posto de saúde e vá ao encontro da população, de seus anseios e de a sua realidade. Estas conclusões nos levam a reafirmar a necessidade de competência profissional para esta estratégia. Concordando com Gomes (2003) e Resende (2003) quando afirmam que para que exista competência há necessidade que exista vontade em transformar conhecimentos e aptidões em resultados práticos.

Historicamente o profissional cirurgião dentista tem uma grande tendência a assistência individual, fragmentada e reducionista do indivíduo. Ainda hoje observamos que a carga horária trabalhada nos cursos de odontologia se encontra em discrepância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, fato este comprovado no estudo de Paula e Bezerra (2003)

no qual encontramos que 64,18% da carga horária da graduação é destinada as disciplinas profissionalizantes e que apenas 5,4% desta, destina-se à disciplina de Saúde Coletiva.

A forma de trabalho proposta pela estratégia do Programa Saúde da Família vai ao encontro da modernidade em saúde. Nele as pessoas deixam de ser apenas pacientes para serem sujeitos da atenção do profissional, o sistema público de saúde deixa de ser um complemento de renda para ser a atuação trabalhista principal do profissional, abre-se o caminho para que haja conhecimento, respeito e integração entre profissionais e comunidade, (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares apontam para um perfil acadêmico e profissional orientado para a atuação com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, e a odontologia continua aprimorando suas competências de acordo com a realidade sócio-político-econômica da sociedade em que atua. Nesta mesma linha de pensamento encontra-se a proposta de atuação profissional baseada no cuidado ao paciente, não mais somente o atendimento curativo. Esta proposta é também a encontrada nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde do Ministério da Saúde no ano de 2004.

A necessidade de Educação Permanente, julgada como a competência de peso maior pelos três grupos pesquisados se faz necessária principalmente neste momento. Sabemos que para alcançar os objetivos da estratégia Saúde da Família, o profissional necessita atuar com uma prática humanizada, resolutiva, envolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Esta atuação necessita ainda estar articulada com os diversos saberes (dos outros profissionais e da comunidade) e ainda, com uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação justificando aqui a competência para Comunicação. Competência esta, julgada como a de segundo maior valor nos três grupos pesquisados.

Para concluir estas afirmações lembramos Souza (2000) ao afirmar que: “[...] è preciso que o projeto de educação permanente esteja orientado para transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores da comunidade”.

Com a implementação proposta nas Diretrizes Curriculares, na estratégia proposta com o Programa Saúde da Família e com toda a mudança econômica que vem acontecendo, pode se perceber uma intenção da formação do profissional para esta perspectiva de atuação.

A perspectiva de conclusão da etapa de estudos com a graduação e da instalação de consultório vinculado apenas ao subsistema privado de saúde, hoje não são mais viáveis, com

raras exceções. A odontologia precisa acompanhar as tendências da contemporaneidade e esta aponta para o fortalecimento do preparo do profissional para atuação no SUS.

Resgatando o objetivo maior desta dissertação, que foi o de identificar quais seriam as competências necessárias ao cirurgião dentista para uma atuação efetiva e eficaz, ao encontro da estratégia do Programa Saúde da Família, podemos afirmar que este foi alcançado. Esta afirmação é possível quando chegamos a 89,5% das variáveis propostas para compor as competências julgadas como de peso alto ou muito alto pelos três grupos pesquisados identificando com isto serem estas necessárias a qualificação para atuação dentro desta estratégia.

A metodologia aqui utilizada foi de grande auxílio para o êxito deste trabalho, isto porque conduziu tanto na definição das competências e suas variáveis com a confirmação pelos juízes, bem como pela possibilidade de confrontar os dados pesquisados nos três grupos envolvidos, e posterior análise destas comparações.

Para finalizar, cabe uma última palavra de crédito para esta estratégia e para os trabalhos que levem a consolidação do SUS e suas diretrizes, trabalhos estes que precisam ser entendidos como de importância fundamental. Esta palavra é a esperança de que os profissionais de saúde tenham presente que a necessidade de trabalhar com pessoas traz embutida nela mesma a necessidade de trabalhar com o CUIDADO e não somente o tratar/curar/controlar. Para elucidar esta diferença cito Ayres (2001), que cita Heidegger (1995), no seu clássico “Ser e tempo”, onde utiliza uma antiga alegoria de Higino sobre o cuidado como metáfora para fundamentação desta distinção, relatando que:

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu, Júpiter, por ter dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto vive (HEIDEGGER, 1995, *apud* AYRES 2001, p. 11).

Transpondo a mesma idéia as práticas de saúde podemos dizer que cuidar é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde, precisa se expandir na totalidade das intervenções no campo da saúde (Ayres, 2001). Espero que este estudo seja utilizado e auxilie concretamente na atuação do Cirurgião Dentista fortalecendo com isto a consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO. **Estágios supervisionados**. Disponível: <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 13/03/05.

AMARAL, I. M. *et al.* Competências dos profissionais de saúde para promoção e educação em saúde da família. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.2, 2003, p.68. Suplemento.

ANDRADE, M. História da odontologia: a era da dor. **Rev. ABO Nacional**, São Paulo, v. 6 n. 5, 1998.

ARES, F. P. Somente se obtêm um serviço com qualidade quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados. **Seminário de experiências internacionais em saúde da família – relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. (Departamento de Atenção Básica)

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2001. Disponível: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 mar 2005.

BOGDAN, R.; BIRTEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, 1982.

BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1.300/2001**- Homologado, Publicado no Diário Oficial da União de 07 dez 2001, seção 1, p. 25.

_____. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 04 mar 2002. Seção 1, p. 10.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família: equipe de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, **Cartilhas Temáticas da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

_____, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/biblioteca/principal>>. Acesso em: 04 dez 2003.

_____, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Seminário sobre a proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Editora MS/CGDI/SAA/SE/MS, jul/ago 2004.

CAETANO, J. C. **Banca de Qualificação**. Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho. Apontamentos para correções. Itajaí: Univali, jul 2004.

CAMPOS, M. L. *et al.* Atuação da equipe de odontologia no programa saúde da família dos municípios pertencentes a 17ª Secretaria de Desenvolvimento/ SC. II Encontro de Pesquisa em Saúde: O SUS e a atenção à saúde da família e 1ª Mostra de Pesquisa s Extensão do CCS. **Anais...** Itajaí: Ed. da Univali, 2004.

CAPRISTRANO FILHO, D. **A organização dos serviços de saúde**. Palestra, Fortaleza, 11 dez 1990.

CARVALHO, A. C. P. **Educação e saúde em odontologia: ensino da prática e prática de ensino**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 1995.

COSTA NETO, M. M. A implantação da unidade de saúde da família. *in*: Brasil, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000.

DA ROS, M. A **Um drama estratégico** - O movimento sanitário e sua expressão em um município de SC. Dissertação de mestrado- ENSP/ FIOCRUZ- Rio de Janeiro-1991

_____, **Estilos De Pensamento Em Saúde Pública**. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de LudwikFleck. Tese de doutorado - Centro de Ciências em Educação - Programa de Pós Graduação em Educação – UFSC – 2000.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, 2000. (MEC: UNESCO).

FERREIRA, B. Mais de 500 anos. **Rev. ABO Nacional**, São Paulo, v. 6, n. 5, 1998.

GALLART, A. M.; JACINTO, C. Competências laborais; Cuaderno de trabalho 2. **Educación técnico profesional**. OEI, Madrid, 1997. Disponível: <<http://www.ilo.org/public/>>. Acesso em: 04 dez 2004.

GOMES, D. M. **Competências e habilidades do diretor**, Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 2003.

KENDALL, M. G. **Rank correlation methods**. London: Griffin, 1948.

LAZZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia): Programa de Pós Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

MACHADO, K Conasems reforça os compromissos para consolidação do SUS. **RADIS: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 10, 2003.

_____. Seminário discute o conceito de integralidade nas práticas de saúde. **RADIS: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 12, 2003.

MACHADO, M.H. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. *In*: MACHADO, M.H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1995.

MARANHÃO, E. A. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde *In*: ALMEIDA M (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede UNIDA, 2003.

MENDONÇA, L. L. Elementos para uma discussão filosófica da educação: o caso do ensino odontológico. *In*: MACHADO, M.H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica** - Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1995.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** Ed. Hucitec: São Paulo, 1994.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, Florianópolis, 1984.

PAULA L. M.; BEZERRA A. C. B. A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil. **Rev. ABENO**, v.3, n.1, p. 7-14, 2003.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar.** Tradução: Patrícia Chitoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PITTA, A. M. R. **Comunicação em saúde: a complexidade dos conceitos e o desafio das práticas.** informação e comunicação social em saúde. n. 15. Brasília: Fundação Kellog/ Projeto UNI/ FAPEX/ OPAS, 1995. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde – OPAS/OMS).

PUCCA, G. A. **Coordenador de saúde bucal do governo fala sobre os rumos da odontologia no Brasil.** Disponível: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 jan 2005.

RING, M. E. **História da odontologia.** Tradução: Fernando Gomes do Nascimento. São Paulo: Ed. Malone, 1998.

RESENDE, E. **O livro das competências**: desenvolvimento das competências, a melhor auto-ajuda para pessoas, organizações e sociedade. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.

ROSA, J. E.; MADEIRA, A. A. **A odontologia catarinense**: evolução, ensino e movimento associativo. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1982.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SAUPE, R. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de enfermagem**. 1979. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1979.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1993.

SOUZA, H. M. Estratégias para a Organização da Atenção Básica no Brasil. *In*: Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

SOUZA, D. S. *et al.* A inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 07-29, 2001.

SPINOLA, M. R. P; PEREIRA, E. M. Avaliação de Programas: uma metodologia. **Projeção**, v.7, n.1, p. 26-32, 1976.

_____. Avaliação do Programa Imposto de Renda – 77. **Projeção**, v. 19, p. 1-11, 1977. Suplemento Especial.

TRENTINI, M. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Rev Esc de Enf USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-143, ago 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. Tradução: Maria Helena C. V. Trylinki. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **El modelo de competencia y los sistemas productivos**. Montevideo: Cinterfor, 1999.

APÊNDICES

Apêndice A – Estudo Preliminar

AMARAL, I. M. *et al.* Competências dos profissionais de saúde para promoção e educação em saúde da família. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.2, 2003, p.68. Suplemento.

RESUMO EXPANDIDO

COMPETÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO PRELIMINAR.

Ionice Maria Amaral, Márcia Elisa Elesbão da Cruz, Simone Beatriz Pedrozo Viana, Rosita Saupe.

Introdução: o ensino superior no Brasil tem entre seus principais desafios transformar profissionais da saúde em cidadãos-profissionais capazes de superar conceitos estritamente técnicos para um perfil voltado a melhoria na qualidade de vida da população. No que diz respeito a educação superior o Ministério da Educação e da Cultura (MEC) propõe implementar as diretrizes curriculares buscando formar profissionais adequados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003) consolidando conceitos de promoção, educação e família como interdisciplinares e integrados nas competências dos profissionais em saúde.

Objetivo: verificar o interesse dos docentes no sentido de que sejam realizadas pesquisas visando: a) definir um rol de competências necessárias aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção e educação em saúde da família; b) constatar e avaliar a inclusão e importância destas competências nos programas educacionais na saúde.

Metodologia: a pesquisa foi realizada com docentes de três cursos de graduação (Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia) em duas Universidades brasileiras, denominadas de universidade A e universidade B. A amostra aleatória foi composta de 36 professores, sendo 9 enfermeiros, 9 fisioterapeutas e 9 odontólogos da Universidade A e 9 enfermeiros da Universidade B. Os sujeitos pesquisados responderam a questão fechadas, numa escala Likert de 0 (zero) a 10 (dez), sendo considerada para análise MEDIANA, e abertas, analisadas conforme concentração em POLOS DE SIGNIFICADO (gerais ou universais e singulares e ou particulares) respectivamente. Quando a mediana ficou no intervalo de 0 a 4, foi considerado como fracasso; entre 4 e 7, como “indefinição”; e no espaço de 7 a 10, de “sucesso”.

Resultados: verifica-se que dois cursos estão na zona de indefinição. Os outros dois se vêm dentro da zona de sucesso, porém ao considerarmos as respostas as questões abertas, mesmo estes professores informam que os cursos necessitam melhorar a formação dos seus graduandos. BUSS (1999), diz que a capacitação e atualização de recursos na área da saúde se revestem de grande importância, visto o aumento da demanda de usuários do SUS, cabendo, portanto, as escolas a missão de formar profissionais comprometidos em incrementar a promoção da saúde. Nesta análise foi possível observar que o curso de fisioterapia ficou na zona de indefinição e percebemos uma formação bastante tecnicista nas respostas as questões abertas. Já o curso de Enfermagem da universidade B relata trabalhar pouco com este tema

apesar de considera-lo importante para a sociedade. Quanto ao curso de Enfermagem da universidade A, quando analisadas as questões abertas, aponta para a necessidade de mudança no conteúdo de suas disciplinas, deixando dúvidas se realmente se encontra em zona de sucesso nesta questão. Apenas o curso de Odontologia parece concordar com sua avaliação de zona de sucesso já que na avaliação aberta considera-se com bom preparo do seu graduando nesta área de conhecimento. Observa-se que os entrevistados, por unanimidade consideram estas competências como muito importantes, em conformidade com Maranhão (2003), que afirma ser “fundamental contemplar de forma significativa, na formação, o modelo de promoção à saúde preconizado para o país”. Foi possível verificar, através das respostas a esta questão que houve uma grande parte dos entrevistados afirmando que este projeto irá auxiliar muito a melhor atuação profissional do futuro egresso por estar em sintonia com as novas perspectivas de atuação profissional relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Os entrevistados revelam-se contraditórios em relação às questões fechadas, excetuando o curso de Fisioterapia, os demais se colocam na zona de sucesso com relação a estes conhecimentos, mas revelam nas suas falas as dificuldades e limitações da formação.

Conclusão: os entrevistados revelam que os cursos estudados permanecem direcionados a assistência curativa, em parte devido a formação dos próprios docentes ter ocorrido no modelo biomédico. Saliendam a importância do estudo desta temática e demonstram interesse pelo desenvolvimento de um estudo maior sobre competência dos profissionais para a consolidação do Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere a saúde da família.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Seminário sobre a proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Relatório).

BUSS, P. M. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, São Paulo, 1999, v. 15, p.177-185. Suplemento 2. Disponível: <www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15 jun 2003.

MARANHÃO, E. A. **A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde** In ALMEIDA M (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Através deste estamos convidando você para participar de um estudo sobre “COMPETÊNCIAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS”. Nosso **objetivo** é avaliar as competências gerais dos profissionais, na perspectiva da consolidação do SUS. A **justificativa** desta pesquisa apóia-se nas políticas públicas que integram os Sistemas de Saúde e Educação, no esforço de mudança do modelo assistencial. A **metodologia** inclui várias etapas, inclui a consulta aos mais variados grupos de interesse como profissionais, docentes, gestores. Sinta-se completamente livre para decidir participar ou não, mas ressaltamos a importância de sua contribuição. Outrossim, esclarecemos que: seu anonimato está garantido; as informações serão sigilosas; a não participação não acarretará nenhum prejuízo a sua pessoa; as informações e resultados obtidos ficarão a sua disposição; sua participação não acarretará qualquer desconforto, risco, dano ou ônus a sua pessoa; os benefícios esperados relacionam-se ao Sistema Único de Saúde como um todo e ao Sistema Educacional de Graduação em Saúde de maneira específica, pretendendo contribuir para uma maior integração e aproximação entre ambos, podendo fornecer subsídios para a tomada de decisão quanto aos projetos pedagógicos dos cursos e programas de capacitação para o trabalho. Os dados coletados serão utilizados para fins acadêmicos de pesquisa e divulgação de conhecimento sobre o tema. Caso concorde com estes termos, solicitamos o preenchimento e assinatura neste documento.

Eu, _____
 Documento de identidade nº _____ declaro que consinto, de forma livre e esclarecida, a participar do estudo “**Competências dos cirurgiões dentistas na estratégia saúde da família para a consolidação do SUS**”, desenvolvido sob a coordenação e orientação da Professora Dra Rosita Saupe, sob a modalidade de sub projeto, sob a responsabilidade da mestranda Marcia Elisa Elesbão da Cruz vinculada ao curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde – opção Saúde da Família – do Centro de Educação em Ciências da Saúde, da UNIVALI, conforme objetivos e metodologia expostos.

Local e data:

Assinatura:

CADASTRO DOS JURADOS:

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Atividade(s):

Tempo de formado:

Instituição:

Maior Titulação:

Local de Trabalho:

Cidade:

Outras Informações que considerar importantes:

Apêndice C – Questionário de pesquisa

Universidade do Vale do Itajaí –UNIVALI
 Centro de Educação de Ciências da Saúde – CCS
 Mestrado Profissionalizante em Saúde – Area de Concentração Saúde da Família

COMPETÊNCIAS DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisadora: Marcia Elisa Elesbão da Cruz

Orientadora: Dra Rosita Saupe

Prezado (a) Colaborador (a)

Estamos realizando um trabalho de investigação que pretende contribuir para identificar e hierarquizar as **competências** dos cirurgiões dentistas para a consolidação da Reforma Sanitária através do Sistema Único de Saúde e mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família. Entre as muitas competências elencadas, foram selecionadas para este projeto: Atenção à Saúde, Tomada de Decisões/ Administração e Gerenciamento, Comunicação, Trabalho em Equipe/ Liderança e Educação Permanente. Para concretizar este objetivo precisamos de sua colaboração. Você foi considerado um membro do “Júri” para a temática em desenvolvimento e para isto, solicitamos que você disponibilize um tempo para responder este instrumento.

Esclarecimento Para Análise Dos Componentes Pelos Jurados

Neste projeto optamos por utilizar uma adaptação de parte da metodologia originária da University of North Carolina na década de 70, introduzida no Brasil por Spínola e Pereira (1976), já utilizada em alguns estudos (SPÍNOLA, PEREIRA, 1977; SAUPE, 1979, 1983).

A partir da revisão da literatura, do marco conceitual, das inquietações da pesquisadora e da consulta a “*experts*” foi construído um modelo idealizado de Diagrama de Árvore, conforme ilustrado na figura 1. Este diagrama discrimina, usando de palavras-chave e de forma hierarquizada, os conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem as competências dos cirurgiões dentistas para a atuação no SUS/PSF. Todas as palavras-chave estão detalhadas em seus vários componentes. Esta etapa pode ser considerada como a contextualização do fenômeno, capturando as várias perspectivas de perceber a realidade na qual está embutido o programa a ser avaliado (SPINOLA, PEREIRA, 1976,1977; SAUPE. 1979).

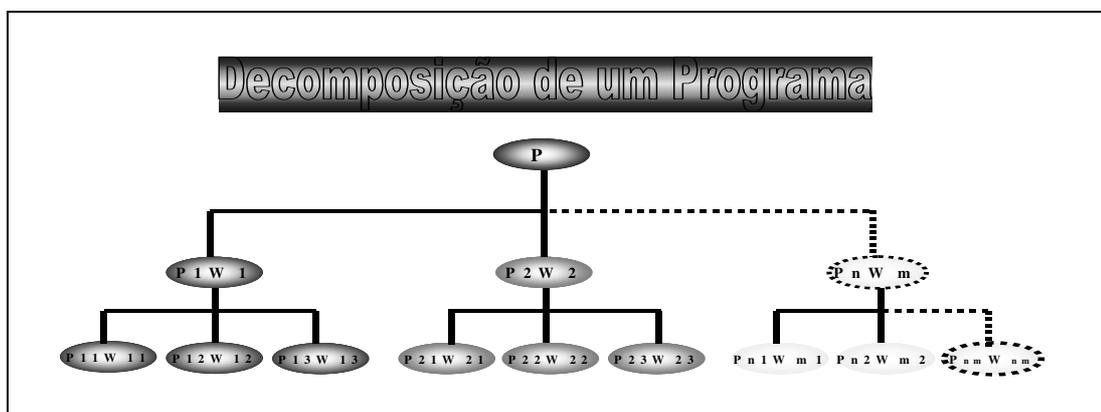


Figura 1 – Diagrama de Árvore



Solicitamos agora, que após analisar a descrição do diagrama proposto para este trabalho e, conforme seu julgamento atribua pesos aos vários componentes do programa, conforme nível e grupamento de discriminação. O critério estabelecido para este estudo relaciona-se com a “importância da atividade”, assim discriminada:

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

PESO 1	Associa-se a importância MUTO BAIXA
PESO 2	Associa-se a importância BAIXA
PESO 3	Associa-se a importância MEDIANA
PESO 4	Associa-se a importância ALTA
PESO 5	Associa-se a importância MUTO ALTA

Peso 1	Muito baixa
Peso 2	Baixa
Peso 3	Mediana
Peso 4	Alta
Peso 5	Muito alta

1. ATENÇÃO À SAÚDE

1.1 CONHECIMENTOS

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

1.1.1 Do processo saúde doença	
1.1.2 Das políticas e seus programas de saúde	
1.1.3 Da Epidemiologia (indicadores de saúde e seus significados)	
1.1.4 Do funcionamento do serviço (referencia e contra referencia)	
1.1.5 Do perfil da comunidade e da população que atua	
1.1.6 Dos recursos humanos	
1.1.7 Dos recursos financeiros (municipais, equipes PSF e ESB)	
1.1.8 Das tecnologias atualizadas e apropriadas para o setor	

1.2 HABILIDADES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

1.2.1 Para a atenção individual	
1.2.2 Para a atenção coletiva	
1.2.3 Para a vigilância epidemiológica	
1.2.4 Para criar vínculo com a comunidade e seus líderes	
1.2.5 Para acompanhar e fiscalizar o setor de saúde	
1.2.6 Para a utilização de técnicas adequadas a seu nível de atenção	
1.2.7 Para atuação em equipe interdisciplinar	
1.2.8 Para articular-se com outros grupos na comunidade e multiprofissionais	

1.3 ATITUDES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

1.3.1 Ter motivação para o trabalho	
1.3.2 Ter interesse no bom andamento do setor	
1.3.3 Ter atuação resolutiva	
1.3.4 Ser participativo nas estratégias do planejamento de ações	
1.3.5 Ser mobilizador de fóruns de discussões	
1.3.6 Ter comprometimento com a comunidade e com a equipe	

Peso 1	Muito baixa
Peso 2	Baixa
Peso 3	Mediana
Peso 4	Alta
Peso 5	Muito alta

2. TOMADA DE DECISÕES/ ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

2.1 CONHECIMENTOS

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

2.1.1 Das políticas de saúde (locais e nacionais)	
2.1.2 Das áreas de abrangência	
2.1.3 Dos fatores de risco (perfil epidemiológico)	
2.1.4 Dos procedimentos mais adequados para a resolução dos problemas	
2.1.5 Do custo efetivo operacional das ações	
2.1.6 Dos direitos e deveres dos cidadãos	
2.1.7 Dos direitos e deveres dos profissionais de saúde	
2.1.8 Dos recursos e potencialidades do setor (humanos, físicos e financeiros)	
2.1.9 Das ações de busca de excelência na gestão	

2.2 HABILIDADES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

2.2.1 Para a organização dos recursos humanos	
2.2.2 Para o gerenciamento de insumos	
2.2.3 Para o controle de equipamentos, tecnologias e materiais	
2.2.4 Para o sistematizar e decidir condutas	
2.2.5 Para estimular o aparecimento de qualidades	
2.2.6 Para incentivar a qualificação profissional	

2.3 ATITUDES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

2.3.1 Incentivador das ações conjuntas e coordenadas	
2.3.2 Colaborador para a tomada de decisões	
2.3.3 Democrático respeitando critérios deliberados pelo grupo ou equipe	
2.3.4 Ter convívio harmonioso e valorar os demais saberes	
2.3.5 Valorizar a qualificação profissional	
2.3.6 Valorizar as contribuições e crescer com os conflitos	

Peso 1	Muito baixa
Peso 2	Baixa
Peso 3	Mediana
Peso 4	Alta
Peso 5	Muito alta

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE

3.1 CONHECIMENTOS

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

3.1.1 Das políticas públicas, inclusive de incentivo ao aperfeiçoamento	
3.1.2 Das técnicas operacionais e atitudes éticas	
3.1.3 Dos programas de saúde	
3.1.4 Da epidemiologia	
3.1.5 Da organização e recursos do setor	

3.2 HABILIDADES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

3.2.1 Para o trabalho efetivo, eficiente e resolutivo	
3.2.2 Para o uso dos materiais e técnicas cientificamente aceitas	
3.2.3 Para a execução de programas e serviços apropriados para a comunidade	
3.2.4 Para a participação de treinamentos	

3.3 ATITUDES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

3.3.1 Vontade de fazer um bom trabalho	
3.3.2 Participativa para aprender a aprender	
3.3.3 Valorizar novos conhecimentos	

Peso 1	Muito baixa
Peso 2	Baixa
Peso 3	Mediana
Peso 4	Alta
Peso 5	Muito alta

4. LIDERANCA/ TRABALHO EM EQUIPE INTERDISCIPLINAR

4.1 CONHECIMENTO

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

4.1.1 Das políticas de saúde	
4.1.2 Dos programas de saúde	
4.1.3 Das atribuições de cada profissional	
4.1.4 Do perfil epidemiológico das comunidades	
4.1.5 Da área de abrangência	
4.1.6 Das principais necessidades e potencialidades da comunidade	
4.1.7 Dos recursos humanos, técnicos e físicos da área de atuação	

4.2 HABILIDADES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

4.2.1 Para motivar	
4.2.2 Para tomada de decisões	
4.2.3 Para a integração do grupo	
4.2.4 Para sugerir, analisar e acompanhar a programação da equipe	
4.2.5 Para aceitar as diferenças e negociar	
4.2.6 Para compartilhar e articular os diferentes saberes	

4.3 ATITUDES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

4.3.1 Ser capaz de discutir assuntos diversos	
4.3.2 Ser incentivador das atividades de equipe	
4.3.3 De valorizar os diferentes conhecimentos e habilidades	
4.3.4 Ter relacionamento fraternal com os colegas e com a comunidade	
4.3.5 Ser motivador de ações	
4.3.4 Saber ouvir, entender e falar	

Peso 1	Muito baixa
Peso 2	Baixa
Peso 3	Mediana
Peso 4	Alta
Peso 5	Muito alta

5. COMUNICAÇÃO

5.1 CONHECIMENTO

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

5.1.1 Das tecnologias de comunicação e informação	
5.1.2 Da linguagem da comunidade	
5.1.3 Dos problemas locais	
5.1.4 Do respeito ao segredo profissional	
5.1.5 Dos grupos representativos	
5.1.6 Dos grupos de trabalho e atuação local	

5.2 HABILIDADES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

5.2.1 Para discutir assuntos relativos á saúde	
5.2.2 Para perceber o interesse dos diferentes grupos	
5.2.3 Para propor soluções às necessidades locais	
5.2.4 Para argumentar e relacionar-se com as lideranças	
5.2.5 Para esclarecer e motivar para atitudes saudáveis	
5.2.6 Para promover ambiente de cordialidade	
5.2.7 Para motivar a participação social	
5.2.8 Para repassar conhecimentos	

5.3 ATITUDES

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE

5.3.1 Valorizar e envolver-se com a cultura local	
5.3.2 Motivar para a participação nos conselhos	
5.3.3 Procurar relacionar-se com cordialidade	
5.3.4 Ser humanitário	
5.3.5 Ser ético	
5.3.6 Utilizar-se de linguagem acessível	

Apêndice D – Rol dos resultados da avaliação das competências pelos jurados

1. Rol das atribuições de pesos segundo cada jurado – Categoria Profissionais

Jurado	Questão avaliada															
	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7	1.1.8	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	1.2.6	1.2.7	1.2.8
P1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5
P2	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	3	3	4	5	5	5
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	4	4	3	3	4	4	5	4	4	4	3	3	4	3	3	3
P6	5	3	3	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P7	5	3	4	3	3	2	1	1	5	5	4	4	4	4	5	4
P8	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5
P9	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5
P10	5	5	4	4	3	3	2	2	4	4	3	3	4	3	3	4
P11	5	3	4	3	3	2	1	1	5	5	4	4	4	4	5	4
P12	4	5	4	3	3	2	4	4	5	5	4	3	5	4	4	3
P13	5	5	4	5	4	3	4	4	5	5	4	3	4	4	4	5
P14	5	4	3	5	4	3	3	5	5	5	4	5	4	5	4	4
P15	4	4	4	4	2	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3	3
P16	5	4	4	5	5	4	4	4	3	2	3	2	4	4	4	5
P17	5	4	5	5	5	4	3	4	5	5	4	5	4	5	5	5
P18	5	3	4	3	5	4	4	2	5	5	3	5	3	3	4	5
P19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Jurado	Questão avaliada															
	1.3.1	1.3.2	1.3.3	1.3.4	1.3.5	1.3.6	2.1.1	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.1.5	2.1.6	2.1.7	2.1.8	2.1.9	2.2.1
P1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4
P2	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	4	4	4	4	3	5	3	4	3	3	4	5	5	4	3	4
P6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P7	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5	1	5	4	2	2	3
P8	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	3
P9	5	5	5	5	3	5	3	4	5	5	4	4	4	4	5	4
P10	5	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	2	3
P11	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5	1	5	4	2	2	3
P12	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	3	4	5	4	4	3
P13	4	4	5	3	3	4	4	3	4	4	4	4	5	4	3	3
P14	5	5	4	5	4	4	5	5	4	5	3	4	4	4	5	5
P15	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5
P16	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	3	4
P17	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	3
P18	5	5	5	5	3	5	3	3	5	5	4	3	4	4	3	3
P19	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4

(continua ...)

(continuação)

Jurado	Questão avaliada															
	2.2.2	2.2.3	2.2.4	2.2.5	2.2.6	2.3.1	2.3.2	2.3.3	2.3.4	2.3.5	2.3.6	3.1.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4	3.1.5
P1	4	4	5	5	5	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	3
P2	4	3	3	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	4	4	3	4	5	4	4	4	3	5	3	5	4	4	4	3
P6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P7	3	3	5	4	5	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3
P8	3	3	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4
P9	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4
P10	2	3	2	3	5	4	3	4	3	4	4	5	4	5	5	4
P11	3	3	5	4	5	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3
P12	3	3	4	4	5	4	3	4	4	5	4	5	5	4	4	4
P13	4	4	5	2	3	4	5	5	5	4	3	5	5	4	4	4
P14	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4
P15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5
P16	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	3	3	3
P17	3	3	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4
P18	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P19	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4

Jurado	Questão avaliada															
	3.2.1	3.2.2	3.2.3	3.2.4	3.3.1	3.3.2	3.3.3	4.1.1	4.1.2	4.1.3	4.1.4	4.1.5	4.1.6	4.1.7	4.2.1	4.2.2
P1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	4	4	5	5	5	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3
P6	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	5	5	5	5	5
P7	4	3	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4	5
P8	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5
P9	5	5	4	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4
P10	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	4	3
P11	4	3	5	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4	5
P12	4	4	4	4	5	4	5	5	5	3	4	5	4	4	4	4
P13	5	4	4	3	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5
P14	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4
P15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
P16	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	3	4	4	5	4
P17	5	4	5	4	5	5	5	3	4	5	5	5	5	4	5	5
P18	5	5	5	3	5	5	5	3	3	3	3	3	4	4	5	5
P19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

(continua...)

(continuação)

Jurado	Questão avaliada															
	4.2.3	4.2.4	4.2.5	4.2.6	4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.3.4	4.3.5	4.3.6	5.1.1	5.1.2	5.1.3	5.1.4	5.1.5	5.1.6
P1	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	4	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	4	4	3	4	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	3	4
P6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P7	4	5	3	4	4	5	4	4	5	5	3	2	3	4	3	3
P8	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
P9	5	5	4	4	5	3	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5
P10	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	5	4	4
P11	4	5	3	4	4	5	4	4	5	5	3	2	3	4	3	3
P12	4	3	3	4	3	3	3	4	4	5	4	4	3	4	4	4
P13	3	3	4	3	4	4	5	5	4	5	4	4	3	4	4	4
P14	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5
P15	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
P16	4	4	4	3	4	4	4	4	3	5	4	3	3	4	3	3
P17	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	3	5	5	5	4	4
P18	5	5	3	3	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5
P19	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5

Jurado	Questão avaliada													
	5.2.1	5.2.2	5.2.3	5.2.4	5.2.5	5.2.6	5.2.7	5.2.8	5.3.1	5.3.2	5.3.3	5.3.4	5.3.5	5.3.6
P1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5
P3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	4	4	4	3	5	4	5	4	4	3	5	5	5	4
P6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P7	5	4	5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5
P8	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5
P9	5	5	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4
P10	5	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	5	4
P11	5	4	5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5
P12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4
P13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4
P14	5	5	4	4	5	4	4	5	3	4	5	5	5	4
P15	4	4	4	5	5	5	5	5	3	4	4	5	5	5
P16	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5
P17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Podemos observar que alguns profissionais diferem muito da opinião da maioria, no grau de importância de alguns itens; como exemplo podemos observar o profissional de número P15 que várias vezes utilizou o peso 1.

2. Rol das atribuições de pesos segundo cada jurado – Categoria Gestores

Jurado	Questão avaliada															
	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7	1.1.8	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	1.2.6	1.2.7	1.2.8
P1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	4	3	4	5	4
P3	2	2	3	2	5	4	4	3	3	3	3	5	4	3	5	4
P4	5	3	4	4	5	4	5	5	5	5	3	3	3	4	5	5
P5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4
P6	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4
P7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Jurado	Questão avaliada																
	1.3.1	1.3.2	1.3.3	1.3.4	1.3.5	1.3.6	2.1.1	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.1.5	2.1.6	2.1.7	2.1.8	2.1.9	2.2.1	
P1	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	
P2	5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	3	5	5	4	3	4	
P3	4	3	4	3	4	5	5	4	4	3	2	3	3	5	3	5	
P4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	
P5	4	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	
P6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	
P7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	

Jurado	Questão avaliada															
	2.2.2	2.2.3	2.2.4	2.2.5	2.2.6	2.3.1	2.3.2	2.3.3	2.3.4	2.3.5	2.3.6	3.1.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4	3.1.5
P1	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4
P2	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
P3	2	3	2	3	4	3	4	5	4	3	3	3	3	5	4	3
P4	3	3	3	3	3	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4
P5	4	4	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4
P6	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4
P7	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Jurado	Questão avaliada																
	3.2.1	3.2.2	3.2.3	3.2.4	3.3.1	3.3.2	3.3.3	4.1.1	4.1.2	4.1.3	4.1.4	4.1.5	4.1.6	4.1.7	4.2.1	4.2.2	
P1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
P2	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
P3	4	3	5	4	4	5	3	3	4	3	3	3	5	4	3	4	
P4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	
P5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	
P6	5	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	
P7	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	

Jurado	Questão avaliada															
	4.2.3	4.2.4	4.2.5	4.2.6	4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.3.4	4.3.5	4.3.6	5.1.1	5.1.2	5.1.3	5.1.4	5.1.5	5.1.6
P1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4
P3	5	3	4	4	5	4	4	3	2	3	3	4	3	3	4	5
P4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
P5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4
P6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
P7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5

(continua...)

(continuação)

Jurado	Questão avaliada													
	5.2.1	5.2.2	5.2.3	5.2.4	5.2.5	5.2.6	5.2.7	5.2.8	5.3.1	5.3.2	5.3.3	5.3.4	5.3.5	5.3.6
P1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5
P3	5	4	3	3	4	5	4	2	3	5	4	4	3	2
P4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	3	5	5	5	5
P5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P6	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
P7	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5

Nesta categoria foi possível perceber uma grande aproximação nas respostas e, acreditamos que isto se deu porque, a maioria destes entrevistados (5 deles), eram profissionais que já desenvolviam projetos de saúde bucal nos seus municípios.

3. Rol das atribuições de pesos segundo cada jurado – Categoria Professores

Jurado	Questão avaliada															
	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7	1.1.8	1.2.1	1.2.2	1.2.3	1.2.4	1.2.5	1.2.6	1.2.7	1.2.8
P1	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P3	5	4	5	4	4	4	3	4	5	5	4	5	3	4	4	4
P4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5
P5	5	4	4	5	5	3	4	3	3	5	3	5	4	5	5	5
P6	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	4	4	3	4	4
P7	5	4	5	3	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5
P8	5	4	5	3	4	4	4	4	3	5	5	4	3	4	4	4

Jurado	Questão avaliada															
	1.3.1	1.3.2	1.3.3	1.3.4	1.3.5	1.3.6	2.1.1	2.1.2	2.1.3	2.1.4	2.1.5	2.1.6	2.1.7	2.1.8	2.1.9	2.2.1
P1	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4
P3	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4
P4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4
P5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5
P6	5	5	3	5	5	3	5	3	3	5	4	4	4	5	4	4
P7	5	4	5	5	3	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	3
P8	5	4	5	4	3	4	3	3	5	5	4	4	4	4	3	5

(continua ...)

(continuação)

Jurado	Questão avaliada															
	2.2.2	2.2.3	2.2.4	2.2.5	2.2.6	2.3.1	2.3.2	2.3.3	2.3.4	2.3.5	2.3.6	3.1.1	3.1.2	3.1.3	3.1.4	3.1.5
P1	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
P3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	4
P4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4
P5	5	3	4	5	4	5	3	5	5	4	5	3	5	5	3	4
P6	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4
P7	3	3	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4
P8	3	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4

Jurado	Questão avaliada																
	3.2.1	3.2.2	3.2.3	3.2.4	3.3.1	3.3.2	3.3.3	4.1.1	4.1.2	4.1.3	4.1.4	4.1.5	4.1.6	4.1.7	4.2.1	4.2.2	
P1	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
P2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
P3	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	
P4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	
P5	4	5	3	5	4	4	4	4	3	5	4	5	5	3	5	4	
P6	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	
P7	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	
P8	4	3	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	5	5	

Jurado	Questão avaliada															
	4.2.3	4.2.4	4.2.5	4.2.6	4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.3.4	4.3.5	4.3.6	5.1.1	5.1.2	5.1.3	5.1.4	5.1.5	5.1.6
P1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
P2	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5
P3	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	5	3	5	5	5	4	5	4	3	5	3	5	4	5	4	4
P6	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4
P7	4	5	4	5	5	5	4	5	4	4	3	5	5	4	4	4
P8	5	4	4	4	3	4	5	5	4	5	3	4	5	4	3	3

Jurado	Questão avaliada													
	5.2.1	5.2.2	5.2.3	5.2.4	5.2.5	5.2.6	5.2.7	5.2.8	5.3.1	5.3.2	5.3.3	5.3.4	5.3.5	5.3.6
P1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P2	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5
P3	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4
P4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P5	5	5	4	5	4	5	5	3	5	5	4	4	5	4
P6	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
P7	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5
P8	4	4	5	4	5	5	4	4	3	3	5	5	5	4

Aqui percebemos pequenas discrepâncias em alguns itens, porém na sua maioria, consideraram todos os itens avaliados bastantes relevantes visto que os graus 4 e 5 predominaram.

Apêndice E – Análise estatística das atribuições de pesos pelos jurados

Tabela 1 – Análise da atribuição de pesos por questão, segundo cada categoria de jurados

Item	Profissionais		Gestores		Professores	
	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média± DP	Mediana (min; max)
1.1.1	4,74 ± 0,56	5 (3; 5)	4,43 ± 1,13	5 (2; 5)	5,00 (5; 5)	5,00 (5; 5)
1.1.2	4,05 ± 0,78	4 (3; 5)	4,00 ± 1,15	4 (2; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
1.1.3	4,11 ± 0,74	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
1.1.4	4,16 ± 0,96	5 (3; 5)	3,86 ± 1,07	4 (2; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
1.1.5	4,16 ± 1,01	5 (2; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
1.1.6	3,58 ± 1,26	4 (1; 5)	4,29 ± 0,49	4 (4; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
1.1.7	3,68 ± 1,49	4 (1; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
1.1.8	3,63 ± 1,50	4 (1; 5)	4,14 ± 0,90	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
1.2.1	4,63 ± 0,68	5 (3; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	4,50 (2; 5)	4,50 (2; 5)
1.2.2	4,53 ± 1,12	5 (1; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (5; 5)	5,00 (5; 5)
1.2.3	3,84 ± 1,01	4 (1; 5)	4,00 ± 1,00	4 (3; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
1.2.4	4,05 ± 1,03	4 (2; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
1.2.5	4,11 ± 0,66	4 (3; 5)	3,86 ± 0,90	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
1.2.6	4,32 ± 0,82	5 (3; 5)	4,00 ± 0,82	4 (3; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
1.2.7	4,37 ± 0,76	5 (3; 5)	4,86 ± 0,38	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
1.2.8	4,47 ± 0,77	5 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
1.3.1	4,89 ± 0,32	5 (4; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (5; 5)	5,00 (5; 5)
1.3.2	4,84 ± 0,37	5 (4; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
1.3.3	4,89 ± 0,32	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
1.3.4	4,68 ± 0,58	5 (3; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
1.3.5	4,16 ± 0,76	4 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
1.3.6	4,74 ± 0,45	5 (4; 5)	4,86 ± 0,38	5 (4; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
2.1.1	4,16 ± 0,83	4 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
2.1.2	4,26 ± 0,65	4 (3; 5)	4,14 ± 0,38	4 (4; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
2.1.3	4,53 ± 0,61	5 (3; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
2.1.4	4,79 ± 0,54	5 (3; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
2.1.5	3,89 ± 1,24	4 (1; 5)	3,71 ± 1,11	4 (2; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
2.1.6	4,53 ± 0,61	5 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
2.1.7	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
2.1.8	4,16 ± 0,90	4 (2; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
2.1.9	3,84 ± 1,12	4 (2; 5)	4,00 ± 1,00	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
2.2.1	3,84 ± 0,83	4 (3; 5)	4,14 ± 0,69	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
2.2.2	3,89 ± 0,94	4 (2; 5)	3,57 ± 0,79	4 (2; 4)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
2.2.3	4,00 ± 0,88	4 (3; 5)	3,57 ± 0,53	4 (3; 4)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
2.2.4	4,37 ± 0,90	5 (2; 5)	3,57 ± 0,98	4 (2; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
2.2.5	4,37 ± 0,83	5 (2; 5)	4,00 ± 0,82	4 (3; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
2.2.6	4,74 ± 0,56	5 (3; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
2.3.1	4,32 ± 0,58	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
2.3.2	4,32 ± 0,67	4 (3; 5)	4,29 ± 0,49	4 (4; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
2.3.3	4,32 ± 0,48	4 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
2.3.4	4,53 ± 0,70	5 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
2.3.5	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
2.3.6	4,21 ± 0,79	4 (3; 5)	4,43 ± 0,98	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
3.1.1	4,47 ± 0,70	5 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
3.1.2	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,43 ± 0,98	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
3.1.3	4,42 ± 0,51	4 (4; 5)	4,86 ± 0,38	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
3.1.4	4,21 ± 0,71	4 (3; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)

(continua...)

(continuação)

Item	Profissionais		Gestores		Professores	
	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média± DP	Mediana (min; max)
3.1.5	4,00 ± 0,75	4 (3; 5)	4,14 ± 0,69	4 (3; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
3.2.1	4,74 ± 0,45	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
3.2.2	4,47 ± 0,70	5 (3; 5)	4,29 ± 0,95	5 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
3.2.3	4,68 ± 0,58	5 (3; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
3.2.4	4,37 ± 0,76	5 (3; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
3.3.1	4,89 ± 0,32	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
3.3.2	4,74 ± 0,45	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
3.3.3	4,84 ± 0,37	5 (4; 5)	4,29 ± 0,95	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.1.1	4,21 ± 0,85	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
4.1.2	4,63 ± 0,60	5 (3; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
4.1.3	4,26 ± 0,73	4 (3; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.1.4	4,26 ± 0,73	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.1.5	4,32 ± 0,82	5 (3; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
4.1.6	4,47 ± 0,61	5 (3; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
4.1.7	4,37 ± 0,60	4 (3; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
4.2.1	4,63 ± 0,60	5 (3; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.2.2	4,53 ± 0,70	5 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.2.3	4,47 ± 0,61	5 (3; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.2.4	4,53 ± 0,77	5 (3; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
4.2.5	4,05 ± 0,85	4 (3; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.2.6	4,32 ± 0,75	4 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.3.1	4,42 ± 0,69	5 (3; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
4.3.2	4,58 ± 0,69	5 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
4.3.3	4,42 ± 0,69	5 (3; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.3.4	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
4.3.5	4,53 ± 0,61	5 (3; 5)	4,14 ± 1,07	4 (2; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
4.3.6	4,84 ± 0,37	5 (4; 5)	4,29 ± 0,76	4 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.1.1	4,16 ± 0,76	4 (3; 5)	4,00 ± 0,82	4 (3; 5)	4,00 (3; 5)	4,00 (3; 5)
5.1.2	4,21 ± 1,03	5 (2; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.1.3	4,42 ± 0,90	5 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.1.4	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.1.5	4,32 ± 0,82	5 (3; 5)	4,29 ± 0,49	4 (4; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
5.1.6	4,37 ± 0,76	5 (3; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
5.2.1	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.2.2	4,53 ± 0,51	5 (4; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	4,00 (4; 5)	4,00 (4; 5)
5.2.3	4,53 ± 0,51	5 (4; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.2.4	4,42 ± 0,61	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.2.5	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
5.2.6	4,58 ± 0,61	5 (3; 5)	4,57 ± 0,53	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.2.7	4,63 ± 0,50	5 (4; 5)	4,43 ± 0,53	4 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.2.8	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,29 ± 1,11	5 (2; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
5.3.1	4,11 ± 0,81	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	4,50 (3; 5)	4,50 (3; 5)
5.3.2	4,11 ± 0,74	4 (3; 5)	4,43 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (3; 5)	5,00 (3; 5)
5.3.3	4,68 ± 0,48	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	4,50 (4; 5)	4,50 (4; 5)
5.3.4	4,84 ± 0,37	5 (4; 5)	4,71 ± 0,49	5 (4; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)
5.3.5	4,95 ± 0,23	5 (4; 5)	4,57 ± 0,79	5 (3; 5)	5,00 (5; 5)	5,00 (5; 5)
5.3.6	4,63 ± 0,50	5 (4; 5)	4,43 ± 1,13	5 (2; 5)	5,00 (4; 5)	5,00 (4; 5)

Tabela 2 – Análise geral da atribuição de pesos pelos jurados, por questão e por competência.

Item	Por questão		Por itens da competência		Por competência (geral)	
	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)
1.1.1	4,74 ± 0,67	5,00 (2; 5)				
1.1.2	4,12 ± 0,81	4,00 (2; 5)				
1.1.3	4,32 ± 0,73	4,00 (3; 5)				
1.1.4	4,09 ± 0,93	4,00 (2; 5)	Conhecimentos	4,16 ± 0,99 4,00 (1; 5)		
1.1.5	4,32 ± 0,88	5,00 (2; 5)				
1.1.6	3,85 ± 1,05	4,00 (1; 5)				
1.1.7	3,97 ± 1,22	4,00 (1; 5)				
1.1.8	3,88 ± 1,25	4,00 (1; 5)				
1.2.1	4,41 ± 0,86	5,00 (2; 5)				
1.2.2	4,62 ± 0,92	5,00 (1; 5)			Atenção à Saúde	
1.2.3	4,00 ± 0,95	4,00 (1; 5)				
1.2.4	4,26 ± 0,90	5,00 (2; 5)	Habilidades	4,33 ± 0,83 5,00 (1; 5)		4,35 ± 0,86
1.2.5	4,03 ± 0,72	4,00 (3; 5)				5,00 (1; 5)
1.2.6	4,26 ± 0,79	4,00 (3; 5)				
1.2.7	4,53 ± 0,66	5,00 (3; 5)				
1.2.8	4,50 ± 0,66	5,00 (3; 5)				
1.3.1	4,85 ± 0,36	5,00 (4; 5)				
1.3.2	4,68 ± 0,53	5,00 (3; 5)				
1.3.3	4,74 ± 0,51	5,00 (3; 5)	Atitudes	4,64 ± 0,58 5,00 (3; 5)		
1.3.4	4,65 ± 0,60	5,00 (3; 5)				
1.3.5	4,18 ± 0,72	4,00 (3; 5)				
1.3.6	4,74 ± 0,51	5,00 (3; 5)				
2.1.1	4,32 ± 0,77	4,50 (3; 5)				
2.1.2	4,18 ± 0,63	4,00 (3; 5)				
2.1.3	4,59 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
2.1.4	4,74 ± 0,57	5,00 (3; 5)	Conhecimentos	4,34 ± 0,79 4,00 (1; 5)		
2.1.5	3,94 ± 1,07	4,00 (1; 5)				
2.1.6	4,44 ± 0,61	4,50 (3; 5)				
2.1.7	4,53 ± 0,56	5,00 (3; 5)				
2.1.8	4,35 ± 0,77	4,00 (2; 5)				
2.1.9	3,97 ± 1,00	4,00 (2; 5)				
2.2.1	4,00 ± 0,78	4,00 (3; 5)			Tomada de Decisões/ Administração e Gerenciamento	
2.2.2	3,79 ± 0,84	4,00 (2; 5)				
2.2.3	3,85 ± 0,78	4,00 (3; 5)	Habilidades	4,12 ± 0,82 4,00 (2; 5)		4,31 ± 0,76
2.2.4	4,21 ± 0,91	4,00 (2; 5)				4,00 (1; 5)
2.2.5	4,32 ± 0,77	4,00 (2; 5)				
2.2.6	4,53 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
2.3.1	4,41 ± 0,61	4,00 (3; 5)				
2.3.2	4,32 ± 0,64	4,00 (3; 5)				
2.3.3	4,47 ± 0,51	4,00 (4; 5)	Atitudes	4,46 ± 0,62 5,00 (3; 5)		
2.3.4	4,59 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
2.3.5	4,59 ± 0,56	5,00 (3; 5)				
2.3.6	4,35 ± 0,77	5,00 (3; 5)				

(continua...)

(continuação)

Item	Por questão		Por itens da competência		Por competência (geral)	
	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)
3.1.1	4,47 ± 0,71	5,00 (3; 5)				
3.1.2	4,68 ± 0,59	5,00 (3; 5)				
3.1.3	4,56 ± 0,50	5,00 (4; 5)				
3.1.4	4,35 ± 0,69	4,00 (3; 5)				
3.1.5	4,09 ± 0,67	4,00 (3; 5)				
3.2.1	4,68 ± 0,47	5,00 (4; 5)				
3.2.2	4,35 ± 0,73	4,50 (3; 5)				
3.2.3	4,68 ± 0,59	5,00 (3; 5)				
3.2.4	4,50 ± 0,66	5,00 (3; 5)				
3.3.1	4,85 ± 0,36	5,00 (4; 5)				
3.3.2	4,76 ± 0,43	5,00 (4; 5)				
3.3.3	4,68 ± 0,59	5,00 (3; 5)				
4.1.1	4,32 ± 0,77	4,50 (3; 5)				
4.1.2	4,59 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
4.1.3	4,38 ± 0,70	4,50 (3; 5)				
4.1.4	4,38 ± 0,70	4,50 (3; 5)				
4.1.5	4,32 ± 0,73	4,00 (3; 5)				
4.1.6	4,53 ± 0,56	5,00 (3; 5)				
4.1.7	4,26 ± 0,62	4,00 (3; 5)				
4.2.1	4,68 ± 0,59	5,00 (3; 5)				
4.2.2	4,53 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
4.2.3	4,53 ± 0,56	5,00 (3; 5)				
4.2.4	4,41 ± 0,74	5,00 (3; 5)				
4.2.5	4,29 ± 0,76	4,00 (3; 5)				
4.2.6	4,41 ± 0,66	4,50 (3; 5)				
4.3.1	4,47 ± 0,66	5,00 (3; 5)				
4.3.2	4,50 ± 0,62	5,00 (3; 5)				
4.3.3	4,47 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
4.3.4	4,62 ± 0,55	5,00 (3; 5)				
4.3.5	4,41 ± 0,74	5,00 (2; 5)				
4.3.6	4,71 ± 0,52	5,00 (3; 5)				
5.1.1	4,06 ± 0,78	4,00 (3; 5)				
5.1.2	4,41 ± 0,86	5,00 (2; 5)				
5.1.3	4,53 ± 0,79	5,00 (3; 5)				
5.1.4	4,68 ± 0,53	5,00 (3; 5)				
5.1.5	4,32 ± 0,73	4,00 (3; 5)				
5.1.6	4,41 ± 0,70	5,00 (3; 5)				
5.2.1	4,62 ± 0,55	5,00 (3; 5)				
5.2.2	4,50 ± 0,51	4,50 (4; 5)				
5.2.3	4,59 ± 0,56	5,00 (3; 5)				
5.2.4	4,47 ± 0,61	5,00 (3; 5)				
5.2.5	4,65 ± 0,49	5,00 (4; 5)				
5.2.6	4,59 ± 0,56	5,00 (3; 5)				
5.2.7	4,59 ± 0,50	5,00 (4; 5)				
5.2.8	4,50 ± 0,75	5,00 (2; 5)				
5.3.1	4,24 ± 0,78	4,00 (3; 5)				
5.3.2	4,26 ± 0,75	4,00 (3; 5)				
5.3.3	4,65 ± 0,49	5,00 (4; 5)				
5.3.4	4,79 ± 0,41	5,00 (4; 5)				
5.3.5	4,88 ± 0,41	5,00 (3; 5)				
5.3.6	4,59 ± 0,66	5,00 (2; 5)				

Educação Permanente4,55 ± 0,62
5,00 (3; 5)**Liderança/ Trabalho em Equipe Interdisciplinar**4,46 ± 0,65
5,00 (2; 5)**Comunicação**4,52 ± 0,65
5,00 (2; 5)

Tabela 3 – Análise da atribuição de pesos por competência, de acordo com cada categoria de jurados.

Competência*		Profissionais		Gestores		Professores	
		Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)	Média ± DP	Mediana (min; max)
Atenção à Saúde	C	4,01 ± 1,12	4,0 (1; 5)	4,27 ± 0,86	4,0 (2; 5)	4,42 ± 0,64	4,5 (3; 5)
	H	4,29 ± 0,89	5,0 (1; 5)	4,29 ± 0,78	4,0 (3; 5)	4,45 ± 0,73	5,0 (2; 5)
	A	4,70 ± 0,55	5,0 (3; 5)	4,60 ± 0,59	5,0 (3; 5)	4,52 ± 0,65	5,0 (3; 5)
	G	4,30 ± 0,95	5,0 (1; 5)	4,36 ± 0,77	5,0 (2; 5)	4,46 ± 0,67	5,0 (2; 5)
Gerenciamento	C	4,32 ± 0,86	5,0 (1; 5)	4,35 ± 0,77	5,0 (2; 5)	4,39 ± 0,62	4,0 (3; 5)
	H	4,20 ± 0,87	4,0 (2; 5)	3,86 ± 0,78	4,0 (2; 5)	4,15 ± 0,68	4,0 (3; 5)
	A	4,39 ± 0,63	4,0 (3; 5)	4,48 ± 0,67	5,0 (3; 5)	4,58 ± 0,54	5,0 (3; 5)
	G	4,31 ± 0,81	4,0 (1; 5)	4,24 ± 0,78	4,0 (2; 5)	4,38 ± 0,64	4,0 (3; 5)
Educação Permanente	C	4,36 ± 0,67	4,0 (3; 5)	4,49 ± 0,70	5,0 (3; 5)	4,55 ± 0,60	5,0 (3; 5)
	H	4,57 ± 0,64	5,0 (3; 5)	4,61 ± 0,63	5,0 (3; 5)	4,47 ± 0,62	5,0 (3; 5)
	A	4,82 ± 0,38	5,0 (4; 5)	4,57 ± 0,68	5,0 (3; 5)	4,79 ± 0,41	5,0 (4; 5)
	G	4,54 ± 0,62	5,0 (3; 5)	4,55 ± 0,67	5,0 (3; 5)	4,58 ± 0,57	5,0 (3; 5)
Trabalho Interdisciplinar	C	4,36 ± 0,71	4,0 (3; 5)	4,43 ± 0,68	5,0 (3; 5)	4,46 ± 0,57	4,5 (3; 5)
	H	4,42 ± 0,73	5,0 (3; 5)	4,48 ± 0,59	5,0 (3; 5)	4,60 ± 0,54	5,0 (3; 5)
	A	4,58 ± 0,61	5,0 (3; 5)	4,38 ± 0,70	4,0 (2; 5)	4,54 ± 0,58	5,0 (3; 5)
	G	4,45 ± 0,69	5,0 (3; 5)	4,43 ± 0,65	5,0 (2; 5)	4,53 ± 0,56	5,0 (3; 5)
Comunicação	C	4,36 ± 0,81	5,0 (2; 5)	4,40 ± 0,66	4,5 (3; 5)	4,50 ± 0,68	5,0 (3; 5)
	H	4,59 ± 0,52	5,0 (3; 5)	4,50 ± 0,69	5,0 (2; 5)	4,55 ± 0,56	5,0 (3; 5)
	A	4,55 ± 0,64	5,0 (3; 5)	4,55 ± 0,74	5,0 (2; 5)	4,63 ± 0,57	5,0 (3; 5)
	G	4,51 ± 0,66	5,0 (2; 5)	4,49 ± 0,69	5,0 (2; 5)	4,56 ± 0,60	5,0 (3; 5)

* Legenda: C = conhecimento; H = habilidades; A = atitudes; G = geral da competência (média).

ANEXOS

**Anexo A – Certificado de aprovação pela Comissão de
Ética em Pesquisa da Univali**

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)