



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Gianina Salton Mattevi

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO
HOSPITALAR: UMA CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR**

Florianópolis
2014

Gianina Salton Mattevi

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO
HOSPITALAR: UMA CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR**

Tese de doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da Universidade Federal
de Santa Catarina, área de
concentração: Odontologia em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Daniela Lemos
Carceneri.

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia
Schaefer Ferreira de Mello.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mattevi, Gianina Salton

A atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar :
uma construção interdisciplinar / Gianina Salton Mattevi ;
orientadora, Daniela Lemos Carcereri ; coorientadora, Ana
Lúcia Schaefer Ferreira de Mello. - Florianópolis, SC, 2014.
216 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Equipe Hospitalar de Odontologia. 3.
Odontologia em Saúde Pública. 4. Odontologia para Doentes
Crônicos. 5. Educação em Odontologia. I. Carcereri, Daniela
Lemos. II. Ferreira de Mello, Ana Lúcia Schaefer. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Odontologia. IV. Título.

GIANINA SALTON MATTEVI

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO
HOSPITALAR: UMA CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR**

Esta TESE foi julgada adequada para obtenção do título de DOUTOR EM ODONTOLOGIA – ÀREA DE CONCENTRAÇÃO ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA.

Florianópolis, 11 de abril de 2014.

Profa. Dra. Izabel Cristina Santos Almeida
*Coordenador do Programa de Pós-Graduação em
Odontologia*

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri
Orientador - UFSC

Profa. Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa
UFMA

Profa. Dra. Marta Lenise do Prado
UFSC

Profa. Dra. Liliâne Janete Grando
UFSC

Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath
UFSC

Profa. Dra. Maria Inês Meurer
UFSC

Dedico esta Tese aos meus pais e aos meus avós. Que me ensinaram, entre tantos valores, a pensar no próximo e a ter fé.

"Quando se sonha sozinho é apenas um sonho. Quando se sonha juntos é o começo da realidade." (Cervantes)

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses quatro anos, faltariam páginas de tantas pessoas que eu devo agradecimentos.

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela vida, por ser o meu guia e orientador.

À Universidade Federal de Santa Catarina por proporcionar ensino e aprimoramento profissional ao longo desses 6 anos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia que me aceitou como parte do corpo discente desde o mestrado até o doutorado. E à Ana Maria Vieira Frandoloso, sempre muito atenciosa comigo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento de meus estudos durante o curso de Doutorado no Brasil e nos Estados Unidos.

Aos meus pais, Eduardo e Maria Luiza, que me ensinaram os valores essenciais para a minha formação e sempre me deram força e incentivo. Muito escutaram os meus sonhos e devaneios, os quais acreditaram e embarcaram junto comigo. Sou muito grata por tudo, principalmente pelo exemplo de honestidade e bondade.

À Professora Doutora Daniela Lemos Carcereri, por sua dedicação e por acreditar neste trabalho. Pelas reflexões sobre a pesquisa e pelo suporte nas fases finais.

À Professora Doutora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, por ter confiado em mim e acreditado no meu potencial. Pelos ensinamentos da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados e pelos agradáveis momentos de orientação em sua casa.

Ao Professor Doutor Frank Andrew Scannapieco, por ter aceito a minha proposta de estágio de doutorado e por ter me recebido muito bem. Agradeço muito a oportunidade proporcionada e o aprendizado diário que obtive nos seis meses na State University of New York at Buffalo.

À Professora Doutora *Inês Beatriz da Silva Rath*, pela amizade e por ser como uma mãe para mim. Também, a agradeço muito por ter me introduzido no contexto hospitalar no início do mestrado, sendo a responsável pela minha trajetória de pesquisa no tema.

À Professora Doutora *Zuleica Maria Patrício*, por ter me introduzido na metodologia qualitativa e por ter me passado ensinamentos valiosos.

À Professora Doutora *Liliane Grando*, por ter aberto as portas do Ambulatório de Estomatologia. A experiência obtida foi muito importante em diversos sentidos.

Ao Professor Doutor *Luiz Bettinelli*, pela disponibilização de seu conhecimento e pela doação de seu material da Teoria Fundamentada nos Dados.

À querida Professora *Miriam Lago Magro*, por ser minha madrinha e estar sempre por perto mesmo com a distância geográfica existente entre nós.

À Professora Doutora *Vera Lúcia Bosco*, pela amizade, acolhimento e conselhos.

À Doutora *Elaine Haase*, por ter sido amiga, conselheira, generosa, ou seja, uma verdadeira mãe para os "international students". Sempre com muita paciência para compreender o nosso inglês e muito disposta a ajudar.

Aos Professores Doutores, *Luiz Bettinelli*, *Liliane Grando*, *Inês Beatriz da Silva Rath* e *Paulo Sérgio da Silva Santos*, membros da banca de qualificação do projeto desta tese, pelas contribuições valiosas para a realização da mesma.

Aos Professores Doutores membros da banca de defesa, *Francisca Georgina Macedo de Sousa*, *Inês Beatriz da Silva Rath*, *Liliane Grando*, *Maria Inês Meurer*, *Marta Lenise do Prado*, *Paulo Sérgio da Silva Santos*, por aceitarem o convite para avaliar a tese e pelas contribuições advindas de suas expertises.

Aos meus irmãos *Rodrigo* e *Giovana*, agradeço pela compreensão e pelo incentivo ao meu crescimento.

À minha querida amiga e grande companheira em Buffalo, *Paula Villoria*. Sem você a minha estada nos Estados Unidos não teria sido a mesma.

Às amigas Maria Gabriela Perez, Milli Patel, Priyanka Dua, Bhavna Verma, Gianna Rio, Anna Long, Deborah Abreu, Susan, Wendy, que tornaram a minha estada em Buffalo ainda mais especial.

Às queridas amigas Amélia Kanomata de Mesquita, Cristina Montini Bruch, Cristina Lorenzini, Janaina dos Santos, Liana Maffi, Luciane Kaiser Ardenghi, Luciane Tachetto Corrêa, Marta Petrucci Vasconcelos, Milena Radaelli, Viviane Spade, que estiveram sempre por perto me dando apoio e suporte em diversos sentidos. A amizade de vocês foi e sempre será muito importante para mim.

Às primas e amigas-irmãs Luciana Moraes Salton e Estelita de Vasconcellos Salton, que praticamente nasceram junto comigo e sempre estiveram acompanhando a minha trajetória.

Aos meus familiares, em especial meu tio Jorge Alberto Salton, pelas conversas e conselhos.

Aos colegas de doutorado, em especial às amigas Daniela de Rossi Figueiredo e Daniela Garbin Neumann, por tudo o que dividimos ao longo desses 4 anos. Foi muito bom e importante tê-las por perto.

À Anílea, por cuidar de mim quando estou em Passo Fundo. E à Cida, por fazer o mesmo em Florianópolis.

A todos os participantes desta pesquisa, pelo aceite e pela confiança depositada em mim, dividindo as suas reflexões e idealizações. Possibilitando o meu crescimento pessoal e como pesquisadora.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação, pelo conhecimento compartilhado.

À Ana Saccol, pela amizade e trabalho de transcrição.

*Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo
para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de
nascer e tempo de morrer; tempo de plantar, e
tempo de arrancar o que se plantou."*

(Eclesiastes)

RESUMO

A atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar vem ganhando destaque no cenário atual em nível nacional e internacional, representando mais uma possibilidade para o exercício da profissão. Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com o objetivo de construir um modelo teórico, a partir da compreensão dos envolvidos no estudo, capaz de explicar como ocorre a atuação do cirurgião-dentista no hospital. Participaram 27 sujeitos, entre estudantes dos Cursos de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, cirurgiões-dentistas, professores e profissionais da saúde que possuíam interface com a odontologia e que trabalhavam em hospitais de ensino catarinenses há pelo menos 1 ano. Foi utilizado o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados sendo organizados 3 grupos amostrais. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com roteiro de perguntas abertas. O processo referente às etapas de amostragem e saturação teórica, codificação, ordenação e integração foi norteado pela análise comparativa dos dados. A interdisciplinaridade foi utilizada como referencial teórico na análise dos dados e na construção do modelo teórico. Os códigos foram organizados conforme suas propriedades e posteriormente agrupados em 56 subcategorias e 7 categorias, a saber: Resgatando a trajetória profissional; Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente; Refletindo sobre a atuação do cirurgião-dentista no hospital; Iniciando no caminho da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar; Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital; Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino; A educação e a formação para atuação profissional.. Através da inter-relação entre as categorias emergiu a categoria central ou eixo estruturante do modelo teórico que possui a característica de congregar todas as categorias analíticas. A categoria central desta pesquisa corresponde ao fenômeno: "A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar". O modelo teórico possibilitou compreender como ocorre a atuação do cirurgião-dentista e os limites e avanços necessários para sua efetiva inserção no contexto hospitalar. O estudo fundamenta a tese de que a atuação do cirurgião-dentista no hospital se configura como uma construção interdisciplinar. No contexto deste estudo, essa construção se apresentou de forma incipiente e pontual.

Palavras-chave: Equipe Hospitalar de Odontologia; Odontologia em Saúde Pública; Odontologia para Doentes Crônicos; Unidade Hospitalar de Odontologia; Educação em Odontologia.

ABSTRACT

Currently, the dentist's role in hospital contexts is increasingly important both domestically and worldwide, and stands as an additional opportunity for the practice of the profession. The present study adopted a qualitative approach to design a theoretical model based on the understanding the participants have of how a dentist works in a hospital. In total, 27 individuals took part in this study. Participants were enrolled in two residence programs (Multiprofessional Integrated Residence Program of Health and Maxillofacial Surgery and Traumatology), and also included dentists, professors and health professionals who interact with the practice of dentistry and who had been working in teaching hospitals in the State of Santa Catarina, Brazil for at least one year. The methodology used was based on the Grounded Theory. Participants were sorted in three groups. Data were collected through scripted interviews with open-end questions. The stages of collection, theory investigation, codification, ordination and integration of data were guided by data comparison. Interdisciplinarity was used as a theoretical landmark in data analysis and in the construction of the theoretical model. Codes associated with answers were organized according to their contents and grouped in 7 categories and 56 subcategories. The categories were (i) recovering the professional path, (ii) understanding the life and health contexts of patients, (iii) reflecting on the dentist working in hospital, (iv) moving on towards of interdisciplinarity in the hospital environment, (v) considering the political-organizational dimension of the role of the dentist in a hospital, (vi) identifying the hospital as a work and teaching environment, and (vii) education and formation in professional practice. By inter-relating the categories, a central category — or main structuring axis — of the theoretical model that is able to concretize all analytical categories was obtained. The central category in this research is the phenomenon: "The role of dentist in a hospital: a interdisciplinary construction". The theoretical model afforded to understand how the dentist works and the limits and advancements required for the effective insertion of this professional in the hospital context. This study proves the thesis that the practice of the dentist in a hospital is an interdisciplinary construction. In the contexts studied, this construction was shown to be at an incipient and punctual stage.

Key words: Hospital Dental Staff, Public Health Dentistry, Dental Care for Chronically Ill, Hospital Dental Service, Dental Education.

RESUMEN

La participación del odontólogo en el contexto de la práctica hospitalaria ha ganado destaque en el ámbito actual, tanto en nivel nacional como internacional, representando una oportunidad más para ejercer la profesión. Esta investigación tiene un abordaje cualitativo y fue realizada con el objetivo de construir un modelo teórico, mediante la comprensión de los participantes del estudio, y es capaz de explicar como sucede la actuación del profesional odontólogo en el hospital. Participaron 27 personas, entre los cuales se encontraban los estudiantes del Curso Multidisciplinario de Residencia en Salud y Cirugía y Traumatología Buco maxilofacial, odontólogos y profesionales de la salud que interactuaban con la odontología en hospitales de enseñanza catarinenses hace al menos un año. Se utilizó la referencia metodológica de la Teoría Fundamentada en los Datos y fueron organizados tres grupos muestrales. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas con un guion de preguntas abiertas. El proceso relacionado a las etapas de muestreo y saturación teórica, codificación, organización e integración fue guiado por el análisis comparativo de los datos. Se utilizó la interdisciplinariedad como marco teórico en el análisis de los datos y en la construcción del modelo teórico. Se organizaron los códigos llevando en consideración sus propiedades y posteriormente fueron agrupados en 56 subcategorías y 7 categorías, que son: Rescatando la trayectoria profesional; Entendiendo el contexto de vida y salud del paciente; Reflexionando sobre el papel del odontólogo en el hospital; Iniciando en el camino de la interdisciplinariedad en el ambiente hospitalario; Teniendo en cuenta la dimensión político-organizativa del papel del odontólogo en el hospital; Identificando al hospital como un espacio para trabajo y enseñanza; La educación y la formación para la el trabajo profesional. Mediante la inter-relación entre las categorías emergió la categoría central o el eje estructurador del modelo teórico que tiene la característica de congregar todas las categorías analíticas. La categoría central de esta investigación corresponde al fenómeno: “El papel del odontólogo en el hospital: una construcción interdisciplinaria”. El modelo teórico permitió comprender cómo actúa el odontólogo y cuáles son los límites y los avances necesarios para su efectiva integración en el contexto hospitalario. El estudio fundamenta la tesis de que el papel del odontólogo en el hospital se configura como una construcción interdisciplinaria. En el contexto de este estudio, esa construcción se presentó de forma incipiente y puntual.

Palabras clave: Personal de Odontología en Hospital; Odontología en Salud Pública; Atención Dental para Enfermos Crónicos; Servicio Odontológico Hospitalario; Educación en Odontología.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
HE	Hospitais de Ensino
HU	Hospital Universitário
NAPADF	Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais
OH	Odontologia Hospitalar
OPNE	Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPGO	Programa de Pós-Graduação em Odontologia
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RX	Raios X
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Esquema do processo de análise dos dados na TFD	56
Figura 2:	Integração das fases da codificação	57
Figura 3:	Diagrama representativo da integração ensino-serviço	64
Figura 4:	Apresentando o Fenômeno	139
Figura 5:	Estrutura do Modelo Paradigmático	140
Figura 6:	Modelo Teórico	141

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição dos participantes da pesquisa	53
Quadro 2: Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	37
1.1 Apresentando o Texto	37
1.2 Apresentando e Justificando o Tema de Estudo	37
2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	47
2.1 Tipo de Estudo.....	47
2.2 Delimitação do Estudo	48
2.3 Locais da Pesquisa.....	49
2.4 Participantes	50
2.5 Aspectos Éticos	54
2.6 Coleta de dados	54
2.7 Análise dos dados	55
2.8 A Revisão da Literatura e o Referencial Teórico na TFD	63
2.9 Elaboração de Memorandos e Diagramas.....	63
2.10 Ordenação, Integração e Elaboração do Modelo Teórico.....	65
2.11 Validação da Teoria	65
3 INTERDISCIPLINARIDADE: REFERENCIAL TEÓRICO PARA COMPREENDER AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR	67
4 DESCREVENDO OS RESULTADOS	77
Categoria: "Resgatando a trajetória profissional"	77
Categoria: "Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente" .	87
Categoria: "Refletindo sobre a atuação do cirurgião-dentista no hospital"	90
Categoria: "Iniciando no caminho da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar"	100
Categoria: "Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital"	105
Categoria: "Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino"	110
Categoria: "A educação e a formação para atuação profissional"	123
5 APRESENTANDO O FENÔMENO.....	138
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
7 REFERÊNCIAS	185
APÊNDICES	203

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentando o Texto

A atuação do cirurgião-dentista (CD) em hospital é o tema desta tese que está organizada em seis capítulos, a saber:

O **capítulo 1**, conta um pouco da trajetória acadêmica da doutoranda, conceitua a odontologia hospitalar (OH), aborda o panorama da OH no Brasil e no mundo e justifica a escolha do tema;

O **capítulo 2**, mostra o percurso teórico-metodológico desenvolvido para a realização da pesquisa. Onde descreve-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), as etapas da investigação, os participantes, os recursos metodológicos e os aspectos éticos do estudo;

Com a intenção de compreender a atuação do CD no contexto hospitalar e fundamentar a análise e discussão os dados, o referencial teórico da interdisciplinaridade foi estudado e descrito no **capítulo 3**;

A descrição dos resultados detalhando as subcategorias e categorias do estudo e apresentando trechos das entrevistas com os participantes estão no **capítulo 4**. Nesse pode-se conhecer os relatos dos CD e profissionais de outras áreas da saúde a respeito da atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar.

No **capítulo 5**, apresenta-se o fenômeno, o modelo teórico, a compreensão dos dados à luz do referencial teórico e a discussão com a literatura.

Para fechar a tese, o **capítulo 6**, revela as considerações finais do estudo e aponta caminhos para a realização de novas pesquisas sobre o tema.

1.2 Apresentando e Justificando o Tema de Estudo

Iniciei minha trajetória acadêmica em ambiente hospitalar, em 2008, quando ingressei no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGO/UFSC) como mestranda da área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva. A partir desse momento comecei a fazer parte de um projeto de extensão denominado "Atenção Odontológica para Pacientes Internados na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário (HU) da UFSC", do qual participei até dezembro de 2012. Essa vivência em tal cenário de prática juntamente com alunos do curso

de graduação em odontologia, oportunizou diferentes experiências tanto no papel de aluna quanto no de professora. Também me possibilitou manter contato com profissionais de outras áreas da saúde, bem como conhecer a dinâmica do cuidado à saúde em ambiente hospitalar.

Nesse âmbito, desenvolvi minha dissertação de mestrado que consistiu em uma pesquisa qualitativa com o objetivo de analisar as percepções da equipe de saúde e de usuários (pacientes e acompanhantes) quanto à participação do CD na atenção à saúde da criança hospitalizada. A pesquisa evidenciou que os profissionais e usuários percebem a participação efetiva do CD como membro da equipe de saúde, necessária e de fundamental importância na atenção à saúde da criança hospitalizada para a realização da atenção integral (MATTEVI, 2010).

Esta tese surge das inquietações provocadas pela primeira aproximação com o tema no mestrado às quais me motivaram a seguir os meus estudos no Curso de Doutorado, no mesmo Programa de Pós graduação e na mesma área de concentração.

Durante o percurso da pesquisa foi necessário compreender as origens do hospital e sua influência no modelo de atenção à saúde no Brasil e no mundo bem como sobre a inserção da odontologia neste contexto. A revisão detalhada destes tópicos está descrita no projeto de pesquisa que guiou os passos para elaboração deste trabalho (MATTEVI, 2012).

A apresentação do tema do estudo, a seguir, foi descrita a partir da resignificação das informações descritas no projeto de pesquisa.

Tratando-se da prática da odontologia em ambiente hospitalar, Ivy (1952) relata que em 1900 o médico John V. Shoemaker examinou a cavidade bucal dos pacientes do Hospital da Filadélfia, nos Estados Unidos, e constatou que havia a necessidade de cuidados à saúde bucal dos pacientes hospitalizados. A partir desse fato a OH inicia um longo caminho nos Estados Unidos, sendo que, em 1901, o Hospital Geral da Filadélfia organiza o primeiro departamento de odontologia e desenvolve o primeiro programa de Residência (IVY, 1952; WILLIS, 1965; EMPHASIS, 1987).

A OH tem sido entendida como a área de atuação do CD clínico geral ou especialista no contexto hospitalar, provendo atenção odontológica de baixa, média ou alta complexidade a pacientes internados ou não, objetivando contribuir com a cura e melhora da qualidade de vida, independentemente do tipo de moléstia encontrada no usuário (SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012).

O conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, realizadas na lógica de equipe multidisciplinar no contexto hospitalar, de acordo com a missão do mesmo, pode ser definido como OH (SÃO PAULO, 2012).

A prática odontológica no contexto hospitalar está se tornando cada vez mais presente, devido a vários fatores, dentre eles às necessidades sentidas pelos profissionais atuantes em instituições hospitalares, por oferecer saúde integral aos pacientes internados (SOARES JÚNIOR; SANTOS, 2012).

Neste trabalho a OH é estudada pelo olhar da saúde coletiva. Nesta perspectiva o hospital é aqui compreendido como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, não está isolado, como nos primórdios de sua existência até a metade do século XX (COELHO, 2010). Trata-se de um ponto importante da rede de serviços de saúde por oferecer tecnologias duras e sofisticadas, por vezes necessárias nas diferentes linhas de cuidado à saúde do usuário. Segundo as políticas públicas de atenção à saúde bucal, as ações de assistência devem responder a demanda espontânea e programada, organizadamente. As mesmas compreendem as atividades clínicas, extra clínicas, individuais e coletivas, na racionalidade da referência e contrarreferência dentro do sistema de rede organizado em níveis de atenção, que inclui a atenção básica, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os hospitais (BRASIL, 2006a).

Esses níveis de atenção diferenciam-se pelas composições tecnológicas conforme sua densidade, seu custo e sua viabilidade para resolução de diferentes problemas de saúde, de acordo com as necessidades da população. A atenção à saúde é tudo o que envolve o cuidado com a saúde das pessoas, abrangendo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Este cuidado está ordenado da seguinte forma: a atenção básica à saúde - é o primeiro nível de atenção, compreende um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, também é o ponto de contato preferencial da população com o SUS e seu primeiro contato, utiliza tecnologia de baixa densidade (BRASIL, 2006b).

A média complexidade - representa o segundo nível, é composta por ações e serviços que objetivam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica requer disponibilidade de recursos humanos especializados e o uso de tecnologias de apoio diagnóstico e terapêutico. E por fim, o terceiro nível, representado pela alta complexidade - é o serviço que necessita de alta tecnologia e alto custo e tem como finalidade oferecer à população

acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2009).

Conforme Godoi *et al.* (2009), mesmo procedimentos simples realizados pelos CD são de difícil acesso para o paciente institucionalizado, em decorrência de seu estado de saúde, debilitado, muitas vezes não estão em condições de buscar serviços fora do ambiente hospitalar para receber assistência necessária.

Como exemplo disso, pode-se citar a necessidade da atenção odontológica na Rede de Atenção à Saúde (RAS) de portadores de insuficiência renal crônica que estão se submetendo à hemodiálise, a qual facilitaria um monitoramento de rotina da saúde bucal desses pacientes. Devido ao tratamento recebido, muitos se sentem frágeis fisicamente com dificuldade de locomoção para buscar atendimento odontológico em uma unidade de saúde. Cabe ressaltar que, para esses pacientes, é imprescindível a adequação do meio bucal nos momentos pré e pós-operatório (SOUZA *et al.*, 2011).

No Brasil, as ações e serviços de saúde estão organizados tendo como perspectiva uma rede de atenção. A RAS é formada por pontos de atenção à saúde, são eles: os domicílios, as unidades básicas de saúde, ambulatorios especializados e os hospitais. Esses pontos representam espaços onde se oferecem determinados serviços de saúde, por meio de uma produção particular, diferenciam-se entre eles pela densidade tecnológica (BRASIL, 2010a). Assim, pensa-se no hospital como um dos vários pontos da RAS (bucal) no SUS.

Pode-se pensar também nos hospitais como uma microrrede que contempla distintos pontos de atenção à saúde, tais como: ambulatório de pronto atendimento, unidade de cirurgia ambulatorial, centro cirúrgico, maternidade, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entre outros (BRASIL, 2010a).

Um dos fatores que tem contribuído para o avanço da OH no Brasil é o movimento político protagonizado pela categoria odontológica. Atualmente tramita na Coordenação Legislativa do Senado o Projeto de Lei 2776/2008, o qual já foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal cujo objetivo é inserir o CD em hospitais. O projeto de lei obriga a presença dos mesmos em UTI, clínicas, hospitais públicos e privados para que os pacientes internados recebam a atenção odontológica e integral. Dessa forma contribui com a melhora do quadro de saúde do paciente internado (COSTA, 2008).

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI e

dá outras providências. Na seção IV (Acesso a Recursos Assistenciais) do Capítulo II, mostra as disposições comuns a todas UTI, em seu artigo 18 diz que deve ser garantido, por meios próprios ou terceirizados, o serviço de assistência odontológica à beira do leito. Na Seção V onde aborda processos de trabalho, no artigo 23, afirma que a assistência odontológica deve estar integrada às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multidisciplinar (BRASIL, 2010b).

A Portaria Nº 1032, de 05 de Maio de 2010 do Ministério da Saúde, inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Consiste, dessa forma, em procedimentos odontológicos que podem ser realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a intervenção odontológica em clínica convencional (BRASIL, 2010c).

Em 2011, com o intuito de unir como apenso ao Projeto de Lei 2776/2008 foi formulado o Projeto de Lei 363 que estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais da odontologia nas unidades hospitalares e dá outras providências. Este defende a obrigatoriedade de CD em UTI e nas demais unidades. O projeto defende que a presença desses profissionais pode salvar vidas, já que a sua atuação evita a proliferação de bactérias que podem levar à morte (DIB, 2011).

No mês de fevereiro de 2012, o estado de São Paulo lançou o programa Sorria Mais São Paulo, com o intuito de integrar o CD nas equipes multidisciplinares de hospitais de toda a rede estadual. O objetivo é garantir a manutenção da saúde bucal dos pacientes internados e dos portadores de doenças crônicas. A proposta é ampliar o atendimento odontológico aos hospitais gerais da Secretaria da Saúde, que geralmente possuem apenas o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) (GESP, 2012).

A saúde bucal está recebendo maior destaque na área da saúde, pois pesquisas estão indicando que esta é requisito importante para manter e prover a saúde e a qualidade de vida dos pacientes. Os estudos, também, têm contribuído para o avanço da OH no cenário nacional e internacional destacando as relações entre saúde bucal e saúde geral. Pesquisas como as de Andriankaja *et al.* (2006); Panagakos e Scannapieco (2011); Berkey e Scannapieco (2013) revelam que o

comprometimento das condições de saúde bucal pode levar a ocorrência de doenças sistêmicas.

De acordo com Panagakos e Scannapieco (2011), as bactérias encontradas na cavidade bucal e a inflamação podem teoricamente influenciar a saúde sistêmica por meio de quatro possíveis caminhos: bacteremia, desencadeamento de uma resposta autoimune, disseminação sistêmica da produção local de mediadores inflamatórios, ingestão ou aspiração de conteúdos bucais. Os autores indicaram a possibilidade de que bactérias da cavidade bucal e a inflamação periodontal podem influenciar a iniciação e a progressão de uma série de processos de doenças sistêmicas. A placa dental leva à inflamação periodontal, sendo a gengivite a manifestação inicial deste processo. Através de uma adequada intervenção, essa situação pode ser revertida e o periodonto retornar ao estado saudável. Em casos em que a periodontite não é tratada por muitos anos é possível que ocorra uma contribuição para desencadear doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral, doenças respiratórias e desfechos adversos na gravidez.

O estudo de Andriankaja *et al.* (2006) encontrou consistente associação entre doença periodontal e infarto do miocárdio nas diferentes medidas da doença periodontal, utilizadas na pesquisa. Condições causadas por infecção e inflamação crônica, tais como a doença periodontal, estão relacionadas com a etiologia de inúmeras doenças sistêmicas. Algumas bactérias presentes na cavidade bucal podem causar infecções em órgãos distantes, como por exemplo, no coração (endocardite) e no pulmão (pneumonia ou abscesso pulmonar) (BERKEY; SCANNAPIECO, 2013).

Também há pesquisas que identificam a presença de patógenos cariogênicos e periodontais e higiene bucal deficiente como possíveis fatores de risco para a pneumonia nosocomial. Portanto, a cavidade bucal pode servir como um depósito para patógenos respiratórios e, intervenções para a recuperação e manutenção da saúde bucal podem reduzir a incidência ou a progressão da pneumonia adquirida em pacientes hospitalizados (MOJON, 2002; TENG *et al.*, 2002; AZARPAZHOOH; LEAKE, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A placa dental inicial realiza uma série de combinações químicas durante o metabolismo normal. Esses produtos são solúveis e penetram na camada superficial do epitélio sulcular. Essas substâncias produzem uma variedade de mediadores biologicamente ativos, os quais influenciam em inúmeros processos celulares. Isso inclui o recrutamento e quimiotaxia de neutrófilos para os sítios, com o aumento da permeabilidade dos vasos do tecido gengival, que resulta em um

extravasamento de proteínas do plasma providas do vaso sanguíneo para o tecido. Esse processo inflamatório na gengiva permite o deslocamento das bactérias para a corrente sanguínea (PANAGAKOS; SCANNAPIECO, 2011).

Scannapieco e Panesar (2008) apontam a conexão entre doença renal crônica e doença periodontal, assim como entre doença renal crônica e arteriosclerose e periodontite e arterioesclerose. O estudo de Fisher *et al.* (2008) mostra que adultos edêntulos são mais suscetíveis a ter doença renal crônica. E aqueles com um nível elevado de resposta imunológica a um dos principais patógenos periodontal (*A. actinomycetemcomitans*) são menos suscetíveis a ter doença renal crônica, depois de controlar outros fatores de risco.

Pesquisas evidenciam a relação de sinergismo entre doenças da cavidade bucal e comprometimentos sistêmicos. De Riso *et al.* (1996); Morais *et al.* (2006); Paju e Scannapieco (2007); Santos *et al.* (2008) abordam que, em nível hospitalar, a atenção à saúde bucal colabora para a prevenção de doenças sistêmicas, reduzindo os casos de infecções respiratórias, utilização de antibióticos e consequente mortalidade, resultando em uma queda nos custos dos serviços e diminuição do período de internação.

No entendimento de Santos (2011), as especialidades médicas que mais necessitam e solicitam os serviços da odontologia são: oncologia, hematologia, cardiologia, terapia intensiva, endocrinologia, transplantes de órgãos e tecidos, neurologia, reumatologia, infectologia e nefrologia.

A instituição de práticas de cuidado à saúde bucal na rotina hospitalar promove a redução da placa dentária e, conseqüentemente, o risco de infecções originárias da microflora bucal (MEDEIROS JR *et al.*, 2005). Em pacientes vulneráveis, o tratamento periodontal, associado a uma melhora da qualidade da higiene bucal, mostra-se eficaz para a prevenção de infecções respiratórias graves, pela redução de micro-organismos patogênicos na cavidade bucal (SCANNAPIECO; ROSSA JÚNIOR, 2004; RAGHAVENDRAN; MYLOTTE; SCANNAPIECO, 2007; PAJU; SCANNAPIECO, 2007).

Dados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - SB Brasil 2010, em relação às condições periodontais, revelam que problemas periodontais aumentam com a idade. Os resultados indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. Cálculo e sangramento apresentaram-se mais frequentes na idade

de 12 anos e entre os adolescentes (BRASIL, 2012). As manifestações mais agressivas da doença periodontal aparecem de forma mais expressiva nos adultos, de 35 a 44 anos, com uma prevalência de 19,4%. Em termos populacionais, os idosos apresentam a doença de modo menos significativo, devido ao menor número de dentes presentes (BRASIL, 2012).

Watt e Petersen (2012) apontam, em nível mundial, a existência de uma significativa proporção da população afetada pela doença periodontal, principalmente a de baixa renda. As desigualdades da saúde periodontal mostram padrões de doenças crônicas que dividem determinantes em comum. Autores evidenciam que a periodontite é uma condição crônica que comumente afeta os adultos (THOMSON; SHEIHAM; SPENCER, 2012).

Peres *et al.* (2012) indicam que apesar de haver um aumento da procura, das classes mais favorecidas, pelos serviços de saúde do SUS, a população de baixa renda ainda prevalece com a maior proporção de usuários.

De acordo com a literatura mencionada, acredita-se que o diagnóstico e o tratamento adequados de um problema de saúde bucal sejam importantes para tratar a saúde de forma integral. Dessa maneira, as equipes de saúde dos hospitais devem prestar atenção nas condições oral-sistêmica. O que vem a confirmar a importância da formação de equipes interdisciplinares para prover assistência aos pacientes internados sob regime de longa permanência (BERKEY; SCANNAPIECO, 2013).

Constam nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade como diretrizes para a adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção à saúde bucal vigente no país. Nesse sentido, os serviços públicos de saúde devem seguir a lógica de trabalho em equipe, de maneira a expandir o conhecimento dos profissionais, aumentando o espectro da visão sob o usuário, levando em conta o contexto sócio-econômico-cultural no qual cada indivíduo está inserido (BRASIL, 2004).

Faccin, Sebold e Carcereri (2010) indicam que deve haver um envolvimento de todas as áreas profissionais que compõem a equipe de saúde, tendo em vista que é fundamental a compreensão de que o processo saúde-doença tem origem e influência de diversas dimensões, indissociáveis à noção de qualidade de vida. Partindo-se dessa visão, amplia-se o modo de abordar o tema da atenção à saúde bucal.

Suslik e Peres (2012); Soares Junior e Santos (2012), consideram importante ressaltar que para atuar em ambiente hospitalar não é estritamente necessário possuir as especialidades de CTBMF e/ou Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), porém deve-se ter conhecimento e preparo para atuar neste contexto. Além de procedimentos cirúrgicos, outros específicos da odontologia, como identificação de focos de infecção e suas remoções, procedimentos de emergência, diagnóstico e tratamento de lesões bucais associadas às doenças sistêmicas, prevenção e reabilitação oral, devem ser realizados em âmbito hospitalar buscando o tratamento integral do paciente internado (GODOI *et al.*, 2009; SANTOS, 2011; SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012).

Outro fator a ser destacado é a inclusão dos hospitais como campo de estágio a graduandos de Odontologia. Embora conste nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Odontologia que a formação do CD deva incluir a vivência nos três níveis de atenção à saúde e em equipes multidisciplinares, atualmente a atuação do CD em hospitais, em sua maioria, ocorre de maneira isolada e sem padronização (SOARES JÚNIOR; SANTOS, 2012). Isso mostra a deficiência do aprendizado, para tal atuação, desde a graduação.

De acordo com as DCN, estudos indicam que para o ensino da odontologia deve haver diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, pois é preciso sair das práticas profissionalizantes realizadas em clínicas de ensino de especialidades para as práticas em clínicas integradas e atividades extramuros com graus crescentes de complexidade. Apontam, também, para a importância de que os profissionais, enquanto alunos, familiarizem-se com os vários espaços de prestação de serviços. Desde o início da formação acadêmica, deve-se contemplar a interação ativa do aluno com a população e profissionais da saúde, atuando em problemas reais, assumindo responsabilidades de acordo com a evolução do curso (MORITA; KRIGER, 2004; LIMA, 2005; MORITA; HADDAD, 2008; COSTA; ARAÚJO, 2011).

No âmbito da Pós-Graduação o país também enfrenta dificuldades, sendo que atualmente, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) não reconhece nenhum curso com a finalidade de preparar o CD para atuar em âmbito hospitalar, exceto o Curso de Residência em CTBMF.

O levantamento bibliográfico e documental sobre esse tema realizado para o embasamento desta pesquisa (MATTEVI, 2012) evidenciou que a atuação do CD no contexto hospitalar, no Brasil,

quando existente, estava mormente voltada para atender situações de trauma ou evento cirúrgico, sob sedação ou anestesia geral (GODOI *et al.*, 2009; SOARES JÚNIOR; SANTOS, 2012; SUSLIK; PERES, 2012). Foram encontrados dois estudos que tratam da percepção de usuários (LIMA *et al.*, 2011) e de usuários e equipe de saúde (MATTEVI *et al.*, 2011) sobre a atuação do CD em hospitais.

Considerando esta lacuna na literatura que não registra, até o presente momento, estudos sobre a compreensão da atuação do CD em hospitais, é relevante estudar o panorama brasileiro, pois há evidência da necessidade de realização de estudos que se dediquem a responder a pergunta: **Como ocorre a atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar?**

A constatação da carência de estudos relacionados à temática, o percurso acadêmico da pesquisadora, a possibilidade de aprofundar o estudo na mesma linha de pesquisa iniciada e o contexto atual que aponta o movimento crescente da OH no Brasil, foram fatores que influenciaram na escolha do objeto desta pesquisa, a atuação do CD no contexto hospitalar, na perspectiva da saúde coletiva.

O estudo é original e inédito e **se propõe a construir um modelo teórico, a partir da compreensão dos envolvidos, sobre a atuação do CD no contexto hospitalar. A compreensão deste fenômeno pode possibilitar o aprimoramento da atenção à saúde bucal das pessoas internadas e as potencialidades do ambiente hospitalar enquanto campo de trabalho e cenário de prática para a formação do CD.**

- **Objetivo da pesquisa:** Compreender a atuação do CD no contexto hospitalar.

2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudo

Este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, cuja a intenção é trabalhar com os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. No sentido de "interpretar tanto as interpretações práticas quanto as interpretações das práticas" (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 197). A busca do significado dos fenômenos é o interesse da pesquisa qualitativa, pois possui papel organizador para os indivíduos, ou seja, sua representatividade molda a vida das pessoas (TURATO, 2005).

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a pesquisa qualitativa pode ter como objeto de estudo a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também pode buscar saber sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interações entre grupos.

A pesquisa qualitativa preocupa-se em descrever os fenômenos, por meio da pergunta "O que está acontecendo aqui?" Tal descrição deve ser detalhada para contribuir com a compreensão e análise da realidade estudada, demonstrando a riqueza do que está acontecendo e enfatizando a forma como envolve as intenções e estratégias dos sujeitos participantes. Através dessa descrição pode-se fornecer uma explicação do que está acontecendo (GIBBS, 2009).

Para o cumprimento do objetivo deste estudo, a TFD foi o método eleito para guiar a coleta e a análise dos dados para compreensão da atuação do CD no contexto hospitalar.

A TFD é a teoria que emerge a partir dos dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. A coleta de dados, análise e elaboração da teoria possuem relações estreitas entre si (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A função da teoria é interpretar ou explicar e prever o fenômeno. Também serve para organizar fatos e conhecimentos, interpretar e entender eventos e guiar a ação em relação ao fenômeno (CHENITZ; SWANSON, 1986).

De acordo com Mello (2005) a construção de uma TFD se origina a partir de um fenômeno de pesquisa. A missão do pesquisador é compreender o que está acontecendo e como os participantes percebem e expressam seus papéis dentro daquele contexto.

Na TFD, a base da teoria é constituída por dados e a análise dos mesmos gera os conceitos construídos pelos pesquisadores (CHARMAZ, 2009).

Os métodos da teoria fundamentada favorecem a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e a exploração das ideias sobre os dados por meio de uma redação analítica já na fase inicial. Ao adotar os métodos da teoria fundamentada, você poderá conduzir, controlar e organizar a sua coleta de dados e, além disso, construir uma análise original dos seus dados (CHARMAZ, 2009, p. 15).

A TFD pode ser caracterizada por congrega movimentos analíticos indutivos, ou seja, aqueles que se referem a ações que guiam a descoberta de hipóteses - do particular para o universal, e dedutivos, quando do desenho de implicações originadas a partir da hipótese - do geral para o particular (STRAUSS, 1987).

2.2 Delimitação do Estudo

A pesquisa desenvolveu-se com profissionais que atuam em hospitais de ensino (HE), pois teve por objetivo compreender a atuação do CD na perspectiva do ensino e do serviço.

Para ser considerado HE a instituição deve estar de acordo com os requisitos estabelecidos pela Portaria Interministerial Nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, entre eles: abrigar formalmente alunos de pelo menos um curso de medicina e também programas de Residência médica, garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e residentes, dispor de instalações adequadas ao ensino, dispor de projeto institucional próprio ou da Instituição de Ensino Superior à qual o hospital for vinculado para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias, bem como, dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao SUS. No momento em que puderem receber tal certificação as unidades hospitalares estarão cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2007).

2.3 Locais da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nos municípios de Florianópolis e Joinville, em Santa Catarina, por conveniência e pela localização geográfica. Nestes municípios existem cinco HE, porém há CD atuando em apenas 3 dessas instituições.

Serão descritos abaixo os 3 HE incluídos nessa pesquisa. Os hospitais foram nomeados como Hospital 1, Hospital 2 e Hospital 3.

Hospital 1: Localiza-se em Florianópolis e presta assistência somente pelo SUS nos três níveis de complexidade. O atendimento prioritário de ambulatório estrutura-se em quatro áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e as unidades de neonatologia. É referência para o estado em patologias complexas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte em várias especialidades. Conta com 186 leitos e classifica-se como hospital geral e de ensino, pois é campo de Residência e estágio para alunos de graduação e pós-graduação de cursos da área da saúde e serviço social da UFSC e de outras Universidades da rede privada do estado de Santa Catarina. Essa instituição possui CD no quadro de funcionários e o curso de graduação em odontologia da UFSC possui disciplinas que o utilizam como cenário de prática, são elas: Patologia Bucal, Estomatologia e Estágio Supervisionado Interdisciplinar. Os ambulatórios de CTBMF e Estomatologia existem há mais de 18 anos. Iniciaram como projeto de extensão universitária e atualmente servem de local de estágio profissional para alunos do Curso de Graduação em Odontologia da 9ª fase. Durante anos os professores e alunos atuaram como voluntários, dessa forma houve consolidação dos projetos e amadurecimento das metodologias de trabalho, permitindo o aumento gradativo do interesse por parte dos alunos. Atualmente, a atuação destes ambulatórios serve de referência para o estado de Santa Catarina. Essa parceria foi reforçada a partir da reforma curricular iniciada em 2007. No âmbito da Pós-Graduação, recebe alunos da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (incluindo a odontologia) e específica - CTBMF. Alunos de mestrado e doutorado do PPGO/UFSC realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Hospital 2: Situado em Florianópolis e possui 135 leitos. Está dividido nas seguintes unidades de internação: Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Ortopedia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal. Apresenta-se como hospital de referência estadual para as patologias de média e alta complexidade.

Caracteriza-se como de gestão estadual, hospital geral e de ensino. Oferece curso de Residência em CTBMF, aceitando três residentes por ano, e medicina em diversas especialidades. Possui equipe de odontologia onde conta com o CTBMF, Odontopediatra, Clínico Geral e Técnico em Higiene Dental. É espaço de estágios, onde recebem profissionais voluntários (atualmente há um especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e Ortodontia) e alunos das Residências Integrada Multiprofissional em Saúde e saúde da família. Recebe pacientes e alunos do Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais (NAPADF) e Ambulatório de Estomatologia, ambos da UFSC.

A equipe de odontologia dessa instituição foi contemplada com bolsas para realização de dois projetos: oncologia pediátrica e distração osteogênica. Através desses projetos obtiveram materiais de consumo, instrumentos cirúrgicos, equipamentos, equipo portátil, livros e periódicos para atualização e desenvolvimento de pesquisas. Há a disponibilidade de três ambulatórios para a odontologia e realizam procedimentos sob sedação com óxido nitroso.

O clínico geral atua com os pacientes internados na UTI, pacientes especiais e em conjunto com a CTBMF. Os dois odontopediatras, membros da equipe, atuam no leito e ambulatórios.

Hospital 3: Está localizado no município de Joinville e conta com 279 leitos. É um hospital geral, de gestão municipal e presta assistência somente pelo SUS. É uma entidade Pública Estadual, sem fins lucrativos, prestadora de serviços de média e alta complexidade. Realiza em torno de 8000 atendimentos/mês. Oferece atendimento Médico/Hospitalar especializado a toda comunidade de Joinville e região, e tem como referência as especialidades de: Cardiologia/Cirurgias Cardíacas, Vascular/Endovascular, Pneumologia/Infectologia, Cirurgia Bariátrica, Psiquiatria. Esse hospital é conveniado à prefeitura, dessa forma os CD que atuam na rede podem utilizar o centro cirúrgico para realizar os procedimentos odontológicos em sessão única. Também conta com a CTBMF para assistir a população. Essa instituição oferece o Programa de Residência Médica em diversas especialidades.

2.4 Participantes

Participaram da pesquisa profissionais que atuam nos três HE selecionados. Na TFD não há predefinição do número de participantes da pesquisa, a quantidade não possui importância prioritária e nem é necessário fazer cálculos amostrais. Neste método, o processo

denomina-se Amostragem Teórica, a qual se desenvolve no decorrer da pesquisa. A coleta de dados fundamenta-se em comparações constantes entre os dados, com a intenção de procurar locais, pessoas ou fatos que elevem ao máximo as oportunidades de desvendar diferenças entre os conceitos e de tornar a análise mais densa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Amostragem Teórica é guiada também, pela sensibilidade teórica do pesquisador, visto que quanto maior a sensibilidade em relação aos conceitos emergentes, maior a possibilidade de que o mesmo visualize os indicadores desses conceitos nos dados. O aumento da sensibilidade ocorre durante o processo de pesquisa, permitindo ao pesquisador enxergar os conceitos faltantes e onde encontrá-los (STRAUSS; CORBIN, 2008). Outro aspecto importante, considerando a sensibilidade teórica, é a personalidade do pesquisador, a sua habilidade em ter *insights* e conseguir colocá-los em prática (GLASER; STRAUSS, 1967; GLASER; HOLTON, 2004).

Na TFD a coleta de dados é feita por grupos amostrais. Assim, o primeiro grupo amostral foi intencionalmente selecionado e composto por alunos residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e da Residência em CTBMF e por CD que trabalham em HE em Florianópolis e Joinville, Santa Catarina, somando doze profissionais.

A coleta e as análises de dados, feitas simultaneamente, nortearam a quantidade de participantes em cada grupo e a necessidade da inclusão de novos grupos de sujeitos para a elaboração da teoria.

Após o processo de análise do primeiro grupo amostral, percebeu-se a necessidade de compreender a OH enquanto cenário de prática para a formação do CD. Para tanto, foi composto o segundo grupo amostral com professores que atuam no contexto hospitalar. Este segundo grupo amostral foi formado por 10 CD docentes do curso de graduação em odontologia que exercem atividades de docência em HE.

Após a coleta e análise concomitante dos dados dos primeiro e segundo grupos amostrais, emergiu fortemente a categoria analítica da Interdisciplinaridade, como referencial teórico para sustentar o modelo sobre a atuação do CD em ambiente hospitalar. Portanto, foi necessário compreender também a concepção de outros profissionais da saúde que atuam nessas instituições. Assim, o terceiro grupo amostral foi composto por 5 profissionais da saúde que possuem interface com a odontologia no contexto hospitalar, médicos, enfermeiras e nutricionista.

Os critérios de inclusão dos participantes desta pesquisa foram:

- Possuir algum tipo de vínculo com a instituição;
- Trabalhar na instituição há pelo menos um ano.

Ao total, a soma do conjunto de participantes foi de vinte e sete pessoas, dessas dezesseis são do sexo feminino. Para garantir o sigilo de identificação dos participantes, atribuiu-se nomes de flores aos mesmos. Segue no quadro abaixo (Quadro1) breve descrição dos participantes da pesquisa.

Quadro 1: Descrição dos participantes da pesquisa

	Participantes	Profissão	Área de atuação	Idade	Sexo	Tempo de experiência em Hospital (anos)	Tempo de formado (anos)	Vínculo com o hospital
1	Alecrim	CD	CTBMF	43	M	26	17	Concursado Chefe do serviço
2	Jasmim	CD	Odontopediatria/O PNE	53	F	27	31	Concursada
3	Orquídea	CD	Clínica geral	24	F	1,6	2	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
4	Açucena	CD	Dentística	50	F	28	29	Concursada
5	Dália	CD	Odontopediatria	34	F	3	10	Concursada
6	Angélica	CD	CTBMF	26	F	3	4	Residência em CTBMF
7	Delfim	CD	CTBMF	25	M	5	2,8	Residência em CTBMF
8	Crisântemo	CD	CTBMF	24	M	3	2,5	Residência em CTBMF
9	Camélia	CD	Implantodontia/ Protésista/Clínico Geral	50	M	20	27	Concursado da prefeitura
10	Íris	CD	Odontopediatria	39	F	6	17	Concursado da prefeitura
11	Hortênsia	CD	OPNE	45	M	10	22	Concursado da prefeitura
12	Gerânio	CD	CTBMF/Implantod ontia/Estomatologi a	49	M	15	25	Concursado
13	Girassol	Professor	Endodontia/CTBM F	55	M	25	32	Projeto de extensão
14	Cravo	Professor	Odontopediatria/ OPNE	51	M	20	27	Projeto de extensão
15	Flor de Lótus	Professora	Odontopediatria	59	F	15	30	Projeto de extensão
16	Petúnia	Professora	Odontopediatria	60	F	16	37	Projeto de extensão
17	Flor-de- porcelana	Professora	CTBMF	41	F	16	17	Projeto de extensão
18	Gérbera	Professor	Estomatologia	32	M	10	10	Projeto de extensão/Disciplina de patologia geral
19	Gardênia	Professor	Patologia Bucal	34	M	5	9	Projeto de extensão
20	Begônia	Professora	Patologia Bucal	39	F	4	15	Projeto de extensão
21	Azálea	Professora	Estomatologia e Odontopediatria	45	F	16	25	Projeto de extensão/ Disciplina de graduação/Residência
22	Alfazema	Professora	Radiologia e Estomatologia	43	F	13	20	Projeto de extensão/ Disciplina de patologia geral /Residência
23	Rosa	Enfermeira	Saúde da Família e mestranda em Ciências da Informação	35	F	12	12	Efetiva/concursada
24	Lírio	Médico	Cirurgião de Cabeça e Pescoço	36	M	12	12	Efetivo/concursado
25	Lisianto	Médica	Hematologia	48	F	22	22	Efetivo/concursado
26	Tulipa	Nutricionista	Nutrição clínica e Administração hospitalar	49	F	20	26	Efetivo/concursado
27	Margarida	Enfermeira	Administração Hospitalar	45	F	20	21	Efetivo/concursado

2.5 Aspectos Éticos

Após essa pesquisa ser submetida à banca de qualificação em junho de 2012, foi encaminhada para o Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da UFSC. A mesma foi considerada aprovada para a realização, através do parecer de Nº 37814/2012 (Anexo1).

A abordagem de cada participante foi realizada individualmente pela pesquisadora principal, que expôs os objetivos e a metodologia a ser desenvolvida. Os sujeitos que aceitaram participar, foram solicitados a manifestarem a sua concordância mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A). Seguindo os princípios éticos, conforme a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), respeitando-se a vontade dos mesmos em participar ou desistir a qualquer momento.

2.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita seguindo um roteiro de perguntas abertas, por meio de entrevistas individuais. As questões do primeiro e segundo grupo (Apêndice B) (1. Fale um pouco da sua trajetória profissional?; 2. Como obteve sua formação para atuar em hospital?; 3. Quais as atividades que você desempenha aqui no hospital?; 4. O que significa para você atuar como cirurgião-dentista em ambiente hospitalar?) diferenciaram-se no terceiro grupo (Apêndice C) (1. Qual a sua percepção sobre o trabalho do cirurgião-dentista no contexto hospitalar?; 2. Como você percebe a relação das outras áreas da saúde com a odontologia no contexto hospitalar?). Foram feitas alterações conforme a necessidade derivada das análises dos dados.

O objeto da abordagem qualitativa é o nível mais profundo, o qual está em constante interação com os significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que é manifestada através da linguagem comum e na vida cotidiana. Dessa forma, a fala é a ferramenta que mostra condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e também transmite, através de um representante (o entrevistado), expressões de certos grupos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO; SANCHES, 1993).

O processo da coleta de dados referente ao primeiro e segundo grupos amostrais iniciou-se em agosto de 2012, estendendo-se até novembro do mesmo ano. As entrevistas do terceiro grupo foram realizadas no mês de novembro de 2013. Essa pausa entre os grupos justifica-se pelo fato de que a pesquisadora principal ausentou-se do

país, em janeiro de 2013, para estágio de doutorado na State University of New York at Buffalo (Apêndice D) (Anexo 2), retornando em julho de 2013.

Os participantes decidiram hora e local mais adequados para a realização das entrevistas. Sempre se procurou um lugar tranquilo, agradável, com pouco ruído e com a menor possibilidade de interrupções. A entrevista mais curta durou 30 minutos e a mais longa demorou 2h30min.

As entrevistas foram gravadas, com auxílio de um gravador digital. Logo após a entrevista foi feita a transcrição da mesma e a análise dos dados, e assim sucessivamente. A coleta e análise de dados se desenvolvem de forma simultânea, sendo a análise o guia para a coleta de dados (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A coleta dos dados foi interrompida quando houve a saturação das categorias. Para Glaser e Holton (2004), a saturação teórica é um critério para perceber que o número de participantes está suficiente. Isso ocorre quando nenhum dado novo ou relevante surge ou traz propriedades novas para as categorias teóricas centrais, proporcionando cada vez menos conhecimento, as informações se esgotam, chegam à exaustão, tornando a aquisição de informações redundantes (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Além disso, Strauss e Corbin (2008) apontam que se pode considerar uma categoria saturada quando não se observa novas propriedades, dimensões, condições, ações/interações ou consequências nos dados, ou seja, quando não há algo que possa acrescentar-se aos mesmos.

As propriedades são características ou atributos referentes a uma categoria, delineando a definição e o significado à categoria. As dimensões representam a localização de uma propriedade, gerando especificação à categoria e variação à teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). A coleta de dados se estendeu até o momento em que se desenvolveram as categorias em termos de propriedades e dimensões e as variações e relações entre as categorias foram bem estabelecidas e validadas (CHARMAZ, 2009).

2.7 Análise dos dados

O método da Análise Comparativa permite a geração da teoria através da codificação sistemática e explícita dos dados e procedimentos analíticos (GLASER; HOLTON, 2004), pois é fundamental para identificar categorias e desenvolvê-las (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A figura, a seguir, apresenta esquematicamente as ações necessárias para realização da análise de dados, segundo a TFD.

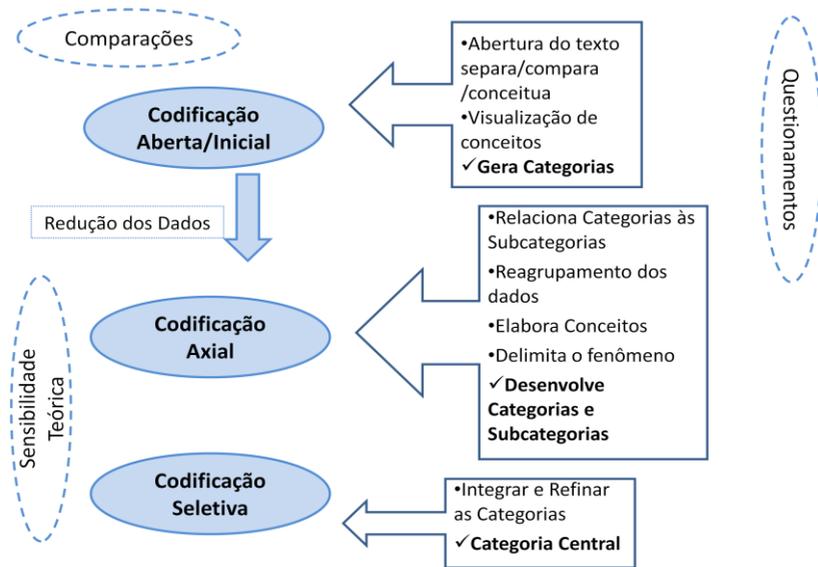


Figura 1: Esquema do processo de análise dos dados na TFD. Fonte: Adaptado de Sousa (2008).

Primeiramente foi feita a comparação incidente por incidente, procurando as similaridades e diferenças entre as propriedades para fazer a classificação. Em seguida, foi realizada a comparação teórica, momento em que se comparou as categorias na busca de conceitos similares ou diferentes para revelar propriedades e dimensões. Comparou-se dados com dados, enunciados e incidentes dentro de uma mesma entrevista e entre entrevistas diferentes, para localizar as similaridades e divergências.

A constante comparação de incidentes começa a gerar categorias e suas propriedades. Leva o pesquisador a pensar em termos de gama completa de tipos, abrangência, dimensões, as condições onde são produzidas, principais consequências, relações com outras categorias e propriedades (GLASER; STRAUSS, 1967).

A análise dos dados foi iniciada pela codificação. Essa fase está integrada, ocorrendo evoluções e retorno entre codificação inicial ou aberta, axial e seletiva (Figura 2). Segundo Charmaz, (2009, p.69),

"codificar significa nomear segmentos de dados com uma classificação que, simultaneamente, categoriza, resume e representa cada parte dos dados."

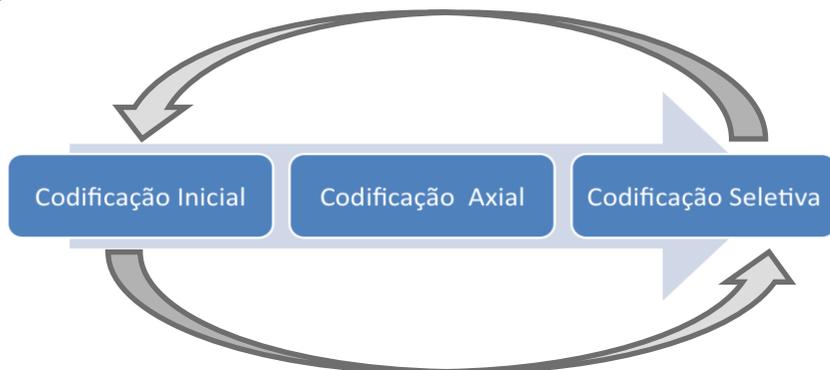


Figura 2: Integração das fases da codificação. Fonte: Strauss e Corbin (2008).

Glaser (2005) afirma que o objetivo do pesquisador que segue a abordagem da TFD é desenvolver um repertório com o maior número de códigos possíveis. Quanto maior a quantidade de códigos o pesquisador conseguir, maior será a variabilidade de códigos emergentes e que podem servir a teoria. Isso ajuda na habilidade de gerar a teoria e manter o nível conceitual. A soma de todos os códigos gerados nessa pesquisa foi seis mil e sessenta e dois.

Através da codificação foi se definindo o arcabouço analítico, partindo daí a construção da análise. Os códigos apresentam-se em conjunto, como constituintes da teoria que está se compondo, que esclarece esses dados e guia a nova coleta de dados. Por meio da realização cautelosa da codificação, inicia-se a formar dois dos principais eixos da teoria fundamentada: os enunciados teóricos passíveis de generalização que transcendem épocas e lugares específicos e as análises contextuais das ações e dos eventos (CHARMAZ, 2009).

De acordo com Charmaz (2009), a codificação é compreendida por duas fases principais nesta ordem: fase inicial que envolve a denominação de cada palavra, linha ou segmento de dado; fase focalizada e seletiva que utiliza os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes quantidades de dados. Os códigos emergem através da análise minuciosa dos dados e da definição dos significados dentro dos mesmos.

Na codificação inicial deve-se permanecer aberto à exploração de todas as possibilidades teóricas possíveis de se reconhecer nos dados. Os códigos iniciais são provisórios, pois se deve manter aberto a outras possibilidades analíticas, também são comparativos e fundamentados nos dados. Essa fase ajuda a perceber as lacunas nos primeiros passos da pesquisa, permitindo identificar as fontes dos dados necessários e buscá-los (CHARMAZ, 2009).

Pode-se realizar a codificação inicial palavra por palavra, que força o pesquisador a acompanhar as imagens e os significados ao mesmo tempo em que permite observar a estrutura e o fluxo das palavras. Outra forma de realizar essa etapa é executar a codificação linha a linha, através dela pode surgir ideias que podem não ter chamado atenção na leitura dos dados para uma análise geral e também auxilia a decidir qual o tipo de dado deve ser coletado a seguir. A codificação incidente por incidente, é feita por meio de comparação de incidente com incidente, conforme as ideias vão se formando, compara-se os incidentes com a conceitualização dos incidentes codificados anteriormente (CHARMAZ, 2009). A codificação inicial, nesta pesquisa, foi realizada utilizando as três formas de codificação mencionadas. Nos primeiros momentos das análises utilizou-se a codificação palavra por palavra e linha a linha, por conseguinte incidente por incidente e assim ocorreu sem regra ordenaria durante a análise.

Para esta pesquisa, os códigos foram organizados por ordem numérica para facilitar a identificação por entrevista, código e página (SOUSA, 2008). Sendo assim, quando colocou-se: **1.687.47** trata-se da entrevista de número 1, do código 687 que está localizado na quadragésima sétima página.

As entrevistas transcritas foram analisadas frase por frase e em alguns casos palavra por palavra. Ao longo da leitura do texto, constantemente formulou-se perguntas, tais como: este dado refere-se a este estudo? O que este incidente indica? O que está acontecendo? O que o participante quis dizer?

Essas questões mantêm o pesquisador sensível teoricamente e com a habilidade de transcender quando estão analisando, coletando e codificando os dados. As mesmas forçam a focar a um estabelecimento de padrões e elevar a conceitos as experiências contadas pelos participantes (GLASER, 1978).

De acordo com Glaser (1978) há dois tipos de códigos, os substantivos e os teóricos. O primeiro conceitua a essência empírica da área da pesquisa. O segundo conceitua como os códigos substantivos

podem se relacionar uns com os outros como hipóteses para estar integrados em uma teoria.

Após a codificação inicial, momento em que se faz a abertura do texto para a visualização de conceitos, agrupou-se os mesmos em categorias de acordo com as propriedades e dimensões. Conforme Strauss e Corbin (2008, p.114) as categorias são conceitos, derivados dos dados, que representam os fenômenos. Os fenômenos emergem dos dados e respondem à pergunta "O que está acontecendo aqui?" Para nomear uma categoria, escolhe-se o descritor mais coerente para o que está acontecendo. As categorias são especificadas pelas subcategorias, as quais mostram informações sobre quando, onde, por que e como um fenômeno tende a ocorrer (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A codificação focalizada é o segundo momento principal da codificação, onde se inicia a integração teórica. Utiliza os códigos anteriores mais significativos e/ou frequentes para analisar detalhadamente grandes montantes de dados (CHARMAZ, 2009).

Outra etapa da codificação é a axial, a qual relaciona as categorias às subcategorias, especifica as propriedades e dimensões de uma categoria, e reuni os dados separados na fase da codificação inicial com a intenção de gerar consistência à análise emergente (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Nesse momento que se inicia o processo de reagrupamento dos dados para formar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Strauss e Corbin (2008) sugerem a obtenção de um esquema que classifique e organize as conexões emergentes, pois as associações entre categorias podem ser muito sutis e implícitas. Os autores nomeiam esse esquema de paradigma e o consideram como uma perspectiva em relação aos dados, a qual reúne e ordena os dados sistematicamente, de maneira que estrutura e processo sejam associados. O modelo paradigmático cria ligação entre as categorias por meios dos seus componentes básicos, são eles: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias de ação/interação e consequência. O uso desse modelo permitirá uma visão sistemática sobre os dados, e também, relacioná-los de maneira complexa (STRAUSS; CORBIN, 1990).

O fenômeno representa um conjunto de fatos ou ações/interações provenientes das pessoas, como reação a realidade nas quais se encontram. O termo responde à pergunta: O que está acontecendo aqui? Na codificação, as categorias representam fenômenos. Contexto é onde o fenômeno ocorre, é o local dos eventos ou incidentes pertencentes ao mesmo. Representa o conjunto de condições que as pessoas respondem

por meio de estratégias de ações/interações para gerenciar, manusear, realizar, e responder um fenômeno específico. A condição é um conjunto de fatos ou acontecimentos que designa situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno. As condições causais são os fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos, ou seja, são as situações que influenciam o fenômeno. Respondem às perguntas: Por quê? Onde? De que forma? As condições intervenientes modificam o impacto das condições causais nos fenômenos, facilitando, dificultando ou restringindo as estratégias. As estratégias são as ações organizadas praticadas para solucionar um problema e moldar os fenômenos. Responde às perguntas: Quem? Como? Consequências são respostas a uma questão ou problema para administrar ou manter determinada situação. Delinear as consequências e explicar como as mesmas alteram a situação e influenciam o fenômeno, garantem explicações mais precisas (STRAUSS; CORBIN, 1990, 2008).

Em seguida, foi realizada a codificação seletiva, que Strauss e Corbin (2008) definem como o processo de integrar e refinar categorias. Para Glaser e Holton (2004), é o momento de cessar a codificação para delimitar somente àqueles eventos significativos para formar a teoria. Segundo os autores, a codificação seletiva inicia-se somente depois que se descobre a categoria central. Nessa pesquisa, realizaram-se ajustes, elaboração, eliminação e integração de propriedades. Concomitantemente, fez-se o processo de redução em decorrência da uniformidade entre algumas categorias. Da mesma forma fez-se entre as subcategorias.

Convém destacar que todo o processo de codificação foi organizado em quadros conforme as pesquisas de Mello (2005) e Sousa (2008). Os códigos foram agrupados por números, os quais representam a subcategoria (Quadro 2).

Por fim, a codificação teórica é um estágio mais elaborado de codificação. Os códigos teóricos especificam as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas na codificação focalizada. Eles integram e fornecem um contorno aos códigos focais, podendo auxiliar a contar uma história analítica e coesa. Esses códigos além de conceituar a maneira como os códigos estão relacionados, eles também alteram a história analítica para uma orientação teórica (CHARMAZ, 2009).

Os códigos teóricos conceituam como os códigos substantivos podem se relacionar uns com os outros, como hipóteses para serem integradas à teoria. Fornecem um escopo integrativo, amplitude e nova perspectiva. Os mesmos ajudam o pesquisador a manter a escrita em

nível conceitual sobre os conceitos e suas inter-relações (GLASER; HOLTON, 2004).

Glaser (2005) diferencia que os códigos substantivos são as propriedades da teoria que emergem do fenômeno que está sendo pesquisado. São utilizados para construir a teoria conceitual. Já os códigos teóricos implicitamente conceituam como os códigos substantivos se relacionarão entre eles como um modelo, um conjunto multivariado e inter-relacionado de hipóteses, considerado para resolver o interesse principal. Esses geram o modelo para a teoria e emergem durante a codificação, escrita e classificação dos memorandos.

A emergência dos códigos teóricos acontece a todo momento, podendo ser de forma gradativa. Os mesmos são somente a abstração do modelo de integração das categorias substantivas. A liberdade de emergência dos códigos teóricos é muito importante para a contribuição e originalidade da teoria. Para que o pesquisador consiga chegar a esse nível de abstração é necessário sensibilidade, manter-se aberto e remover ideias pré concebidas (GLASER, 2005).

Dessa forma, os dados foram selecionados conforme foram emergindo e foram sendo considerados necessários para a integração das subcategorias e categorias e, por conseguinte, para a elaboração da teoria.

A integração dos dados é um processo contínuo, ocorre em todas as fases da análise, é a interação entre o pesquisador e os dados. Para a realização dessa interação, levam-se em conta alguns fatores como: personalidade do pesquisador, evolução do pensamento de acordo com o tempo, através do aprofundamento nos dados e os registros cumulativos em memorandos e diagramas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A categoria central é o início da integração, pois mostra o tema principal da pesquisa que congrega todos os resultados da análise sintetizados em poucas palavras. É um conceito maior no qual todas as categorias geradas podem ser agrupadas (STRAUSS; CORBIN, 2008). A categoria central é o eixo estruturante do modelo teórico e possui a característica de agrupar todas as categorias analíticas. Provém da inter-relação entre as categorias geradas pelos dados (GLASER; HOLTON, 2004; MELLO; ERDMANN, 2007).

Entre outras características, de acordo com Glaser e Holton (2004), para uma categoria ser considerada central, é necessário: aparecer com frequência nos dados; ser vista como padrão estável e cada vez mais estar relacionada, significativamente e facilmente, às outras categorias; é clara e compreende os resultados de uma teoria.

Quadro 2: Exemplo do processo de codificação do conteúdo das entrevistas

Orquídea - Grupo1 - E3	
Texto da Entrevista	Códigos
<p>Fale um pouco da sua trajetória profissional. Bom, sou formada recentemente. Eu fiz vestibular 2006, passei de primeira e já em 2006 eu entrei no segundo semestre, me formei em 2010.2 aqui na UFSC mesmo, durante também – você quer que eu fale um pouco do acadêmico, como é que foi?</p> <p>Pode falar, até o que te motivou a fazer odontologia. Pode falar tudo o que quiseres. É na verdade a motivação é que eu sempre gostei, sempre gostei de dentista, do ambiente, minha mãe me levava na odontopediatra e eu sempre gostava, então a minha ideia era fazer odonto. No começo da faculdade a gente até fica meio perdido, porque o que a gente tem noção é muito pouco ainda mais que eu não tenho nenhum dentista na minha família, então assim, próximo né porque distante tem um monte. Então eu não tinha essa experiência, para mim o mundo de dentista me interessava, mas não o que eu soubesse o que é uma Periodontia antes de entrar na faculdade eu não sabia nada, depois fui aprender ao longo da faculdade.</p>	<p>3.1.1.contando que é formada recentemente 3.2.1.lembrando que passou no primeiro vestibular 3.3.1.contando que fez a faculdade na UFSC 3.4.1.questionando se deve falar da trajetória acadêmica 3.5.1.falando sobre a motivação para cursar a odontologia 3.6.1. explicando que sempre gostou de dentista e do ambiente 3.7.1.lembrando que sua mãe sempre a levava no odontopediatra 3.8.1.evidenciando que sempre gostava de ir ao odontopediatra 3.9.1.explicando o porquê escolheu a odontologia 3.10.1.recordando que no começo da faculdade se sentia perdida 3.11.1.justificando que no começo do curso não se tem noção do que é a odontologia 3.12.1.evidenciando não tem CD na família o que dificulta o conhecimento da odontologia antes de ingressar no curso 3.13.1.justificando que não tinha conhecimento nenhum sobre a odontologia antes de ingressar no curso 3.14.1.explicando que possuía interesse pelo mundo dos CD, mas não entendia as divisões de áreas e suas nomenclaturas 3.15.1.concluindo que não sabia nada antes de entrar na faculdade</p>

2.8 A Revisão da Literatura e o Referencial Teórico na TFD

Nesse estudo realizou-se a revisão da literatura durante todas as etapas para auxiliar na identificação dos objetivos, delinear o estudo e compreender melhor o tema. Optou-se por iniciar a coleta de dados sem um referencial teórico inicial, de acordo com os autores clássicos Glaser e Strauss (1967). Dessa forma, conforme os dados foram emergindo buscou-se na literatura os referenciais pertinentes para auxiliar na elaboração das hipóteses, delimitação de propriedades das categorias e na definição dos códigos teóricos. Assim que, neste estudo, o referencial teórico da interdisciplinaridade foi aquele utilizado nas etapas de análise dos dados e construção do modelo teórico, o qual está descrito detalhadamente no próximo capítulo.

Charmaz (2009) aponta que a revisão da literatura estimula a esclarecer as ideias do pesquisador, a realizar comparações, instigar o leitor a iniciar uma discussão teórica e mostrar de que maneira o trabalho se configura ou amplia as informações utilizadas.

O referencial teórico fornece sustentação à teoria fundamentada, podendo refinar, ampliar, contestar ou extrapolar os conceitos existentes. Dessa forma, utiliza-se com a finalidade de: explicar a lógica e a orientação conceitual da teoria emergente; dedicar-se às ideias principais; mostrar os trabalhos anteriores; localizar a teoria emergente em relação às outras teorias; esclarecer conceitos (CHARMAZ, 2009).

2.9 Elaboração de Memorandos e Diagramas

Os memorando e diagramas desenvolvidos nesta pesquisa, foram construídos baseados nos modelos exemplificados na tese de Mello (2005). A seguir diagrama representando a integração ensino-serviço (Figura3):

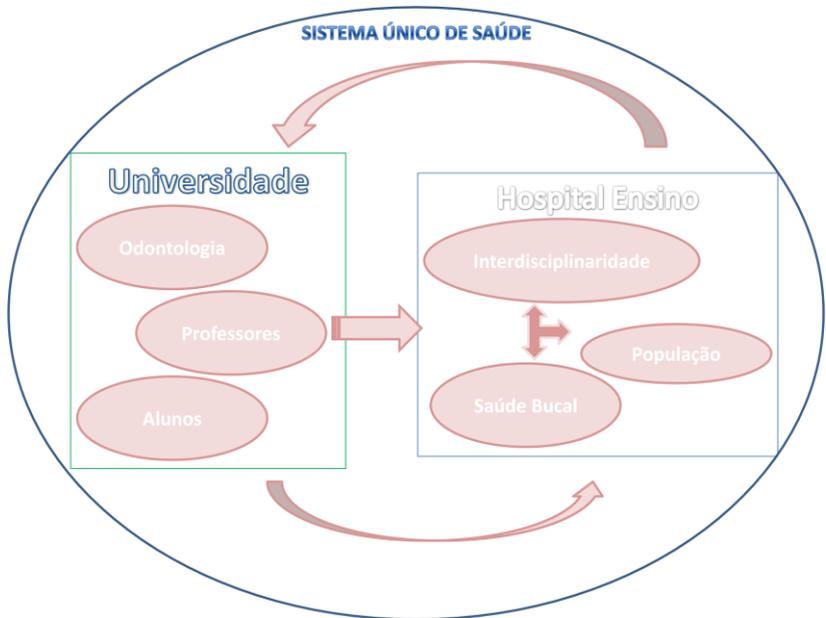


Figura 3: Diagrama representativo da integração ensino-serviço

A formulação do memorando é a fase intercessora essencial entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa. "Segundo Charmaz (2009, p.106), os memorandos projetam, registram e detalham a principal fase analítica de nossa jornada" São redigidos sem formalidades para uso pessoal, podendo ser livres e fluidos (CHARMAZ, 2009).

Os memorandos auxiliam o pesquisador a elevar os dados para o nível conceitual e desenvolver as propriedades de cada categoria, as quais passam a ser definidas operacionalmente (GLASER; HOLTON, 2004).

Strauss e Corbin (2008) consideram os diagramas como memorandos visuais. Representam as relações entre conceitos. Tanto os memorandos como os diagramas são formas importantes de manter registros da análise. Ambos auxiliaram a pesquisadora a ganhar distância analítica dos materiais.

2.10 Ordenação, Integração e Elaboração do Modelo Teórico

A integração consiste na classificação das categorias e propriedades das mesmas por similaridades, conexão e ordenações conceituais. A classificação teórica das ideias para integração força o pesquisador a permanecer em nível conceitual, pois tenta constantemente relacionar categorias conceituais e propriedades entre as mesmas. A classificação força o analista a permanecer pensando em termos de codificação teórica como integrador de conceitos dentro da teoria (GLASER, 1978). A integração das categorias cresce gradativamente, tornando-se mais densa, ao longo do processo da pesquisa (STRAUSS, 1987).

No momento em que se atingiu a saturação teórica das categorias, prosseguiu-se com a ordenação e integração dos memorandos e diagramas. Por conseguinte, a elaboração do modelo teórico e validação.

Conforme Charmaz (2009), para realizar a união das partes deve-se estudar os memorandos e diagramas, então reuni-los em um primeiro esboço que os integre e evidencie as relações existentes entre eles. Reelaborar o esboço por várias vezes faz parte do processo, esses momentos permitirão a percepção de afirmações vagas e frases confusas e, a partir disso consegue-se elaborar afirmações mais vigorosas e convincentes.

A redação de um enredo, o uso do diagrama e a revisão e organização de memorandos, são algumas técnicas utilizadas para auxiliar a identificação da categoria central e a integração de conceitos. Alcançado o esquema teórico o próximo passo é refinar a teoria, a qual consiste retomar o esquema verificando a consistência interna e falhas na lógica, removendo os excessos e complementando algumas categorias mal desenvolvidas, através de amostragem teórica adicional, e enfim validar o esquema (CHARMAZ, 2009).

2.11 Validação da Teoria

A validação mostra uma interpretação abstrata dos dados brutos, pode ser feita por meio de comparação do esquema com os dados brutos. Outra forma é contar a história real aos sujeitos da pesquisa ou os mesmos podem fazer a leitura e depois comentarem como ela parece se ajustar a seus casos (STRAUS; CORBIN, 2008). A validação do modelo teórico desta pesquisa foi feita por três participantes, sendo um representante de cada grupo amostral. Os mesmos tiveram acesso às categorias e subcategorias, à estrutura do modelo paradigmático e a

figura do modelo teórico e puderam realizar suas considerações. O modelo final após a validação e a reavaliação das pesquisadoras está na página 142 do capítulo 5.

3 INTERDISCIPLINARIDADE: REFERENCIAL TEÓRICO PARA COMPREENDER AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR

A interdisciplinaridade resgata o pensamento de um saber unitário presente na história do pensamento. Segundo Japiassu (1976, p.45), "O mito para o homem pré-histórico, a ideia de cosmos no mundo grego e a aceitação de um Deus criador e protetor do cosmos na Idade Média sempre sustentaram a unidade do saber e garantiram a integridade do horizonte epistemológico".

Os sofistas gregos criaram a "cultura geral" e possuíam um programa de ensino nominado *enkúklios paidéia*. Esse tinha por objetivo o saber da totalidade, ou seja, um conhecimento do que há de universal e de total no ser. O *enkúklios paidéia* não era apenas um saber enciclopédico e uma simples justaposição de conhecimentos. Almejava, portanto, a formação e o desabrochamento da personalidade integral (JAPIASSU, 1976).

O saber unitário inicia um processo de desintegração crescente com a chegada da idade moderna. As mudanças iniciam-se com a Renascença, da Reforma e das Grandes Descobertas. Assim, o ser humano inicia a entender que está inserido em um universo indefinidamente ampliado. Abrindo espaço para um novo modelo de saber, cujo pressuposto é fragmentar o conhecimento para poder compreendê-lo de forma mais profunda e especializada. Surge então a divisão do saber e a criação da disciplina. A mesma surgiu com a construção das universidades modernas no século XIX e o seu desenvolvimento deu-se através do impulso dado à pesquisa científica no século XX (MORIN, 2003).

Vasconcelos (2007, p.64) define campo disciplinar como:

delimitação feita por disciplinas científicas e profissões respectivas, como dispositivos histórico-institucionais de saber-poder que reivindicam competência sobre um determinado campo de fenômenos, constituindo-os como seus objetos, bem como um processo de relação com objetos diferenciados com características fenomenais próprias, gerando um quadro conceitual e formas interventivas próprios.

Para Japiassu (1976) a disciplina tem o mesmo sentido que ciência. Já a disciplinaridade constitui foco científico especializado de conhecimento preciso, o qual consiste em exploração constante que resulta em novos conhecimentos.

Na visão de Fourez (1995) a disciplina é definida por uma organização mental. De acordo com a filosofia da ciência é considerada um paradigma, ou seja, um arcabouço de ideias, que serve para atribuir valores ao universo, o que permite um modo de interação com o mesmo. Cada disciplina surge como uma nova forma de compreender o mundo, a qual está organizada de acordo com as circunstâncias culturais, econômicas e sociais de um determinado período.

De acordo com Morin (2003), a disciplina nasce de uma história que está inscrita na história da universidade e da sociedade, entende-se que as disciplinas nascem da sociologia das ciências e da sociologia do conhecimento. Consequentemente, a disciplina provém de vários conhecimentos e reflexões internas e externas sobre si mesma. Uma disciplina deve ser ao mesmo tempo aberta e fechada. Deve-se contextualizá-la, suas condições culturais e sociais (MORIN, 2003).

A disciplina designa a divisão e a especialização do trabalho. Cada qual possui linguagem, técnicas e teorias próprias o que gera a autonomia e estabelece naturalmente a delimitação de fronteiras. Dessa forma, há o risco de hiperespecialização do pesquisador, a qual negligencia os objetos estudados por outras disciplinas, considerando-se autossuficiente e desconectando-se das ligações e solidariedades do universo do qual faz parte. Portanto, traz o isolamento da disciplina e a mentalidade de proprietário que proíbe qualquer invasão em sua parcela de saber (MORIN, 2003). O autor critica a hiperespecialização mencionando que a mesma fragmenta o tecido complexo das realidades e realiza corte arbitrário das mesmas. Impedindo de enxergar o global e de contextualizar o problema no planetário (MORIN, 2006).

Surge, dessa forma, a primeira exigência interdisciplinar, uma forma de suprir a necessidade de preenchimento das lacunas herdadas do saber pulverizado disseminado pelo modelo disciplinar (JAPIASSU, 1976).

Este movimento interdisciplinar surge dentro e fora das universidades, em tentativas de trabalho coletivo e complementar. Inicialmente emergiram pequenos grupos espontâneos, posteriormente ocorre a organização em academias, locais de comunicação entre pessoas envolvidas na pesquisa e na superação do isolamento.

Um dos defensores deste movimento interdisciplinar é Edgar Morin através da disseminação do pensamento complexo.

Morin (2006) trata a complexidade como um tecido, ou seja, o que é tecido junto, com componentes heterogêneos inerentemente associados, apontando o paradoxo do uno e do múltiplo. Também indica que é o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que fazem parte do cotidiano. A complexidade se mostra através da inquietude, do inextricável, da desordem, da ambiguidade, da incerteza. Portanto, o conhecimento precisa ordenar os fenômenos, rebater a desordem, afastar o incerto, ou seja, classificar os elementos da ordem e da certeza, clarificar, hierarquizar.

O pensamento complexo também é animado por uma tensão permanente entre aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor, e o reconhecimento do inacabado e da incompletude de qualquer conhecimento (MORIN, 2006, p.7).

Refletindo sobre a reforma do pensamento, Morin (2003), afirma que há a necessidade de um pensamento que: compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes; reconheça e examine os fenômenos multidimensionais ao invés de separar; reconheça e trate as realidades que são concomitantemente solidárias e conflituosas; e respeite as diferenças.

É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une. É preciso substituir um pensamento disjuntivo e redutor por um pensamento do complexo, no sentido originário do termo *complexus*: o que é tecido junto (MORIN, 2003, p. 89).

Morin (2003) menciona sete princípios complementares e independentes para proporcionar a reforma do pensamento. O primeiro é o princípio *sistêmico ou organizacional* que segue pelo raciocínio de conexão das partes a um todo para a libertação do conhecimento fragmentado. O segundo, *holográfico*, evidencia que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. O autor utiliza como exemplo a célula, a qual é uma parte de um todo e a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual. O princípio do *circuito retroativo*, o terceiro, é a ruptura da causalidade linear. Considerando que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a

causa. O quarto é o princípio do *circuito recursivo*, considerado como um gerador em que os produtos e os efeitos são produtores daquilo que os produz. Como na interação indivíduo-sociedade-indivíduo. No quinto princípio, *autonomia/dependência*, analisa os seres vivos como auto-organizadores em constante autoprodução. Necessitando retirar energia para realizar tal organização, portanto sua autonomia é inseparável dessa dependência. O princípio *dialógico* idealiza uma dialógica ordem/desordem/organização desde o nascimento do universo. Onde diversas formas entre a ordem, a desordem e a organização por meio de inter-retroações, está continuamente em ação nos meios físico, biológico e humano. O último princípio é o da *reintrodução do conhecimento em todo conhecimento*, o qual atua na restauração do sujeito e mostra o problema cognitivo central: todo o conhecimento é uma reconstrução feita por uma mente, em uma cultura e época determinadas.

Morin (2003) aponta uma maneira de pensar que não isola, porém une, solidariza e forma conjuntos. É capaz de favorecer o senso da responsabilidade e cidadania, a ética da união e responsabilidade entre os humanos. O autor ainda evidencia que a reforma de pensamento obteria efeitos existenciais, éticos e cívicos.

Seguindo com essa linha de reflexão entende-se que o pensamento complexo e a interdisciplinaridade surgem com o intuito de reformar o conhecimento pulverizado.

Os termos multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade são polissêmicos e imprecisos, motivos pelos quais Morin (2003) os considera difíceis de definir. Segundo o autor, multidisciplinaridade é uma associação de disciplinas devido a um projeto ou um objeto em comum. Podendo as mesmas resolver algum problema como técnicos especializados ou estarem em completa interação para conceber o projeto ou objeto.

De acordo com Japiassu (1976) a multidisciplinaridade é a simples justaposição de várias disciplinas, sem desenvolver um trabalho de equipe coordenado, sem uma combinação anterior sobre o que será realizado. Não havendo modificação ou enriquecimento das disciplinas contribuintes. Assim, nada mais é que uma gama de disciplinas trabalhando simultaneamente, porém sem fazer aparecer as relações que poderiam existir entre elas.

No nível multidisciplinar para obter o desfecho de um caso, apenas ocorrem trocas de informações por meio de empréstimos de duas ou mais especialidades. Dessa maneira, não há um enriquecimento mútuo entre as disciplinas (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

A pluridisciplinaridade, na visão de Japiassu (1976), representa a justaposição de diversas disciplinas alocadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de maneira que apareçam as relações existentes entre elas.

A pluri ou multidisciplinaridade, as quais representam a justaposição de diferentes áreas ou a incorporação de conteúdos em uma mesma disciplina, poderiam ser consideradas como os passos para alcançar a interdisciplinaridade. Essa diferencia-se pela mudança de atitude, pela transformação da fragmentação para a união e pelo estabelecimento da intersubjetividade, buscando laços de reciprocidade, mutualidade e interação. Dessa forma, baseia-se em um sistema de copropriedade, onde permitirá o diálogo entre os envolvidos (FAZENDA, 1994).

O conceito de interdisciplinaridade refere-se à necessidade de buscar várias perspectivas para a resolução de problemas complexos. Por meio da união de diferentes áreas do saber espera-se a construção de uma nova representação do problema. Podendo obter uma visão absoluta, mais objetiva e universal, nesse caso ampliará a capacidade de análise de inúmeros aspectos do problema (FOUREZ, 1995).

Para Demo (1999), a interdisciplinaridade pode ser definida como o aprofundamento com visão de abrangência, ou seja, a ótica especializada sendo ao mesmo tempo generalista, para compreender, simultaneamente, a particularidade e a complexidade da realidade. É exercitada em grupo, reúne qualitativamente as especialidades, e busca ver a necessidade de outros conhecimentos, principalmente daqueles que não possuem aprofundamento excessivo. De acordo com este autor, não é qualquer grupo que pode se dizer que é interdisciplinar, devendo para isso ser composto de especialidades distintas, ou de campos opostos, não importando o número de pessoas no grupo e sim a sua formação diversificada.

Interdisciplinaridade, conforme Morin (2003), pode significar diferentes disciplinas em volta da mesma mesa discutindo suas particularidades. Porém, pode significar troca e cooperação, o que a torna mais orgânica.

A interdisciplinaridade é o espaço onde se produz estratégias para não cair na segmentação do conhecimento e momento onde se expõe a vontade por um saber unificado (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Fazenda (1994) observa que o termo interdisciplinaridade não possui sentido único e estável. Aponta que há diversas terminologias,

mas seu princípio é a intensidade das trocas entre os especialistas e pela conexão das disciplinas em um mesmo projeto de pesquisa.

Atitude interdisciplinar é entendida por Fazenda (1994) como:

uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo - ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo - atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de desafio - desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho - atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida.

Em uma primeira aproximação, a interdisciplinaridade, decorre-se por níveis sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes antes de alcançar a interdisciplinaridade propriamente dita. A mesma caracteriza-se por colaboração entre as distintas disciplinas, gerando interações, ou seja, reciprocidade de maneira que esse processo resulte em enriquecimento de cada disciplina (JAPIASSU, 1976).

Pode-se dizer que há um empreendimento interdisciplinar no momento em que incorpora-se os resultados de várias especialidades. Utilizam-se os conhecimentos de vários ramos, fazendo-os convergir e interagir depois de terem sido comparados e julgados para obter um fim (JAPIASSU, 1976).

Quanto ao termo "interdisciplinar", devemos reconhecer que não possui ainda um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma (MORIN, 2006, p.72).

Na visão de Japiassu (1976) a interdisciplinaridade possui hierarquia, coordenação e noção de finalidade. Diferencia-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas. Já a transdisciplinaridade é a coordenação de todas

as disciplinas e interdisciplinas que possui hierarquia, sistema de níveis e objetivos múltiplos, visando uma finalidade coletiva.

Segundo, Fazenda (1994), a transdisciplinaridade seria o topo das relações iniciadas nos níveis multi, pluri e interdisciplinares. Porém considera uma utopia, pois apresenta a incoerência da imposição de autoridade na própria ideia de transcendência, a qual negaria a possibilidade do diálogo, condição obrigatória para exercer a interdisciplinaridade.

Morin (2003, p.115) aponta que a transdisciplinaridade "trata-se de esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, as vezes com tal virulência, que as deixam em transe".

Cabe observar que a diferenciação entre os termos é caracterizada pela intensidade de troca entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento e pelo nível de integração real das áreas. O conhecimento interdisciplinar transcende o monólogo de especialista (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Japiassu (1976) menciona modalidades de interdisciplinaridade. Uma nomeada de interdisciplinaridade linear ou cruzada, onde há uma troca de informações, porém sem reciprocidade. A permuta de informações entre as disciplinas ocorre a título de disciplinas auxiliares, estabelecendo uma situação de dependência ou subordinação. A outra é a interdisciplinaridade estrutural, onde as disciplinas estão interagindo em um mesmo nível de igualdade, as trocas são recíprocas e o enriquecimento é mútuo. Entre as mesmas há conceitos e métodos em comum resultando em fecundação recíproca. Dessa, geralmente, origina uma nova disciplina.

Para Japiassu (1976) a interdisciplinaridade não é apenas um conceito teórico, mas uma imposição prática. O mesmo cita a prática individual e a coletiva. Na primeira aponta que é essencial uma atitude de espírito, construída de curiosidade, abertura, de anseio de aprender novos enfoques, de aspiração por combinações de perspectivas e de convicção conduzindo a vontade de superar o ultrapassado. Considerando a prática individual, a interdisciplinaridade é resultado de um treinamento contínuo, de um apuramento mental. A segunda modalidade é a interdisciplinaridade como prática coletiva. Em pesquisas, segundo o autor, não pode haver confronto sólido entre as disciplinas sem que haja representantes altamente qualificados. Há a necessidade de abertura ao diálogo, da capacidade de perceber o que é necessário e aceitar que podem receber dos outros. Segundo Japiassu (1976, p.82) "Só se adquire essa atitude de abertura no decorrer do trabalho em equipe interdisciplinar".

Existe um caminho gradual do multidisciplinar para o pluridisciplinar ao interdisciplinar. Para o entendimento desse caminho Japiassu (1976, p.85) listou as etapas abaixo:

- 1- pesquisas independentes empreendidas numa situação de proximidade física;
- 2- permutas ocasionais de informações sobre um problema de ordem geral;
- 3- colaborações não estruturadas, no interior de um problema de ordem geral;
- 4- divisão do problema-comum em subpesquisas, entre as quais se repartem os especialistas de diferentes disciplinas;
- 5- integração meramente formal das disciplinas, permanecendo estas na realidade separadas umas das outras;
- 6- objetivo comum a uma equipe de trabalho, atacado por enfoques distintos, segundo pontos de vista diferentes;
- 7- fusão da pesquisa, em que os especialistas não se identificam mais com suas disciplinas de origem.

Há obstáculos que impedem a concretização do trabalho interdisciplinar. Como os psicológicos e sociológicos: competição, dificuldades de organização, as quais impedem a colocação em comum das informações. Existe, também, os obstáculos linguísticos, os quais provém das diferentes formações dos pesquisadores (JAPIASSU, 1976).

Na maioria das universidades o ensino está fragmentado, ou seja, guiado em um modelo de repartição do saber que cria estabelecimentos de ensino. Sua estrutura e funcionamento estão baseados em compartimentos isolados e agrupamentos de disciplinas específicas, como também na formação profissional (JAPIASSU, 1976).

Japiassu (1976) evidencia a importância do interdisciplinar como um fator transformador da universidade, pois questiona continuamente os conhecimentos adquiridos e métodos praticados. Dessa forma, a interdisciplinaridade estabelece uma nova relação educador-educando.

Ao longo dos anos a ciência sofreu mutações em relação às suas origens. Deixou de lado as questões do cotidiano que criaram a física, a medicina e a informática para tratar de que há apenas uma ciência universal. Passou-se a pensar que tudo depende de raciocínios que podem ser os mesmos em qualquer parte do mundo. E a se considerar que o discurso científico segue um modo de pensar destacado de qualquer época. Ao misturar diferentes áreas do conhecimento consegue-se um enfoque particularmente próprio de certos problemas cotidianos. Porém, isso não quer dizer que se originou outra ciência,

mas sim uma nova maneira de enxergar, um novo paradigma (FOUREZ, 1995).

A mudança de paradigmas na saúde traria resultados na prática de uma equipe. Tal como uma divisão de trabalho mais harmônica, descentralizada da figura do médico como o principal elemento da equipe. Poderia se atribuir uma maior importância aos tratamentos, à educação e à promoção dos valores da vida (FOUREZ, 1995).

A interdisciplinaridade almeja a mudança de uma compreensão fragmentada do conhecimento científico por uma unificada. No contexto da saúde como integridade e integralidade não há como se pensar em fragmentação da saúde física, mental e social. No entanto, sugere-se entender a saúde na interface das diferentes disciplinas (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Fourez (1995) mostra uma perspectiva da interdisciplinaridade em que é vista como uma negociação entre diversas visões, para assim decidir qual é a abordagem mais adequada. De acordo com o autor, fica evidente que não se pode mais utilizar critérios externos e puramente "racionalis" na escolha das disciplinas que interagirão. Há a necessidade de admitir confrontos de distintos pontos de vista e tomar uma decisão que não se originará de conhecimentos, mas de risco assumido, por uma alternativa ética e política.

Existem temas complexos que não podem ser abordados de forma fragmentada. A obtenção do êxito está na dependência da reunião de pessoas dispostas e capazes de dialogar, competentes em suas áreas e abertas a compreender o assunto em pauta para realizar contribuição efetiva. Dessa forma, poderão discutir conceitos, triangulação metodológica e análise dos resultados, e também, o conteúdo social e ético da produção científica (MINAYO, 1994).

A interdisciplinaridade se realiza na medida em que os conhecimentos específicos se mantêm. Sendo assim, as disciplinas e as especialidades são o combustível da interdisciplinaridade. Quando não há essa conformação corre-se o risco de mimetização entre as áreas de conhecimento. Em decorrência da articulação das diferentes especializações que se originará um novo saber (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

De acordo com Pombo (2005), a interdisciplinaridade só ocorre quando existe a capacidade de partilhar o pequeno domínio do saber, coragem para deixar o conforto da linguagem técnica e partir em busca de novos conhecimentos que não possuem proprietários. A autora afirma que a interdisciplinaridade não é uma forma de anular o poder

que todo o saber carrega, mas é uma forma de desejar partilhar o poder que se possui.

4 DESCRREVENDO OS RESULTADOS

Os momentos de interação com os sujeitos do estudo possibilitam conhecer as percepções dos CD e profissionais de outras áreas da saúde a respeito da atuação do CD no contexto hospitalar. Apesar de alguns pontos em comum, cada grupo de participantes mostra diferentes olhares, de acordo com suas experiências de vida.

Um modelo teórico foi construído a partir dessa compreensão. A constituição dessa estrutura teórica tem como base a categoria central, a qual representa o tema central da pesquisa.

A categoria central encontrada "A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar" emergiu das sete categorias identificadas a partir dos dados coletados:

- Resgatando a trajetória profissional
- Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente
- Refletindo sobre a atuação do cirurgião-dentista no hospital
- Iniciando no caminho da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar
- Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital
- Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino
- A educação e a formação para atuação profissional

A seguir, descrevem-se as categorias e subcategorias, associando-se a essa descrição alguns trechos dos discursos dos entrevistados, os quais foram eleitos por serem representativos.

Categoria: "Resgatando a trajetória profissional"

Os participantes da pesquisa relatam suas histórias pessoais, de como se deu o percurso profissional até alcançarem o patamar atual. Refletem sobre as escolhas realizadas, contam o porquê do interesse em atuar em ambiente hospitalar, como obtiveram conhecimento, suas experiências profissionais, seus fracassos, frustrações, vontade de mudar, falhas, tentativas, acertos e erros. Mostram o lado que ninguém consegue ver, aquela parte que fica oculta, que está no interior de cada

um, que se desvela quando a conversa com a pessoa permite a entrada em seu espaço para que se conheça um pouco do seu mundo.

As subcategorias que compõem a categoria "Resgatando a trajetória profissional são":

- Refletindo sobre as escolhas profissionais
- Despertando interesse pela atuação em ambiente hospitalar
- O desenrolar dos acontecimentos ao longo da trajetória profissional
- Estruturando saberes e práticas para atuação profissional
- Obtendo conhecimento formal para atuar no contexto hospitalar
- Atuando como docente
- Sendo precursor do serviço de odontologia hospitalar
- Revelando aspectos subjetivos no exercício profissional
- Mostrando os significados da atuação em ambiente hospitalar

Refletindo sobre as escolhas profissionais

Os participantes da pesquisa contam o porquê da escolha pela odontologia e por determinadas especialidades. Alguns atribuem às suas escolhas à influência familiar, pois possuem familiares na área da odontologia. Outros obtiveram experiências positivas com professores ou seus próprios CD, o que os estimulou a exercer a odontologia e certa especialidade.

Nessa subcategoria também expressam as suas escolhas profissionais como atuar em consultório, prestar concursos públicos, seguir carreira acadêmica, trabalhar com pacientes com determinadas condições de saúde. Porém, alguns sujeitos revelam que questionaram a escolha pela odontologia ao longo do curso de graduação.

Os participantes que optaram pela CTBMF como especialidade revelam que direcionaram os seus estudos desde o início da graduação em odontologia e buscaram aprender por meio de estágios extracurriculares.

Muitos expressam ter obtido oportunidade ao longo da graduação o que ajudou a direcionar os estudos e as escolhas futuras.

[...] eu tive uma experiência própria com uma cirurgiã-dentista muito boa. Fiz ortodontia durante muito tempo da minha vida, coloquei aparelho, então sempre vi a odontologia, a cirurgiã-dentista assim fez parte da minha vida durante muitos anos. Dália

[...] eu venho de uma família de cirurgiões-dentistas, o meu pai é cirurgião-dentista e precisava de um endodontista dentro da equipe dele. E eu fiz a minha especialização em Endodontia a partir de então. Gerânio

[...] quando eu cheguei na quarta fase eu não tinha esperança alguma eu já estava me preparando para abandonar o curso. Alecrim

Despertando interesse pela atuação em ambiente hospitalar

Revelando os *insights*/fatores que os moveram à tomada de decisão por uma área especializada da odontologia, os participantes elencam as motivações geradas por situações vivenciadas, as novidades na área da odontologia e no mercado de trabalho na época e momento de vida em que cada um situava-se.

Alguns atribuem os seus despertares às oportunidades de atuação extramuros no decorrer da graduação, cenas do cotidiano, experiências pessoais, por acompanhar um caso da família e, também, por gostarem de desafios.

Foi no momento de intervalo entre um atendimento e outro, eu estava olhando pela janela e vi passar lá na rua um paciente especial com a mãe, síndrome de down imagino que era, estavam entrando numa clínica de oftalmologia, em frente a minha clínica e eu fiquei pensando em como vai ser difícil tratar um pacientinho desse tipo em qualquer situação. E aí, quem fará o atendimento dele de odontologia? Hortênsia

[...] desde a primeira cirurgia que eu vi eu não queria mais outra coisa. Aí fiz toda a faculdade voltada para isso. Delfim

[...] quando chegou na terceira fase, o meu pai precisou fazer um implante e eu fui assistir a cirurgia, aí pronto me apaixonei por cirurgia, nunca mais quis mais nada, não me vejo fazendo outra coisa. Angélica

[...] quando era aluno da graduação, na oitava fase, teve um paciente hemofílico que precisou fazer uma extração de dente e tinha um grupo de pesquisa ali no hospital, que trabalha com problema de hemorragia. Comecei a trabalhar ali com eles. Cravo

O desenrolar dos acontecimentos ao longo da trajetória profissional

Lembrando dos fatos ocorridos durante o percurso profissional, os participantes relatam experiências com concursos públicos, trabalho em outras cidades, revelam o tempo de formados e de experiência no serviço público.

Alguns contam que receberam convites para estudar fora do país, convite de trabalho e falam sobre os seus objetivos pessoais aliados ao trabalho.

As condições de trabalho, oportunidades e disponibilidades aparecem inseridas no contexto dos participantes, juntamente com suas vivências ao longo da carreira profissional.

Certos participantes atribuem a conquista pelos seus ideais, à sorte e por seguirem conselhos de outros profissionais mais experientes.

Ainda nessa subcategoria os participantes explicam como e quando iniciaram a atuar em ambiente hospitalar. Para alguns foi automaticamente e relatam que nem imaginavam trabalhar em hospital e com pacientes com determinadas condições de saúde.

[...] eu trabalho na minha clínica e voltei a atender no SUS tem 4 anos, eu fui convidado a montar esse serviço de pacientes especiais para abranger as áreas que o [...] não conseguia abranger, principalmente a parte de saúde mental de adulto. Hortênsia

Eu queria um pouquinho mais de tranquilidade e como apareceu a oportunidade, eu vi que tinha o concurso aqui em Joinville e eu me arrisquei, foi um risco mesmo. E acabei entrando no concurso onde eu acabei me fixando e me estabelecendo na cidade. Gerânio

[...] passou a ser uma coisa tão natural assim, foi uma evolução tão natural, a gente veio parar aqui (hospital) porque não tinha um espaço para nós lá na clínica de odontologia. Petúnia

Estruturando saberes e práticas para atuação profissional

Os próprios profissionais relatam sentir necessidade e querer aprender mais para trabalhar com segurança. Buscaram o conhecimento de maneira informal, em congressos, em experiências em outros contextos, cursos no exterior e, em alguns casos, procuraram ir além do que era oferecido em cursos regulares. Contam que refizeram algumas disciplinas no curso de graduação de medicina depois de anos de formados, pois sentiram deficiências em determinadas áreas para poder atuar.

Expõem, também, a criação de instrumentos para facilitar o próprio trabalho, dar conforto e promover saúde ao paciente.

Nesse momento muitos participantes começam a revelar que não fizeram um curso de OH, aprenderam empiricamente devido à necessidade, curiosidade e a força de vontade de aprender. Consideram-se autodidatas e, ainda, afirmam que se deve estar em constante busca do conhecimento para atender o paciente hospitalizado.

Certos participantes relatam que obtiveram o título de especialista em OPNE por meio de uma prova no CFO, quando a especialidade foi reconhecida.

[...] os professores faziam atendimento em hospital, e em algumas situações a gente podia acompanhá-los, não era uma disciplina, era um voluntariado você poderia participar e ajudá-los no hospital. Íris

Eu sou autodidata assim, eu fui atrás de aprender, acompanhei os colegas principalmente da área da Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial que tem muito mais a ver com hospital do que o cirurgião-dentista clínico, comecei a acompanhar um colega e ele foi me mostrando como era isso, e aí eu fui aprendendo sozinho. Eu não fiz um curso de odontologia hospitalar. Hortênsia

A gente até desenvolveu um mecanismo para manter a boca sempre aberta. Açucena

[...] pra me sentir mais segura eu comecei a cursar algumas disciplinas da medicina que me deram suporte. Então eu refiz uma série de disciplinas...fiz farmaco, exame clínico, um começo de patologia, toda hematologia [...]. Jasmim

Obtendo conhecimento formal para atuar no contexto hospitalar

Dependendo da área e da instituição em que os profissionais se especializaram, muitos não obtiveram contato direto com o ambiente hospitalar durante a pós-graduação. Inseriram-se mais tarde no momento em que ingressaram formalmente no mercado de trabalho, especialmente os professores e os profissionais que passaram em concursos públicos. Alguns procuraram a formação porque já estavam trabalhando no ambiente hospitalar e buscaram pesquisar temas comuns às suas realidades práticas.

Já os CD que optaram pelas aéreas da Estomatologia, CTBMF e Residência Multiprofissional Integrada em Saúde passaram a maior parte do tempo do curso no contexto hospitalar. A busca pelo conhecimento formal foi em cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, como mestrado, doutorado, Residência em CTBMF e Residência Multiprofissional Integrada em Saúde.

A minha formação foi no curso de especialização. Eu fazia algumas escalas de plantão onde você faz o pronto socorro e atua em cirurgias eletivas em hospitais [...] e nós atuávamos no pronto socorro, e o hospital era onde nós fazíamos as cirurgias eletivas. E a partir daí nós ficamos [...] 2 anos, nós fazíamos toda a parte teórica na universidade e algumas cirurgias, nós colocamos as ambulatoriais, dentro da universidade e as hospitalares nos hospitais mesmo. Esses dois anos foram distribuídos com escalas de plantão, etc., etc., e a partir daí você vai tendo um treinamento. Gerânio

Era Residência e mestrado junto, então fazia Residência hospitalar e em outro horário tinham as aulas e todas as obrigações do mestrado. Flor-de-porcelana

Mestrado e doutorado [...] em Odontopediatria mas a minha tese [...] foi avaliando as sedações em pacientes especiais. Jasmim

Atuando como docente

A maioria dos participantes relata possuir experiência na docência. Alguns como professores em cursos de pós-graduação, outros por receberem alunos no serviço e aqueles que são docentes em horário integral.

Eu sou professor [...] uma escola de pós-graduação onde nós fazemos cursos de especialização em cirurgia e atualização, então esses alunos são levados para o hospital onde nós temos os pacientes para serem atendidos e eles participam, atendem, atuam, fazem trabalhos assim. Gerânio

[...] eu sou dedicação exclusiva na federal. Flor-de-porcelana

[...] eu fiquei como professor substituto, se eu não me engano por 2 anos, e depois eu fiquei como professor convidado, depois eu entrei para outras universidades. Alecrim

Sendo precursor do serviço de odontologia hospitalar

A grande maioria dos participantes tomou a frente dos serviços onde atuam. Dedicam grande parte do tempo em busca de algo que os fazem acreditar que é maior, ou seja, que podem ajudar na recuperação do estado de saúde das pessoas, prover maior conforto e qualidade de vida.

De alguma forma todos os participantes estão engajados na formação dos serviços no ambiente hospitalar e podem ser considerados pioneiros. Sendo como um dos primeiros alunos dos Cursos de Residência ou até mesmo como o professor/profissional que organizou um serviço de Residência, ou até mesmo um projeto de extensão, ensinando alunos e profissionais.

Então nós montamos uma equipe e através disso eu comecei a concretizar um sonho que era o que? Que era montar uma Residência em Cirurgia e Traumatologia. Lutei no CFO por cinco anos para oficializar uma Residência e hoje eu consegui montar a segunda Residência no Estado. Gerânio

Em termos de centro cirúrgico eu me lembro que o primeiro atendimento que eu fiz com anestesia geral com um paciente hemofílico, se eu não me engano, o pessoal da enfermagem foi registrar como o primeiro tratamento odontológico feito [...]. Cravo

Essa busca por estar fazendo esse atendimento, essas fissuras, fez com que a gente fosse um dos precursores das pessoas que hoje são chamadas com necessidades especiais porque na hora em que você acendeu essa luz de estar assistindo essas pessoas sob anestesia geral [...]. Camélia

Revelando aspectos subjetivos no exercício profissional

Os reflexos advindos do trabalho como dificuldades de atuar com determinadas condições de pacientes, com outros colegas e, também, profissionais de outras áreas são relatados pelos participantes da pesquisa. Revelam frustrações, os motivos de suas mudanças dentro da carreira, desabafam sobre as dificuldades enfrentadas no dia a dia, justificam falhas em concursos, contam casos de pacientes, desentendimentos com colegas e mencionam ter sentido desconforto, devido a dificuldade de aceitação do trabalho do CD, por parte de alguns profissionais que atuam em ambiente hospitalar há muito mais tempo.

Apesar de toda a parte negativa gerada pelo trabalho, os participantes expressam realização profissional e muito orgulho da profissão.

Quando eu saio do ambulatório, frequentemente, eu saio derrubada, exaurida [...]. Eu não consigo explicar isso, mas é uma sensação completamente diferente. Essa sensação de estar exaurida é muito comum, mas talvez seja um perfil muito meu de você estar ali com os pacientes...é muito essa coisa de troca, então eu chego muito exaurida com frequência do atendimento aos pacientes. É muita desgraça. Alfazema

[...] com um monte de responsabilidades em cima de mim e sendo observado por todos os olhares deles assim, então uma pressão muito grande em cima da gente tipo "eu não posso errar de jeito nenhum porque tem muita gente crescendo o olho e querendo me derrubar". Essa pressão a gente sentia no começo. Hortênsia

E isso dá um desgaste que tu não imagina. Cansa, é desgaste físico, é desgaste emocional, não é o que tu sabes fazer... então tu acaba um técnico, um cara de administração básica faria isso muito melhor que você. Azálea

[...] apesar de tudo a gente tem muita satisfação, muita alegria de estar dentro do hospital [...]. Angélica

Mostrando os significados da atuação em ambiente hospitalar

Perpassa nas concepções dos participantes, explicitamente ou nas entrelinhas, o significado de atuar em ambiente hospitalar. Na tentativa de explicar o que sentem relatam como uma oportunidade de crescimento, ampliação da atuação, transformação em profissional da saúde e enxergam como uma maneira de integração da odontologia na equipe de saúde.

Alguns participantes mencionam sentir alegria, satisfação e estímulo. Outros afirmam que é o ambiente natural deles, acreditam que todos os profissionais possuem o seu papel dentro do ambiente hospitalar e que não há diferenças.

Sentem que a responsabilidade é maior por estarem no ambiente considerado do médico. E por terem que estudar muito para manejar os pacientes que muitas vezes encontram-se em estado de comprometimento avançado. Entendem a atuação do CD em ambiente hospitalar como necessária para a saúde e muito mais do que atendimento clínico é, também, uma contribuição para a sociedade.

Consideram-se vitoriosos por não ficarem somente no consultório e por estarem conseguindo o espaço deles. Relatam ser desafiador porque saem da rotina, estão sempre renovando o conhecimento, pois têm que estar sempre estudando os casos novos. Por toda a experiência que adquiriram com essa vivência no contexto hospitalar, sentem-se profissionais diferenciados.

Eu acho que eu não saí (da graduação) como profissional da saúde, eu saí como cirurgiã-dentista, porque profissional da saúde, a gente querendo ou não cada área é a sua área, mas a gente como profissional da saúde tem que saber interpretar um exame básico, conversar com a nutricionista "o que aquele paciente pode ou não pode naquele momento" então tem que ter tudo isso. Orquídea

[...] devolver um pouco para a sociedade [...]. Para mim estar num hospital é isso. É tu fazer uma parte pela sociedade. Delfim

Então para mim ser cirurgiã-dentista e atuar no hospital, poxa! É uma alegria e uma vitória, é uma satisfação poder ajudar e não ficar só no consultório fazendo aquilo que todo mundo acha que a gente faz. É inovar e mostrar que não, que o cirurgião-dentista é capaz, que a gente faz muito mais do que acham que a gente faz e que a gente tem um tratamento de qualidade [...]. Angélica

[...] é um aprendizado, inclusive, de como a gente vê a vida. Alfazema

É o saber que tu pode fazer que a odontologia sirva para mais coisas, é colocá-la em uma situação de destaque [...], de importância, de reconhecimento do papel dela dentro do hospital. Não dentro do hospital, mas da saúde do paciente como um todo, dizendo "gente o dente tem que ser cuidado não só para ser bonito, mas porque é saúde. O dente mastiga, o dente não doendo deixa o paciente mais feliz, o dente bonito deixa o paciente socialmente mais agradável, não tem infecção a bactéria que está ali não vai para outro lugar, não entra no fígado, não entra no rim, não vai no coração". É Saúde! Azálea

Categoria: "Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente"

No desenrolar da interação da pesquisadora com cada participante, foi sendo revelada a empatia existente em cada profissional em relação aos pacientes e seus familiares. Mostram compreender o esforço e a dificuldade que os usuários passam para conseguir receber um tratamento adequado e eficaz. E explicam porque o atendimento de determinados pacientes em ambiente hospitalar se torna mais eficaz, resolutivo, barato, de fácil adesão por parte do paciente e, conseqüentemente, consegue-se sucesso no término do tratamento.

As subcategorias que compõem a categoria "Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente" são:

- Vivenciando a relação profissional-paciente
- Considerando o papel da família na atenção ao paciente

Vivenciando a relação profissional-paciente

Os participantes demonstram empatia pelo paciente, consideram o seu contexto, suas dificuldades, debilidades e a distância geográfica de sua residência até o local do atendimento. Ponderam isso tudo como importante para avaliar a necessidade do atendimento hospitalar. Sentem-se responsáveis perante o paciente e sua família, pois foi depositada confiança no profissional para que ele resolva o problema com êxito.

Há relatos de que os portadores de necessidades especiais ficam muito agradecidos quando são atendidos: é como se o profissional estivesse fazendo um favor, pois estão acostumados a sofrer com a dor por não conseguir atendimento. Esse sofrimento é compreendido pelos profissionais, pois o atendimento de pacientes com esse histórico faz parte da rotina de muitos deles. Também percebem que as pessoas procuram o hospital para receber tratamento odontológico, pois possuem esperança de conseguirem atendimento e resolução de seus problemas de saúde, por que ocorre no ambiente de um hospital.

Contam descasos com os pacientes da odontologia dentro do hospital, como, por exemplo, não chamar o cirurgião traumatologista bucomaxilofacial que está de sobreaviso e deixar o paciente com dor esperando.

Entendem que os pacientes são pessoas simples, geralmente humildes, muitas vezes são analfabetos e possuem dificuldades de comunicação. Acreditam que devem ter uma atenção diferenciada para conseguir que o paciente termine o tratamento.

[...] temos a vivência dos nossos pacientes especiais [...] é uma classe de pessoas muito negligenciada, então eles vêm para o hospital e eles recebem atendimento e percebemos que ninguém conseguiria atendê-los, temos a vantagem por causa da sedação, isso facilita bastante, mas acaba que esses pacientes ficam negligenciados. Eles chegam aqui e fazemos o tratamento e eles ficam muito felizes, porque como o paciente não se comunica ele acaba ficando violento por causa de uma dor de dente.
Orquídea

Tem pacientes que o contato é complicado, as vezes eles não tem telefone, o contato é com o posto de saúde, ou contato é a APAE, tem pacientes que nós não conseguimos marcar anestesia geral porque não conseguimos contato com o paciente, anunciaram na rádio da cidade, na rádio! E não conseguimos contato. Açucena

[...] tem pacientes que pela própria condição bucal que muitas vezes é muito precária, então vale a pena levar para o centro cirúrgico para fazer o procedimento porque levaria muito tempo. E também por serem pacientes, muito já...não sei se traumatizados é a palavra certa, mas estão há algum tempo lutando aqui, com a questão médica, a questão de hospital, então são pacientes difíceis de tratar, de comportamento, eles já vêm como uma história anterior mais prejudicada. Então tem muitos pacientes que é muito difícil de atender no consultório, então o ideal é levar no centro cirúrgico para fazer. Dália

[...] tem que conhecer um pouquinho de pessoas, e desconhecer um pouquinho de odontologia, a gente deveria interagir com os cuidadores e com os pacientes quando é possível para saber o que ele quer. Tentar fazer uma ligação ou conexão com o que a gente pode e a partir daí a traçar um plano de tratamento. Eu considero que qualquer plano de tratamento exitoso passa por essa empatia profissional com o paciente, senão existe isso por mais que se desenvolva sua técnica, por mais que você consiga pensar que o que você está fazendo é o de mais avançado, pode ser uma estupidez [...]. Camélia

Considerando o papel da família na atenção ao paciente

A importância do envolvimento da família do paciente para ajudar na aderência e no êxito do tratamento é considerada pelos participantes. Muitas vezes a família não consegue acompanhar a criança ou o portador de necessidades especiais por que não existem alternativas para essa finalidade, são problemas originários de condições sociais que envolvem a realidade destes. Os participantes consideram

fundamental o envolvimento familiar no tratamento até mesmo para entender as situações vivenciadas pelos próprios familiares.

Eu sem entender ainda o que aconteceu e ela me deu a aula de odontologia mais impactante que eu tive na minha vida. "agora com todos esses dentes na boca ele vai se morder. Agora com todos esses dentes que estavam sem doer, vão doer. Agora quando ele bater a boca na parede ele vai quebrar o dente. Tava tudo protegido aí". Camélia

Nós tivemos um momento que um pai pediu a eutanásia do filho, o filho tinha uma doença de comportamento, não sei se era autismo o que era, e quando ele tinha crise ele quebrava a casa inteira, aí o pessoal dizia "não, a mãe abandonou e deixou o pai sozinho", não, a mãe não abandonou. Cravo

Categoria: "Refletindo sobre a atuação do cirurgião-dentista no hospital"

Pensar a respeito da atuação do CD no contexto hospitalar leva os participantes a refletir sobre o mercado de trabalho, salário, as dificuldades enfrentadas; fazem críticas em relação aos colegas e ao futuro profissional. Relatam que o hospital possui uma logística de trabalho diferente da clínica, a qual estão acostumados. Comparam a realidade dos serviços de saúde brasileiros com a dos serviços de outros países. Enfim, refletem de acordo com a experiência de cada um baseados nas questões de espaço e tempo, inseridos em uma perspectiva histórica.

As subcategorias que compõem a categoria "Refletindo sobre a situação do cirurgião-dentista atuando no hospital" são:

- Caracterizando a profissão do cirurgião-dentista
- Mostrando a logística de trabalho do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar
 - Revelando as dificuldades nas relações de trabalho
 - Relatando experiências positivas nas relações de trabalho
 - Relatando experiências negativas com os demais cirurgiões-dentistas atuando em hospital
- Apontando a postura passiva do futuro cirurgião-dentista e do profissional cirurgião-dentista

- Comprovando o conhecimento da sua área
- Indicando a odontologia hospitalar como possibilidade de mercado ou trabalho
- Comparando a realidade do ensino e serviço brasileiro com a de outros países

Caracterizando a profissão do cirurgião-dentista

Os participantes fazem críticas à profissão. Aproveitam o momento da pesquisa e desabafam sobre a situação do mercado da odontologia e planos de saúde. Mencionam a diferenciação que os pacientes fazem em relação ao médico e percebem que as pessoas não consideram o CD como um profissional da saúde, especialmente aqueles que atuam em clínicas, ou seja, fora do contexto hospitalar. Questionam a valorização financeira/salarial e refletem sobre o papel do CFO no reconhecimento da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e das suas resoluções que amparam o CD para atuar em ambiente hospitalar.

[...] como a nossa profissão é Taylorista e nosso mercado de trabalho é por restauração feita, por extração feita, não existe um coletivo a ideia de trabalharmos com esse tipo de procedimento. Então no consultório muita gente não quer pagar isso, acha que a gente está enrolando [...]. Cravo

[...] estão deixando muito para o lado superficial, só querem estética. A odontologia está virando muito mais um serviço do que área da saúde, infelizmente. [...] consulta é consulta, é paga, é uma avaliação, é diagnóstica, sempre foi paga lá na clínica, "ah mais paga é?" vê se eles (pacientes) ligam para o médico e perguntam se paga? [...], mas isso me irritava porque era constante. Flor-de-porcelana

Eu entendo que não há nenhum espaço legal para se discutir isso (odontologia hospitalar), se a gente considerar essa resolução do CFO que coloca isso na área de atuação do paciente, por exemplo, pacientes com necessidades especiais. Alfazema

Mostrando a logística de trabalho do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar

Explicando as regras e lógica de trabalho impostas pelos hospitais, os participantes contam que estas devem ser aprendidas e seguidas desde a entrada na instituição até o desenvolvimento do trabalho odontológico mais específico. Revelam as dificuldades enfrentadas para inserir a odontologia nessa logística.

Também mostram que os serviços de odontologia seguem uma dinâmica própria, em conjunto com outros serviços, com os quais possuem interação, dentro dos padrões requeridos pelo hospital.

Difícil, de chegar dentro de uma instituição como o hospital e falar que você vai usar uma sala de centro cirúrgico por um período inteiro para restaurar dentes, é muito complicado. Camélia

É como uma documentação, mas a gente tem registro porque é um hospital escola então é importante ter todos os registros, para a Residência e tudo. Tulipa

Eu estou tentando fazer com que essa reunião multidisciplinar gere uma reunião para todo mundo. Lisianto

Uma das grandes dificuldades que a gente (cirurgião-dentista) tinha no centro cirúrgico era com o técnico e enfermeira, porque durante o procedimento a gente mete a mão na mesa, vai pegando aqui e vai pegando ali, e elas assim: "ai pelo amor de Deus, nós temos aqui uma pessoa que está te instrumentando" não é nada demais uma pessoa te passar o instrumental, ela está ali para isso e isso tem uma lógica, ela não é serviçal do cirurgião ela é uma pessoa da equipe integrada e que controla tudo o que foi usado, não só para poupar, mas para evitar de deixar o material dentro do paciente, para alguém não se cortar [...] existe uma cadeia lógica de trabalho que se executa naturalmente. Cravo

Revelando as dificuldades nas relações de trabalho

Percebe-se a diferença no discurso dos profissionais, em relação às suas experiências nas relações de trabalho, conforme a época, especialidade e instituição que atuam. Pode-se notar que houve mudanças nas interações de trabalho ao longo dos anos. Há alguns anos atrás não existia definição das áreas, ou seja, os limites em que cada especialidade poderia atuar, assim havia disputas.

Os CD relatam sentirem-se como estranhos no ambiente hospitalar, principalmente quando estão ingressando. Contam embates com outros profissionais e que ainda existe implicitamente uma certa desconfiança relativa ao trabalho do CD por parte de alguns médicos e equipe de enfermagem.

Algumas especialidades médicas não aceitam o trabalho da CTBMF, porém para outras especialidades a CTBMF não representa concorrência direta. Os participantes afirmam que ainda existe um choque, mas no momento em que se delimita a área de atuação e se mostra respeito aos outros profissionais o trabalho pode ser desenvolvido sem maiores problemas.

Por outro lado, alguns participantes pontuam que se pode conquistar espaço nas relações de trabalho na medida em que se mostra a importância da sua atuação. No momento em que percebem o benefício ao paciente e que o CD está agregando ao tratamento, este tende a ser bem aceito. E quando conseguem construir essa relação, torna-se uma via de mão dupla.

Também foi levantada a questão do trabalho por meio de amizades, influências políticas e familiares, onde há formação de grupos de proteção entre os profissionais e que nem sempre o foco é o benefício ao paciente.

Para alguns participantes esses conflitos no ambiente de trabalho são inerentes ao ser humano quando se divide espaço por trabalho e por dinheiro. Existe uma disputa enorme pelo centro cirúrgico em todos os hospitais, dessa forma ponderam que deve haver uma articulação e racionalização de prioridades para o seu uso.

Nunca fui desrespeitado não, mas é nesse sentido de ser observado o tempo todo porque você é um estranho no ninho "você não é daqui e o que está fazendo aqui? você sabe atuar aqui dentro?"
Hortênsia

Teve uma época em que eu tive que até ameaçar que eu colocaria advogado para poder atuar, entendeu? Eu tive que me impor porque se eu ficasse calado, se eu aceitasse talvez eu não tivesse a condição que hoje eu tenho, eu me impus mesmo, [...] para poder continuar atuando como eu poderia e deveria atuar dentro do hospital. [...] todo cirurgião traumatologista bucomaxilofacial que começa no hospital sofre. Girassol

[...] as vezes precisa fazer troca de experiências ou pegar a opinião de um patologista médico, é sempre um desafio porque nem sempre é tão fácil como a gente gostaria que fosse. [...] nem sempre o médico é tão acessível assim, é como se ele estivesse num patamar acima. Begônia

Relatando experiências positivas nas relações de trabalho

Com o passar do tempo em uma instituição hospitalar, os profissionais vão criando vínculos entre eles. Vai havendo o fortalecimento das relações em função da confiança adquirida pelo trabalho executado, principalmente quando o objetivo é o adequado atendimento ao paciente.

Os CD contam que são procurados pelos médicos para realizar prestações de seus serviços ou indicar algum colega para executar determinado procedimento. Relatam receber auxílio dos médicos na parte burocrática e convites para trabalhar junto da equipe médica. Isso mostra a valorização e reconhecimento do trabalho do CD por parte dos outros profissionais.

[...] eu já recebi convites para operar dentro do serviço de cirurgia plástica [...]. Alecrim

[...] desde o início acreditou no meu trabalho [...] é um dermatologista [...] também fazia diagnóstico, lesões então quando tinha de lábio alguma coisa ele já encaminhava pra mim e a gente discutia bastante [...]. Petúnia

O médico confia muito no cirurgião traumatologista bucomaxilofacial porque ele está dentro do hospital e a única ligação que o médico tem com odontologia é com o cirurgião traumatologista bucomaxilofacial, que entra dentro do centro cirúrgico batendo papo, conversando sobre futebol etc., ele tá operando uma vesícula numa sala e você tá ali batendo papo com ele, se tornou teu amigo. Gerânio

Relatando experiências negativas com os demais cirurgiões-dentistas atuando em hospital

Por experiências obtidas com colegas CD em hospitais, os participantes apontam o descrédito construído pelos mesmos. Mencionam que alguns não sabem trabalhar em equipe, não cumprem sobreaviso, não possuem conhecimento para atender os pacientes e discutir com os médicos. A falta de comprometimento por parte desses profissionais com a instituição hospitalar e os pacientes, também é citada.

[...] chegaram assim "ah porque tá com anemia e a anemia causa câncer" eu assim "poxa vida" tem um furo aí. Se tu chegas pra falar com um cara e fala isso o cara vai...a fisiopatologia disso é outra coisa, você tem que ter um entendimento [...]. Cravo

[...] os cirurgiões-dentistas são muito mal vistos dentro do hospital por isso, tanto pelos médicos, quanto pelos enfermeiros, até o auxiliar técnico de enfermagem sabe se paramentar melhor e se comportar de uma forma melhor que o cirurgião-dentista dentro do hospital, então é necessário que o cirurgião-dentista aprenda a se comportar e isso demanda a gente descer do nosso pedestal e ser humilde a aprender com todo mundo que está ali dentro [...]. Gardênia

[...] nossos antigos colegas cirurgiões traumatologistas bucomaxilofaciais ou odontopediatras, ex-professores [...]. Que teoricamente defenderam a especialidade, eles defenderam não foi a especialidade, foram os nichos deles de interesse próprio, com a visão de coleguismo zero, zero! Pensavam em benefício próprio, todo o tempo. Se esgueiravam pelas paredes dos hospitais para não serem vistos porque eram desqualificados profissionalmente. Não tinham conteúdo, tinham medo dos médicos... tinham medo dos médicos porque eu não tenho outra explicação. Alecrim

Apontando a postura passiva do futuro cirurgião-dentista e do profissional cirurgião-dentista

Os participantes criticam a postura dos alunos da graduação em odontologia pela falta de vontade de aprender, maturidade e seriedade durante o curso, pela discriminação em relação aos colegas mais interessados e aos que necessitam trabalhar para se manter.

Apontam a desunião da classe, a falta de iniciativa, de reconhecimento do trabalho da própria odontologia, de atualização e de estudo. Caracterizam o CD como não politizado e acomodado. Percebem, também, a dificuldade de trabalhar em equipe e da utilização do equipamento de proteção individual.

Para os participantes, os conflitos internos existentes geram enfraquecimento da classe, para a conquista de espaço de trabalho e perante aos profissionais das outras áreas.

Evidenciam a questão financeira, indicando que há muitos profissionais interessados apenas em ganhar dinheiro sem considerar a saúde em primeiro lugar.

[...] o cirurgião-dentista encaminhou um paciente que estava com um cisto de origem odontogênica, um cisto dentífero para o médico operar [...] e quando abriu viu que só tinha líquido, achou aquilo estranho, fez uma biópsia e aí encaminhou para o cirurgião traumatologista bucomaxilofacial [...]. Graças a Deus ele não tirou metade da maxila da paciente. [...]. Poxa, um dentista encaminhou um cisto de origem dentária odontogênica para um médico de cabeça e pescoço operar, o cabeça e pescoço que viu que na verdade era o cirurgião traumatologista bucomaxilofacial que tinha que fazer. Então é difícil isso, nem os cirurgiões-dentistas sabem para quem tem que encaminhar, que é para eles mesmo, imagina os médicos? Angélica

Quantas pessoas que tiveram problemas seriíssimos porque o cirurgião-dentista nem perguntou se ela tinha diabetes e tinha um terrível problema de cicatrização, só pensava naquela parte que interessava e colocar aquele orçamento. Camélia

[...] temos que ser valorizados pelos que estão fora daqui [...], como tem gente aqui que vem "doutora a senhora é médica, né?" Tem pacientes que tiram a roupa e mostram as costas, eles não tão nem aí "tu não tá no hospital? Tu não é médica?" "não eu não sou médica eu sou cirurgiã-dentista" "ah, mas a senhora sabe mais que o meu médico". Azálea

[...] porque a odontologia não está brigando politicamente, mesmo os que estão lá em cima como não tem a população pressionando, não tem os cirurgiões-dentistas pressionando em um número maior e todo mundo vai quebrando o galho, não chega lá em cima e fala "olha tem que ter, senão não vai ter". Flor-de-porcelana

Comprovando o conhecimento da sua área

Os participantes dizem que se sentem cobrados, de certa forma, a comprovar o conhecimento a todo momento. Percebem desconfiança

por parte dos profissionais das outras áreas em relação ao trabalho executado e as possíveis consequências ao paciente e seu estado de saúde em geral. Dessa forma, esforçam-se para estarem sempre atualizados para desempenharem o trabalho da melhor maneira possível e para comprovar a importância da atuação do CD e, assim, conquistar confiança e espaço.

[...] primeiro é provar que já mudou muito de dez anos para cá, então é provar que existe a necessidade da odontologia, que a odontologia realmente pode atuar dentro de um hospital, que pode e que deve interagir com todas as outras especialidades, isso agora está um pouco mais fácil do que era antigamente. Gérbera

Eu tenho que provar, diferente de um médico, no hospital, a todo momento que eu sou capaz. Girassol

[...] achava que cirurgião-dentista não tinha formação suficiente "como é que vai saber inervação?" então não acreditava era na capacidade mesmo, então a gente tinha que mostrar o tempo inteiro a capacidade da gente. Claro, a gente estudava cada vez mais para mostrar, para falar de igual para igual. Petúnia

Indicando a odontologia hospitalar como possibilidade de mercado ou trabalho

Pensando na transição do perfil epidemiológico, com o aumento das doenças crônicas, os participantes acreditam que há a necessidade do trabalho da odontologia atuando em conjunto das equipes de saúde para alcançar o sucesso no tratamento dos pacientes. Por outro lado, preocupam-se com a questão da reserva de mercado e com a hiperespecialização.

[...] essa área (Odontologia Hospitalar, Odontogeriatrics e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais) eu acho que é a grande área hoje para a gente crescer. Tem bastante espaço, dá pra investir em cursos, em capacitação. Tudo isso é mercado para a gente trabalhar.
Hortênsia

Então não tem mercado para a odontologia só na odontologia, no produto de tratamento, o mercado está aberto. Deve ter hoje cerca de 30 milhões de diabéticos no Brasil, quem está atendendo isso dentro de um protocolo? Cravo

O profissional especialista em odontologia hospitalar, eu acho que isso é uma nova reserva de mercado que se quer fazer e é essa discussão filosófica que eu estou levantando, que se a gente se preocupasse menos com "isso é meu" "isso é meu" e mais com efetivamente "aprendi e entendi", não precisava desse tipo discussão.
Alfazema

Comparando a realidade do ensino e serviço brasileiro com a de outros países

De acordo com as experiências obtidas em outros países, os participantes comparam a lógica de trabalho do exterior com a vivenciada por eles no Brasil. Admiram-se com as relações de trabalho, com a divisão do desempenho das funções de cada profissional e com a logística de atendimento.

[...] eles preferem lá fazer assim: faz a anestesia geral, zera o paciente e deixar ele pronto, sem cárie, sem nada e daí fica fazendo trabalho preventivo, mas com o paciente já todo tratado. É muito mais prático, muito mais fácil e mais barato. Açucena

[...] porque o que o Estado pensa "pô, investi dei mestrado, dei doutorado para ela, dei pós doutorado, dei um cargo de professora, de representante onde é que eu vou por essa pessoa? No que ela sabe fazer". Entendeu? Tu não vai ver essa pessoa resolvendo um problema de manta de piso de banheiro! Azálea

Só que nos Estados Unidos é muito mais...é uma coisa muito mais individualista. Tu estás aí, a responsabilidade é tua, por isso que não tem esse ranço que tem aqui porque lá todo mundo sabe que cada um tem a sua responsabilidade e responde por aquilo. Então o médico não está preocupado com o cirurgião-dentista porque sabe que se ele fizer alguma coisa errada vai responder. Girassol

Categoria: "Iniciando no caminho da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar"

Percebe-se que os participantes estão compreendendo as relações entre a saúde bucal e as doenças sistêmicas, e a necessidade do trabalho em equipe para prover o cuidado à saúde do paciente, com comprometimento complexo, que se encontra no ambiente hospitalar.

Os participantes contam que ainda encontram profissionais rígidos, menos flexíveis em relação ao desenvolvimento do trabalho em conjunto, dificultando assim o exercício das demais áreas e o cuidado à saúde dos pacientes.

As subcategorias que compõem a categoria "Caminhando para a concretização da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar" são:

- Pensando a saúde bucal e as relações com as doenças sistêmicas
- Relatando elementos da atuação interdisciplinar no ambiente hospitalar
- Valorizando o trabalho multidisciplinar com vista à interdisciplinaridade do cuidado à saúde
- Revelando barreiras para a interdisciplinaridade

Pensando a saúde bucal e as relações com as doenças sistêmicas

A saúde está diretamente relacionada com a saúde bucal na visão dos participantes. Na concepção deles não tem como fragmentar, está tudo interligado e a odontologia se faz necessária na obtenção do sucesso de inúmeros tratamentos. O conhecimento sobre saúde geral por parte do CD se faz necessário, para a obtenção do diagnóstico preciso e por conseguinte o tratamento correto para o alcance da cura. Da mesma forma, que através da cavidade bucal pode-se descobrir doenças sistêmicas que até então o paciente desconhecia.

Também mencionam que aspectos psicológicos estão ligados à odontologia, especialmente em casos de pessoas com estética comprometida e que possuem baixa estima devido ao seu sorriso.

[...] se ele não tem uma higiene bucal adequada ele vai desenvolver focos de infecções e isso vai comprometer o tratamento de uma forma em geral, então nós ali trabalhamos com muitos pacientes que estão incapacitados. Tulipa

Eles fazem uma cirurgia cardíaca gigante, fazem um transplante caríssimo e eles não olhavam a boca do paciente antes, tipo, o paciente tinha um monte de foco séptico na boca, então ver que aquele foco séptico pode botar por água abaixo um tratamento caríssimo. Azálea

[...] os pacientes internados a longo prazo, os pacientes na UTI, os pacientes em recuperação que ficam sob cuidados médicos e muitas vezes entubados, pacientes que ficam sob alimentação parenteral, que tem uma transformação oral enorme e que ficam sem essa assistência odontológica, pois tem estatísticas inclusive de recorrências de pneumonia sérias dentro da UTI por causa de atividades bucal, de pacientes que ficam entubados, ficam com a boca aberta, mudando completamente o PH da boca que vai acabar por fazer uma placa muito grande e aquela placa vai pelo tubo levando a pneumonia nosocomial, que pode levar o paciente a óbito [...]. Camélia

[...] a doutora (cirurgiã-dentista) [...] já atendeu uma emergência que salvou a vida de uma paciente com um baba de um coágulo na garganta ali no CCS, porque ninguém viu que o paciente estava com 8 mil plaquetas. Lisianto

[...] a psicologia da mesma forma, muitas vezes o paciente tem um problema, é tão grave a necessidade odontológica dele que tem uma baixa estima. Tulipa

Relatando elementos da atuação interdisciplinar no ambiente hospitalar

Pelo discurso dos participantes evidencia-se que está havendo uma movimentação para o trabalho interdisciplinar. Equipes compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde atuam em conjunto, solicitam a mão de obra especializada do CD e realizam reuniões semanais para discutirem casos, artigos, momento no qual cada área colabora com o seu conhecimento.

Pôde-se apreender pela fala de médicos, nutricionistas e enfermeiras que estão conhecendo um pouco de odontologia e que os CD estão participando dessa interação e das reuniões realizadas pela equipe.

Os próprios participantes relatam enxergar a mudança que está ocorrendo no sentido da aceitação do trabalho em equipe, devido aos profissionais novos que estão ingressando, com outra visão, no mercado de trabalho.

[...] alguns profissionais vêm perguntar alguma coisa, eles tem dúvidas ou eles vêm pedir auxílio para diagnóstico [...]. Médicos, de diferentes áreas que aí entra Dermatologia, Ginecologia, a Gastroenterologia, a Onco-hematologia, são parceiras mais frequentes, por enquanto. Flor de Lótus

[...] ajuda a definir também o melhor diagnóstico e a forma de tratamento, então há uma interação nesse sentido, de ampliar os conhecimentos de uns e dos outros. Rosa

Quando a gente passa os casos da enfermagem, claro que as vezes não dá tempo de todo mundo falar, mas quando a nutricionista percebe que tem alguma coisa ela fala, quando o psicólogo também tem que colocar alguma coisa ele coloca, se tiver a odonto, por exemplo, quando a gente tem pacientes com lesões mais graves daí a odonto, também, já está junto e fala, então isso é um enriquecimento de atendimento sem...nossa é muito bom. Lisianto

Médicos mais novos tem realmente, talvez porque onde eles fizeram a Residência talvez tinha a odontologia com mais ênfase e eles já têm essa experiência, essa interação da sua formação e dá continuidade aqui dentro. Gérbera

Valorizando o trabalho multidisciplinar com vista à interdisciplinaridade do cuidado à saúde

Nota-se a necessidade sentida, pelos profissionais, em atuar de forma conjunta. E a importância dada à presença do CD no contexto hospitalar, para obter sucesso no desfecho final do tratamento, visando à recuperação da saúde do paciente.

As falas dos profissionais das outras áreas, revelam a valorização da atuação do CD e o receio de perder essa parceria de trabalho que está sendo realizada.

[...] a enfermeira já percebe alguma coisa ela mesma já liga para a residente (odontologia). [...], então se a nutrição perceber alguma coisa que não está conseguindo se alimentar adequadamente passa para a gente para já chamar a odonto [...]. Lisianto

[...] discutia com o médico, pedia o exame, o paciente fazia o exame e em 1 hora eu tinha o resultado, o paciente ficava ali fora esperando e se eu tinha alguma dúvida eu conversava com o médico e a gente resolvia juntos que tipo de atuação que podia fazer. Jasmim

[...] geralmente na pediatria quando interna por abscesso o próprio médico só entra com antibiótico e no primeiro dia ele já fala com a gente porque ele sabe que é foco oral, a gente tem que atuar. Orquídea

Mas assim nesses 20 anos de experiência agora tá muito boa a parte da odonto, de integração. Se tu comparares no início que não tinha nada e depois que era bem rudimentar. Então eu espero que não seja apenas uma fase por causa das Residências. Que seja uma coisa contínua. Margarida

[...] eu acredito que para o êxito de qualquer tratamento de saúde é fundamental a ação articulada de uma equipe multiprofissional para atender as múltiplas e complexas demandas dos pacientes. Uma área só não dá conta [...]. Tulipa

[...] pelo menos na minha área, claro porque a gente precisa um do outro. O cirurgião-dentista precisa ter para onde encaminhar os pacientes com câncer e a gente precisa desse acompanhamento odontológico para fazer radioterapia, para tratar doenças benignas, essas coisas, então na cabeça e pescoço sempre foi muito boa, muito mesmo. Lírio

Teve um caso agora que entrou da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, que nossa! O cara foi totalmente destruído, então precisou-se de ajuda.[...], aí por etapas, entrou primeiro a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, aí veio o neuro, depois veio...foram 10h de cirurgia. Flor-de-porcelana

Revelando barreiras para a interdisciplinaridade

Os participantes relatam a inflexibilidade por parte de alguns profissionais. No sentido de não aceitar e não acreditar no trabalho das outras áreas, de querer realizar o trabalho das outras especialidades e de não querer conhecer e aprender um pouco além do seu próprio conhecimento, da área base de formação. Expressam que alguns

médicos sentem-se detentores do conhecimento absoluto, dessa forma quem sai prejudicado é o paciente.

[...] residente foi pedir para fazer uma internação e o médico falou assim: "pô, mas porque tu queres internar paciente? cirurgia traumatologia bucomaxilofacial internar paciente, para quê?" Crisântemo.

Reduzia (médico) a fratura e depois ficava lá o paciente com a oclusão toda errada, aí extraía o dente que estava tocando antes para a oclusão ficar certa, não tem o menor sabe? Menor noção eu acho. E acaba fazendo iatrogenias graves. Angélica

[...] muitas vezes eu entrei em conflito, não chegou a ter conflito, mas com os próprios "ah, mas fulano falou isso" e você dizia uma coisa e o outro médico dizia outra coisa, aí ficava aquela coisa "ah não, ela nem é daqui não deveria estar dizendo isso". Begônia

Então quando o pessoal da fono começou a atender os pacientes da clínica médica, os clínicos não gostaram e eu acho que ainda não gostam muito, então eles não gostam muito de ter outras áreas mexendo assim [...]. Lírio

Categoria: "Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital"

Pensando na organização da atenção odontológica, os participantes apontam os entraves do sistema de saúde e imaginam como deveria ser a organização do serviço.

A pesquisa mostra-se como uma oportunidade de dar voz a essas pessoas que assumiram um compromisso com a saúde bucal. As falas revelam o quanto o serviço evoluiu e o quanto ainda falta para melhorar, contam as verdadeiras "batalhas" realizadas para conquistar melhorias no serviço, para oferecer um serviço digno à população e para obter espaço para desenvolvê-lo.

As subcategorias que compõem a categoria "Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital" são:

- A odontologia hospitalar e o sistema de saúde
- Vislumbrando a organização do sistema de saúde
- Lutando por melhorias no ensino e no serviço
- Apontando questões de ordem política para organização da atenção odontológica

A odontologia hospitalar e o sistema de saúde

Os participantes da pesquisa aproveitam o momento da entrevista para apontar as dificuldades enfrentadas na realidade dos seus serviços.

Revelam que muitos profissionais negam atendimento aos pacientes com necessidades especiais, devido ao estado de saúde geral e a dificuldade para realizar os procedimentos, porém muitos desses poderiam ser atendidos na atenção básica. Esses pacientes demoram para conseguir atendimento. Na maioria das vezes, quando conseguem receber atenção odontológica no ambiente hospitalar, já estão com o problema de saúde em estágio tão avançado que o tratamento tem que ser mutilador.

Levantam também a questão da infraestrutura para realizar o trabalho, não há espaço e material adequado, muitas vezes ficam na dependência das outras áreas da saúde em ceder espaço para poder realizar o atendimento da melhor maneira possível para ambos, profissional e paciente. A divisão do centro cirúrgico também é complicada, pois há muitos pacientes e poucos horários para a odontologia. Quando há uma emergência médica a odontologia precisa ceder o seu horário de centro cirúrgico.

Há relato que, depois de 27 anos um dos hospitais conseguiu uma licença para realizar atendimento hospital/dia. Então, a partir de 2012 passou a haver remuneração para o hospital. Não havia retorno financeiro que cobrisse os gastos de medicação, material odontológico, instrumental e até equipamentos.

Também revelam que não existe fluxograma para outras patologias, essas são encaminhadas para a CTBMF em ambiente hospitalar, gerando uma demanda reprimida, já que nos CEO próximos não há estrutura. O Ambulatório de Estomatologia não estava incluído oficialmente na rede de atenção até dois anos atrás (2012), por isso, o hospital não recebia pelo atendimento oferecido. Atualmente o

ambulatório está inserido na rede e o município paga por atendimento via Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Assim, pode-se entender que a atuação do CD nesse contexto estava inexistente na rede de atenção à saúde, até poucos anos atrás.

Há críticas aos concursos públicos e sua forma de avaliação para ingressar no serviço. Os participantes relatam que ao profissional médico é oferecido salário mais alto do que ao cirurgião traumatologista bucomaxilofacial, por exemplo, considerando que o primeiro tem que cumprir menor carga horária.

Evidenciam o desvio de função dos profissionais no serviço, acreditam que cada um deve desempenhar o seu papel de acordo com a sua especialidade. Dessa forma melhoraria o desempenho do trabalho, haveria menor desperdício de tempo e com isso os gastos seriam menores.

Concluindo, para os profissionais existe um problema grave de logística no sistema público de saúde e educação. Devido a falta de investimentos em estrutura e em contratação de mão de obra técnica e especializada, e de gerenciamento de todos esses recursos, acarretando em desvio de função dos profissionais e professores que se encontram nos serviços.

[...] hoje eu tenho tranquilamente ao todo, que gira para lá e para cá no hospital, 12 bolsistas. Se eu pegar isso aí daria 2 salários de 2 funcionários bons, entendeu? E eu teria um outro relacionamento com eles e eles me dariam muito menos trabalho, porque eu tenho um 20h de manhã e um 20h a tarde, eu posso cobrar deles e eles têm que fazer isso, eu posso cobrar deles e eles fazem aquilo, mas não eu tenho que lidar com bolsa, papelada, relatório, sabe? Eu gosto de trabalhar com aluno, mas cansa! Então, está tudo errado. Então não adianta a gente querer achar que nós vamos nos igualar a países desenvolvidos porque não é com bolsa de estudo que se resolve um problema de base. [...] nunca recebi tantas bolsas de aluno de graduação como nos últimos 2 anos! Eu não tenho o que fazer com os bolsistas, por que? Não é que eu não tenha o que fazer, como é que eu posso te dizer? Eles são mal aproveitados também, eu ponho eles para tapar buraco de outro problema que não era para eles fazerem aqui, mas é o que tem para hoje. Azálea

[...] para você ter ideia não tinha nem cirurgião traumatologista bucomaxilofacial nos hospitais. E ainda tem pouco [...]. Então no hospital de referência você não consegue nem trocar plantão [...]. Flor-de-porcelana

[...] o CEO foi desenvolvido para isso e isso é uma briga aqui, na secretaria de saúde, exatamente para os pacientes que necessitam fazer uma adequação para receber o tratamento antineoplásico seja prioritário, ou seja, determinar alguns dias da semana para esses pacientes que necessitam desse atendimento. Gerânio

Vislumbrando a organização do sistema de saúde

Conforme as suas experiências diárias nos seus serviços, os participantes vislumbram uma forma de organização do sistema de saúde que para eles seria a ideal, dentro da realidade que cada um se insere. A exemplo disso mencionam: a contratação de um número maior de CD para ampliar a cobertura da atenção à saúde bucal em contexto hospitalar, organização da assistência com auxílio de técnicos para dinamizar o atendimento e serviços de apoio para dar continuidade e manutenção ao tratamento e, promover saúde.

[...] o ideal seria que todos os pacientes pudessem fazer avaliação e tratar os seus problemas, atualmente a gente trata alguns casos mais urgentes porque não tem profissional suficiente para todos. Tulipa

[...] o paciente é recebido por um pessoal técnico que faça uma profilaxia, faça uma coleta de saliva, que meça a pressão, até colocar uma técnica de enfermagem para isso. Para a mulher (usuária) quando vai ter que tirar a blusa, para o médico ela tira, para o cirurgião-dentista tirar a blusa é uma situação constrangedora, mas com a moça faz o exame, ela vai lá numa sala e verifica os sinais vitais, tu (cirurgião-dentista) já recebe o paciente pronto. Cravo

[...] ter um centro ambulatorial de referência e de lá um apoio hospitalar e os dois trabalhando em conjunto para desenvolver uma seleção e promoção da saúde. Porque não adianta também pegar um paciente desses, na minha área, por exemplo, um deficiente físico ou mental, ou os dois no mesmo paciente, fazer um tratamento odontológico, dar alta para o paciente, mandar embora e acabou, em um mês ele está com a boca cheia de placa bacteriana e está doente de novo.
Hortênsia

Lutando por melhorias no ensino e no serviço

Os participantes mostram-se envolvidos com o serviço onde atuam. Inseriram-se em uma realidade e buscam constantemente melhorar o atendimento para a população e conseqüentemente criar espaços de ensino para os futuros profissionais. Engajaram-se em uma luta objetivando, também, a conquista de espaço para exercer a profissão.

[...] as coisas não caíram do céu, foi muita luta, mas assim as portas, na verdade, aos poucos foram se abrindo com base no trabalho que se fez.
Azálea

Então para a gente insistir foram muitos anos, a gente fazendo reunião, e indo reclamar, e indo para a câmara e falava com deputado, pedia apoio para o presidente do CRO, pedia...foi muita coisa! A gente fez congresso, convidou o secretário de saúde para fazer a palestra inicial, foi toda uma articulação [...]. Flor-de-porcelana

Eu estou desde 2008 tentando montar um serviço lá, aliás eu to tentando montar um serviço exclusivo para cirurgias ortognáticas [...]. Eu venho ao longo dos anos tentando montar esse serviço, fiz projeto, atendimento, de que forma faria, centro cirúrgico, ambulatório, tudo SUS, tudo SUS! Gerânio

Apontando questões de ordem política para organização da atenção odontológica

Muitas das dificuldades enfrentadas para a concretização do funcionamento de uma rede articulada, onde o hospital disponibilizaria um dos pontos de atenção odontológica, são reconhecidas, pelos participantes, como de ordem política.

Por forças políticas o secretário não conseguia, a gente não acreditava, ele falava que fazia de tudo, mas no final quando vinha a pressão e mais outros querendo, porque ele era cirurgião traumatologista bucomaxilofacial, mas a vice era enfermeira [...].
Flor-de-porcelana

Infelizmente pouca gente tem acesso, eu digo poucos pacientes que precisam como eu falei, o pessoal do SUS, tem acesso a esse serviço porque há uma carência muito grande de profissionais com conhecimento para atuar dentro do hospital e o principal entrave é a questão política de colocar o cirurgião-dentista para dentro do hospital [...].
Hortênsia

[...] mas pra isso tem recursos, isso é decisão política porque onde há necessidade a gente tem que ver, porque ali é uma área disputada, é uma área nobre. Cravo

Categoria: "Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino"

Na tentativa de mostrar toda a complexidade do ambiente hospitalar, os participantes da pesquisa o caracterizam, descrevem, expressam as necessidades sentidas ao longo da jornada de trabalho. Contam as atividades desenvolvidas e mostram como e de que maneira o CD pode atuar em hospital. Fazem comparações com outros serviços, os quais presenciaram em algum momento de suas formações.

As subcategorias que compõem a categoria "Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino" são:

- Descrevendo a estrutura física e recursos disponíveis

- Expressando a necessidade de profissionais da odontologia para atuar no contexto hospitalar
- Valorizando o corporativismo e o conhecimento técnico da área médica
- Caracterizando o ambiente hospitalar
- Caracterizado o ambiente hospitalar como elemento da Rede de Atenção à Saúde
- Identificando o hospital como espaço de produção de conhecimento
- Relatando as atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista no contexto hospitalar
- A atuação do cirurgião-dentista qualificando e agilizando o atendimento
- Valorizando a atuação do cirurgião-dentista em hospital
- Pensando na odontologia no contexto hospitalar
- Identificando áreas da odontologia para atuação no contexto hospitalar
- Valorizando o conhecimento da odontologia e suas áreas especializadas
- Comparando a realidade de Florianópolis com outros municípios

Descrevendo a estrutura física e recursos disponíveis

Para situar a pesquisadora no contexto do serviço, os participantes sentem a necessidade de descrever a estrutura física e os recursos que os CD dispõem, para executar as atividades que lhes cabem.

[...] hoje fica todo mundo muito entulhado no consultório da gineco que é um consultório ruim, uma logística ruim, muita gente ficava dentro do consultório, não tem privacidade [...]. Gardênia

Ali no ambulatório a gente atende o paciente numa cadeira o que muitas vezes dificulta o exame clínico [...] coisas que aqui às vezes a gente faz com espátula de madeira, tem uma certa dificuldade pela estrutura que tem ali no ambulatório. Begônia

[...] a residente da odonto precisava de um raio-x do paciente para poder fazer a extração, a gente tentou marcar ali no CCS, não conseguimos, eles jogaram a data para mais de 10 dias e ela teve que fazer a extração sem ter o raio-x. Então, teria que ter uma integração muito mais ágil [...]. Margarida

Expressando a necessidade de profissionais da odontologia para atuar no contexto hospitalar

Os participantes, tanto os CD quanto os profissionais das outras áreas da saúde, sentem a necessidade de aumentar o serviço, isto é, expressam que gostariam de um número maior de CD, clínico geral e de diversas especialidades da odontologia atuando em conjunto, para dinamizar o trabalho da equipe e absorver a demanda de pacientes.

[...]tem que ter no mínimo aqui, sei lá, uns dois ou três, talvez quatro profissionais, dois para cada turno, manhã e tarde, para dar conta, fora os finais de semana [...]. Lisianto

[...] eu penso que o cirurgião-dentista generalista, como existe o hospitaleiro médico, o médico generalista, deveria ter o cirurgião-dentista clínico, vamos falar assim, que pudesse estar inserido dentro do hospital. Eu acho que seria fantástico, para a odontologia seria muito bom. Gerânio

[...] a carência de outro profissional, ou de outros profissionais, acho que precisa de mais gente para a equipe, para suprir a demanda desse paciente para tratamento odontológico que é gigantesca. [...] Para um ou dois cirurgiões-dentistas que estão atuando. Hortênsia

Valorizando o corporativismo e o conhecimento técnico da área médica

Houve a valorização do médico na fala dos CD. Os mesmos valorizam o conhecimento que eles detêm para atuar em hospital, tanto na parte de anatomia, fisiologia e farmacologia, quanto a postura deles perante os colegas e a união da classe. Também, admitem aprender, a

trabalhar em equipe por exemplo, quando estão em contato com os médicos.

[...] o cirurgião que também estava lá realizando plantão, o qual é médico e cirurgião-dentista, então graças a atitude de um médico-dentista é que nós conseguimos salvar o paciente, enquanto todos os outros 4 cirurgiões-dentistas sequer olhavam o paciente e só trocavam o antibiótico e o paciente ficou lá durante uma semana completa. Alecrim

[...] porque mais uma vez entra para o médico. Eles são muito forte, é uma categoria muito forte. Flor-de-porcelana

Isso eu aprendi legal com a parte médica, eu aprendi essa concepção de atendimento com os médicos. Trabalhar em equipe. Cravo

Caracterizando o ambiente hospitalar

Na ótica desses profissionais, o hospital é um espaço de aprendizado para estudantes de diversos cursos. É local de trabalho multidisciplinar, onde há uma facilidade maior para entrar em contato com as demais áreas e realizar a multidisciplinaridade. Para alguns, é considerado a casa do médico e está dividido em guetos. Possui uma dinâmica de trabalho própria, diferente da clínica convencional.

Contém um lado solidário, o qual atrai cidadãos, não importando a especialidade que possuem, para participar de associações de voluntários com objetivo comum de ajudar o próximo.

Porque ali dentro do hospital e principalmente dentro do centro cirúrgico é um templo dos médicos, é a propriedade deles, eles detém o conhecimento para estar ali, estudaram mais que todo mundo para estar ali e de fato eu reconheço, porque eles têm a vivência desde a graduação eles têm vivência no hospital e a gente não [...]. Hortênsia

Por exemplo, chega um paciente com abscesso, o residente ou o preceptor de clínica médica entra em contato com você "olha eu queria que você fizesse uma avaliação porque ele está com um abscesso gigantesco e a gente precisa saber de onde vem, o que acontece e tal, ele pode desenvolver uma sepses etc" então começa a acontecer uma coisa chamada multiprofissionalismo, ou seja, onde vários profissionais atendem um paciente, são responsáveis por esse paciente, é claro que nós, cirurgiões-dentistas, dentro da nossa área, sabemos lidar com os pacientes, só que visão hospitalar é um pouquinho diferente da de consultório. Gerânio

O que move o hospital? Bons serviços de apoio, aquele objetivo principal que é dar o conforto ao paciente, tratar o paciente. Azálea

Caracterizando o ambiente hospitalar com elemento da Rede de Atenção à Saúde

Na visão dos participantes a realização dos procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar é vantajosa para ambos, paciente e profissional. Eles relatam que é necessário o suporte tecnológico e de recursos humanos que o hospital oferece. Além de facilitar e agilizar o trabalho do profissional, proporciona maior conforto ao paciente, segurança ao profissional e resultado imediato na resolução do problema de saúde bucal.

É uma população que muitas vezes precisa ir para o hospital, que muitas vezes você não consegue com outro tipo de manejo, nem com manejo comportamental, não consegue com sedação consciente, a sedação via oral não é todo mundo que tem segurança para fazer, a gente sabe que tem alguns outros comprometimentos aí, então, as vezes, o ambiente hospitalar faz falta para o odontopediatra. Íris

[...] porque no fundo no fundo o tratamento (odontológico) em si é banal, mas a gravidade do paciente é que leva a necessidade do hospital. Hortênsia

Pedimos avaliação do cardiologista, avaliação do anesthesiologista, clínica médica, "olha nós vamos operar esse paciente por isso, por isso e por isso" então nós temos essa segurança, esse apoio que o hospital nos fornece é muito grande. Gerânio

Até em termos de exame "precisa de um hemograma" "precisa de uma tomografia" tudo é mais fácil por que a gente está num serviço dentro do hospital. Begônia

Identificando o hospital como espaço de produção de conhecimento

Os participantes relatam que aprendem diariamente quando estão atuando no ambiente hospitalar, interagem com outras áreas, entram em contato com diversos pacientes e, conseqüentemente, com vários problemas de saúde. Devido a isso, sempre estão estudando paralelamente para poder acompanhar o ritmo do contexto hospitalar, para poder conversar com os profissionais das outras áreas e tratar os pacientes com êxito.

Também evidenciam o hospital como espaço receptor de alunos e fonte de pesquisas para divulgação de conhecimento no meio científico.

[...] é quando a gente entra num hospital que a gente começa a ver o paciente como um todo [...] quando você trabalha num ambiente hospitalar aí realmente tu vê o tamanho, a dimensão que a odontologia tomou, que eu até então não tinha essa visão ampla como é agora. [...] é todo um contexto que só quem está dentro do hospital conhece, porque por mais que tenha um consultório ou clínica que você quer ver o teu paciente como um todo é dentro do hospital que tu vais ter a verdadeira realidade disso. Dália

[...] a partir do momento que eu entrei no hospital como concursado, aí lógico, você começa a se dedicar e começa a ter um aprimoramento fantástico, porque são informações quase que diárias de uma nova situação [...]. Gerânio

[...] as atividades das quais eu participei com os alunos, com os residentes da Residência Integrada Multiprofissional a gente aprende muito das outras áreas. Alfazema

Relatando as atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista no contexto hospitalar

Os participantes descrevem as atividades realizadas de acordo com a área específica, suas vivências e as demandas que lhes cabem.

Os CD que atendem pacientes com necessidades especiais e os cirurgiões traumatologistas bucomaxilofaciais são os profissionais que mais realizam seus procedimentos em centro cirúrgico. Segundo os especialistas em pacientes com necessidades especiais os procedimentos realizados são os mesmos de um generalista, com o diferencial que o paciente está sedado.

Relatam que fazem diagnóstico, tratamento de lesões, cirurgias ambulatoriais, acompanhamento, educação e orientação à saúde dos pacientes. Orientam e supervisionam alunos de projeto de extensão, da Residência, de disciplinas e também desenvolvem pesquisas, cumprem atividades administrativas e participam de reuniões.

Os residentes desempenham as atividades obrigatórias para o cumprimento da Residência, assistem aulas, apresentam casos clínicos, participam de reuniões e realizam o atendimento dos pacientes.

[...] a gente tem atendimento a tarde com os pacientes especiais, as aulas, as reuniões do projeto integrado, e a gente tem outros pacientes que vem, por exemplo, de transplante que já é uma rotina passarem pela odonto porque a gente tem que agendar esses atendimentos. Orquídea

[...] as atividades são as atividades clínicas, normalmente as mesmas que são desenvolvidas em um consultório ambulatorial, as mesmas, única forma que vai diferenciar o meu paciente aqui do consultório para o hospital é que ele vai estar sob anestesia geral, mas eu faço com ele o que eu faria no meu consultório. Camélia

[...] eu (médico) tiro a lesão da face, faço esvaziamento cervical, por exemplo, a lesão da língua e depois disso a residente (multiprofissional) já extrai todos os dentes necessários [...], aproveita que o paciente já está anestesiado, com anestesia geral, [...] é muito mais tranquilo para ela fazer com anestesia geral e o paciente já se recupera e já está pronto para a radioterapia. Lírio

[...] atendimento ambulatorial, na orientação dos pacientes, na parte de suporte a alguns profissionais da área da saúde, médicos e de outras áreas que vem solicitar a avaliação de pacientes que estão internados, na avaliação pré-cirúrgica, no acompanhamento de pacientes após a cirurgia na área de onco-hematologia. Flor de lótus

A atuação do cirurgião-dentista qualificando e agilizando o atendimento

Tanto os CD quanto os profissionais das outras áreas da saúde, percebem a importância do trabalho realizado pela odontologia no sentido de contribuir para a qualidade e agilidade do tratamento do paciente. Por meio disso, está sendo aceita a divisão do trabalho entre as diferentes áreas.

Os participantes colocam em evidência a atuação da odontologia na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, essa aparece muito forte na fala dos entrevistados, inclusive dos profissionais das outras áreas da saúde.

[...] depois que eles começaram a vir mais efetivamente, principalmente com o trabalho dos residentes juntos, a gente percebe eles sempre bem ativos, eles vêm no setor trocando ideias, orientações e tornam o trabalho muito mais efetivo, mais rápido, a melhora do paciente também é agilizada com isso, então assim, a participação é bem efetiva. Margarida

Imagina a vantagem para o paciente [...], daí ele teria que sair para procurar um cirurgião-dentista que fizesse isso, teria que cicatrizar para depois começar a radioterapia, então agora ele já está livre, esse paciente ganhou pelo menos um mês de tratamento. Lírio

Então o que eles (dermatologia) fazem agora: [...] "vão lá para a boca e cuidam o pêfigo" não, "a parte da boca eles (Estomatologia) que cuidam, fazem o laser, eles que fazem os corticóides de boca", economiza tempo, racionaliza o trabalho e o paciente é melhor servido. Azálea

Valorizando a atuação do cirurgião-dentista em hospital

A valorização do trabalho desenvolvido pelo CD no contexto hospitalar é identificada pelos participantes. Os CD percebem o crescimento dos serviços prestados ao longo dos anos e a importância dada pelos profissionais das outras áreas da saúde.

Como as doenças também são mais graves e eles sabem que tu vai ter experiência naquilo vão mandando o pepino cada vez maior. Azálea

[...] o serviço ganhou espaço, ganhou reconhecimento e agora já é uma referência no estado porque não tem outro local que ofereça esse serviço. [...] Tanto aceitação quanto respeito e reconhecimento, inclusive outras áreas já começaram a solicitar o nosso trabalho [...]. Flor de lótus

[...] aqui no Estado é praticamente o serviço de referência, não existe serviço no estado que faça o atendimento como é feito em nível hospitalar, por cirurgiões-dentistas que são cirurgiões capacitados. Begônia

Pensando na odontologia no contexto hospitalar

Na tentativa de explicar o porquê da inserção da odontologia no contexto hospitalar, os participantes atribuem motivos para estarem inseridos nesse ambiente e contam um pouco das suas rotinas de trabalho. Visualizam o que mais poderia ser feito para contribuir com a equipe de saúde na busca da prevenção e recuperação da saúde do paciente. E refletem sobre a OH, acreditando que a mesma inclui grandes e pequenas cirurgias, assistência clínica odontológica, educação em saúde, prevenção de agravos e promoção da saúde. Também evidenciam a compreensão das orientações de cuidados a saúde bucal à equipe de saúde e cuidadores dos pacientes, todas essas ações desenvolvidas em ambiente hospitalar. Da mesma forma, os profissionais das outras áreas da saúde apontam a atuação do CD como necessária e fundamental. Preocupam-se com a continuidade e fortalecimento do serviço da odontologia para prestar suporte ao trabalho da equipe.

A minha visão é que tanto a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial quanto a Estomatologia são pernas dessa odontologia hospitalar. E na minha concepção a odontologia hospitalar iria do mais trivial, que seria o tratamento de qualquer tipo de infecção bucal, desde a mais simples, por exemplo, uma cárie de um paciente dentro do hospital até as grandes cirurgias de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. E os grandes tratamentos, principalmente das doenças dermatológicas, as vesículo-bolhosas que podem levar o paciente à óbito. O estomatologista atuando em conjunto, por exemplo, com a dermatologia ou outras especialidades. Hoje a odontologia hospitalar para mim é qualquer tipo de conduta que exija um cuidado em saúde bucal de um paciente que está dentro do hospital. Gardênia

Então essa junção de Residência Multiprofissional incluindo a odontologia e mais a vinda da faculdade de odontologia, frente aos mestrados e doutorados, é que vieram a melhorar o atendimento do paciente. Lisianto

[...] nós temos um papel muito importante nisso, nós somos educadores do paciente, nós temos uma função muito diferenciada dentro da própria atuação. É diferenciada abrangendo tanto os níveis de prevenção, promoção da saúde, coadjuvantes, tratamento, percorre todos os níveis de atenção. Flor de lótus

[...] fazendo orientação para a equipe de enfermagem, para os cuidadores dos pacientes, como limpar uma boca, como detectar problemas eminentes, perceber que o paciente está sofrendo com dor de dente, que aquele paciente está com uma infecção bucal importante que está agravando o quadro geral dele. Uma vez eu fui chamado pela equipe do hospital [...] para ver um paciente que estava lá internado, com um quadro de septicemia, não tinha nada que justificasse a septicemia do paciente a não ser a doença bucal, examinamos e constatamos de fato uma infecção bucal grave, fizeram a cirurgia nele, em dois dias e o rapaz teve alta. Hortênsia

Identificando áreas da odontologia para atuação no contexto hospitalar

Na concepção dos participantes, todas as áreas da odontologia são importantes e possuem espaço para atuar no contexto hospitalar, pois há demanda. Evidenciam que o profissional deve ser capacitado para atuar em ambiente hospitalar e ter um conhecimento aprofundado sobre a saúde geral.

No entanto, as áreas da odontologia que aparecem com muita força nessa pesquisa são: CTBMF, Estomatologia e OPNE.

Os participantes também consideram que as áreas específicas da odontologia devem estar estruturadas de acordo com as características e necessidades da instituição. As quais determinarão a especialidade que melhor contribuirá com a equipe de saúde na obtenção da melhora do paciente que se encontra em tratamento.

[...] odontologia hospitalar. Eu sinceramente não sei se existe a necessidade dessa especialização, não sei. [...] poderia ser especialista em outras áreas e atuar dentro do hospital. Por isso que eu acho bem importante um cirurgião-dentista saber trabalhar dentro do hospital. Íris

[...] o diferencial entre um paciente e outro é o manejo, porque dentro da boca [...] a atuação do dentista é igual, a minha como a do cirurgião-dentista ali do outro lado da rua que é clínico geral. Agora o procedimento odontológico é o mesmo, mas o cara tem que ter um treinamento para saber chegar em cada tipo de paciente. Hortênsia

[...] as biópsias [...] essa parte compete ao cirurgião traumatologista bucomaxilofacial, ao estomatologista, agora a avaliação pura e simples odontológica eu acho que o clínico seria o profissional de direito. Gerânio

Eu não posso te dizer todas, todas, todas, porque imagino que deve haver alguma área que não tenha familiaridade, por exemplo, se você for pensar que todo paciente que tem cárie dentro do hospital tem um foco séptico você teria que ter um clínico geral para no mínimo remover aquela cárie e por uma restauração provisória. Se você for pensar que a principal forma do foco séptico se espalhar, é quando ele atinge a polpa, faz a necropulpar e chega no periápice, você tem que ter um clínico geral ou alguém que seja voltado para a Endodontia para fazer esse tipo de tratamento. Se você pensar na grande incidência de periodontite do Brasil e isso vai para dentro e fora do hospital, e dentro do hospital isso é um foco séptico, tem que ter um periodontista ou um clínico geral que tenha intimidade com a Periodontia. Se você for pensar nos pacientes que necessitam de diagnóstico de alguma doença que tenha um envolvimento sistêmico mais sério, você tem que obrigatoriamente pensar no estomatologista [...]. Gardênia

Valorizando o conhecimento da odontologia e suas áreas especializadas

Os participantes apontam a importância dos conhecimentos da odontologia junto à equipe de saúde, na obtenção de resultados satisfatórios de exames de diagnóstico, de cirurgias e de tratamentos. Contam casos de iatrogenias realizadas por profissionais despreparados para realizar determinada conduta, a qual deveria ter sido feita por um CD.

[...] quem aprende a odontologia de “cabo a rabo” na faculdade é o cirurgião-dentista, então um médico não vai estar habilitado, ele não vai ter o preparo para dar diagnóstico de uma lesão odontogênica. Então a gente acaba tendo muito erro de diagnóstico dessas lesões intra ósseas por falta de capacidade. Gardênia

[...] na minha opinião o pessoal da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é o melhor para resolver isso, porque médico não entende nada de nada de oclusão e é fundamental, imagina? Tratar fratura de mandíbula e não saber de oclusão, tratar uma fratura Lefort e não saber de oclusão? Não dá, ele tem que saber disso, e o médico não sabe, então não adianta. Eu não acho que o médico tem que fazer a cirurgia ortognática [...]. Lírio

E quem sabe mexer com boca é o cirurgião-dentista, o médico sabe olhar através da boca lá na garganta, mas quem mexe da garganta pra frente é o cirurgião-dentista e isso a gente precisa ter esse reconhecimento para ter esse valor dentro da equipe. Hortênsia

Comparando a realidade de Florianópolis com outros municípios

Relatando as experiências obtidas por onde percorreram, por motivos de trabalho ou de estudo, os profissionais comparam os seus serviços de Florianópolis com outras realidades. Conforme a região do país e a especialidade, percebem que o serviço no qual estão inseridos atualmente está mais adiantado ou atrasado em relação aos outros, de acordo com a época e contexto em que vivenciaram.

[...] era um estágio que tinha um volume maior de fraturas do que aqui, não sei te dizer precisamente, mas provavelmente 4 vezes maior porque tinha muito paciente internado sempre. Delfim

[...] já tinha pelo menos em torno de 10 anos a coisa caminhando, caminhando bem, caminhando forte, não só como estômato, mas com toda essa visão do paciente, do cirurgião-dentista na UTI, nas unidades de quimio, de rádio, [...] e essa mentalidade está muito bem estabelecida lá. Gardênia

O hospital é bem diferente porque é só câncer, então o hospital tem uma estrutura bem legal com os pacientes. Atende pacientes do estado inteiro e os pacientes tem mais apoio do que o que a gente vê aqui, claro que aqui também não é um hospital de câncer, é um hospital geral, então tem algumas dificuldades a mais. Gérbera

Categoria: "A educação e a formação para atuação profissional"

A questão do preparo para a atuação profissional permeia pelo discurso dos participantes. Refletem vários aspectos do ensino da odontologia, a necessidade de alunos pró-ativos e, também, apontam a formação com todos os seus aspectos subjetivos como fundamental, para atingir o nível profissional de acordo com a realidade do país.

As subcategorias que compõem a categoria "A educação e a formação para a atuação profissional" são:

a) Na Graduação

- Comparando o ensino da medicina com o da odontologia
- Refletindo sobre o ensino da odontologia
- Opinando sobre o ensino da odontologia
- Apontando aspectos positivos do ensino da odontologia
- Apontando o aluno como corresponsável pela sua formação

b) Na Formação

- Influências do percurso pessoal e profissional
- Caracterizando o perfil profissional para atuar em ambiente hospitalar
- A Odontologia hospitalar e o sistema de ensino

- A universidade como referência aos estudantes e profissionais
- Questionando a finalidade dos títulos de pós-graduação
- Criticando a hiperespecialização
- Evidenciando a importância da prática para exercer a odontologia
- Indicando a importância da atuação de alguns professores
- Apontando a necessidade de desenvolver habilidades para atuar no contexto hospitalar
- Encorajando a vivência em ambiente hospitalar

a) Na Graduação

Comparando o ensino da medicina com o da odontologia

Para os CD, o curso de graduação de medicina é bem mais embasado para o trabalho em ambiente hospitalar, desde as áreas básicas até o ensino de noções administrativas para o futuro profissional. Observam que os estudantes de medicina têm contato com o hospital desde o início da graduação, o que facilita a familiaridade e o conhecimento da dinâmica do ambiente hospitalar, além de toda a parte de saúde geral e de anatomia que são obrigados a estudar e vivenciar na prática.

O médico não começa a aprender tudo para trabalhar no consultório, ele aprende para trabalhar no hospital, então desde a graduação eles estão no hospital, o cirurgião-dentista não. O cirurgião-dentista nunca vai no hospital. Flor-de-porcelana

[...] eles não têm o conhecimento da odontologia, mas nós cirurgiões-dentistas temos que estar sempre correndo atrás das informações médicas, veja na farmacologia, por exemplo, o cirurgião-dentista é muito fraco em farmacologia [...] então é uma falha que eu vejo que vem desde a graduação [...]. Gerânio

Então falta muito essa visão do cirurgião-dentista, que eu acho que é diferente do médico, por exemplo, na formação o médico aprende desde cedo uma noção de administração, de mercado, de como fazer a clínica privada dar certo, já o cirurgião-dentista sai da faculdade só com o conhecimento técnico, o administrativo não tem e aí sai sem noção nenhuma do mercado. Hortênsia

Refletindo sobre o ensino da odontologia

De acordo com a experiência dos participantes como professores e tutores, relatam que os alunos estão saindo despreparados da faculdade de odontologia para ingressar no mercado de trabalho atual. Apontam que há falhas graves nas disciplinas de área básica, que falta uma matriz curricular e preparo por parte de alguns professores. Na visão deles ainda é um curso muito voltado para a técnica, onde não há conexão entre teoria e prática e entre as áreas da odontologia. Trabalha-se pouco os aspectos de prevenção e orientação ao paciente. De maneira geral, o egresso do curso de odontologia não tem conhecimento sobre as relações da saúde bucal e as doenças sistêmicas e possui dificuldade em trabalhar em grupo.

Contam que a formação que receberam foi voltada para a clínica privada e, a grande maioria dos participantes, não obteve contato com o ambiente hospitalar durante a graduação.

Quando é coisa assim, quando já chega "ah eu tenho um dente pra tirar, mas ninguém quer fazer" a gente já pergunta "que doença você tem?" porque para não querer atender é por causa disso. Orquídea

[...] ainda faltam muito para estar no meio do hospital porque já começa até com a parte básica de anatomia que eu vejo que eles não sabem muito. Como o sistema respiratório, coisas pequenas assim que as vezes não precisa saber toda a fisiologia, como tudo funciona, mas tem que ter alguma noção porque o anestesista vai falar com você, alguém vai falar contigo, a gente acaba ficando muito voltado para o consultório e a parte sistêmica mais complexa, fica mais difícil. Flor-de-porcelana

[...] não tem o preparo para atender esses pacientes. Eles (professores) têm dúvidas e tendo dúvidas eles têm receio, então as vezes eles passam para o aluno aquela coisa "ah esse paciente não dá para atender aqui, tem que encaminhar", que é para algum especialista e as vezes são coisas simples. Flor de lótus

[...] bioquímica é importantíssimo para nós, mas eles estão indo para bioquímica voltada para a fórmula, o aluno tem que decorar, e nós queremos uma bioquímica conceitual. Cravo

Eu vejo quando nós fazemos os nossos cursos de atualização em cirurgia e Estomatologia, os alunos não sabem diferenciar uma lesão de um tecido de normalidade. Então torna-se um pouco complicado. Gerânio

Opinando sobre o ensino da odontologia

Na concepção dos participantes é necessário abarcar uma lógica de atendimento em equipe e vinculada ao serviço. Oferecer disciplinas de extensão como optativas para os alunos aprofundarem os conhecimentos práticos, teóricos e desenvolver pesquisas, isso poderia ajudar na formação da matriz curricular.

Emerge muito forte na fala dos participantes a importância das áreas de conhecimento básico. Sugerem que haja maior enfoque nessas áreas nos currículos dos cursos de graduação em odontologia.

Na questão da OH, alguns participantes da pesquisa acreditam que se deve contemplar uma parte introdutória na graduação. Mostrando como o CD pode atuar no ambiente hospitalar e a dinâmica de trabalho nesse contexto. Nesse sentido, os alunos que se identificarem com esta atuação podem buscar o conhecimento mais específico por meio de projetos de extensão, estágios e até mesmo na pós-graduação.

Por outro lado, participantes opinam que deveria haver a entrada dos alunos no contexto hospitalar desde a graduação, para haver um contato maior com os outros profissionais, pacientes, a rotina, enfim com a realidade desse ambiente.

A integração das áreas da saúde em algum momento do curso de graduação, também é mencionada no discurso dos participantes, como

muito importante para a formação profissional e atendimento dos pacientes.

[...] a gente precisa juntar e não separar, que é isso que falta, que isso é que vai fazer diferença lá no futuro, de atender melhor o paciente. Enquanto cada faculdade fizer as coisas em separado e não tentar em algum momento juntar isso, nem que faça, sei lá? um caso clínico, faz um negócio que tenha odonto, tem nutrição, até fisioterapia porque as vezes tem a ver com pós cirurgia, então o cirurgião, o clínico. Lisianto

eu acho importante para o aluno ter essa vivencia [...], as vezes terão muitos que vão se identificar mais do que outros, mas pelo menos saber que existe, saber que o cirurgião-dentista tem que atuar em nível hospitalar. Eu acho que é importante ter alguma disciplina na graduação que mostre isso, mesmo que seja optativa, e a nível, de pós-graduação também [...]. Eu acho que é importante, até para saber conviver com outros profissionais da saúde, trabalhar em equipe [...]. Begônia

[...] existe na verdade uma falta de conhecimento dentro da área da odontologia que abranja melhores conhecimentos, talvez mudando o currículo nesse sentido de abranger mais a área de doenças sistêmicas, enfim, que os profissionais fiquem mais preparados e que daí eles tenham condições de atuar também em ambiente hospitalar. Flor de lótus

[...] eu até achava que a bioquímica da parte dentária, deveria ser assumida por nós (cirurgiões-dentistas), não para tirar deles, mas porque nós temos mais propriedade. Cravo

Precisaria de um treinamento para lidar com cada grupo de pacientes dentro do hospital, então aqui é a ala dos queimados "como é que eu vou chegar lá e o que eu preciso para chegar lá?" "ah, a oncologia, como é que eu abordo esse paciente aqui?" "ah, o psiquiatra o que eu faço com esses aqui", então treinados numa rede cada grupo [...]. Hortênsia

Apontando aspectos positivos do ensino da odontologia

De acordo com a experiência e realidade de cada participante, eles mostram os aspectos em que obtiveram avanços no ensino da odontologia. Pensam que esses podem contribuir no aprendizado no sentido de adquirir uma visão mais holística da situação.

Tem alguns procedimentos que eles trabalham nos níveis de atenção. [...] atendimento nos postos de saúde junto com o profissional da rede vendo a realidade [...]. Cravo

[...] eu acho que uma das coisas principais que mudou aqui foi a parte da odontologia mais voltada para o SUS, que eu acho um aspecto muito positivo. Acho que prepara muito melhor o profissional, ele tem uma visão muito mais ampla, pelo menos dentro da interação comunitária que tem aqui, eu vejo que o pessoal trabalha nos aspectos de prevenção [...]. Flor de lótus

[...] o estágio interdisciplinar na nona fase que tem várias opções, a gente nesse semestre tem 9 ou 10 alunos conosco trabalhando em hospital. Alfazema

Apontando o aluno como corresponsável pela sua formação

Embasados nas DCN para os cursos de odontologia, os participantes acreditam que o aluno deve ter autonomia suficiente para se tornar corresponsável pela sua própria formação. E a universidade deve oferecer os meios para que ele possa realizá-la da melhor maneira possível.

Os cursos que eles fazem é o mesmo, a graduação é essa, as diretrizes curriculares nacionais focam no que? Num profissional generalista, pensando agora em regras. Agora, com as disciplinas optativas que a gente dá a oportunidade para aquele aluno que tem uma tendência para alguma coisa, ir buscar o seu caminho. Alfazema

[...] eu falava em sala de aula e partilhava, dizia para os alunos das necessidades que a gente tinha de mostrar o nosso conhecimento e tinha que correr atrás, não podia se acomodar. Petúnia

Poderia ser disciplinas como áreas de extensão de pesquisa, como formadoras reais, com carga horária fixa dentro da autonomia do aluno e não obrigatória. Para dar autonomia. Porque assim "eu quero fazer saúde coletiva e não quero hospital" então eu tenho que dar uma autonomia para o cidadão, para o aluno ser sujeito do seu próprio destino. Cravo

b) Na Formação

Influências do percurso pessoal e profissional

Está presente na fala dos participantes a influência da família na formação dos indivíduos, tanto para o futuro profissional quanto para a vida. Possuir uma estrutura familiar sólida é visto como a base para a formação dos cidadãos em diversos aspectos da complexidade do ser humano. Dentro das relações familiares, dos seus problemas, situação financeira, maneira de encarar a vida, em fim a realidade de cada família. São requisitos que podem influenciar na tomada de decisões ao longo da vida.

Eu atuei dentro do consultório por muitos anos, tenho um pai que fez isso durante 50 anos, eu cresci vendo o meu pai trabalhar. Gerânio

[...] meu irmão gêmeo é especial e por ser especial ele sobreviveu muito pouquinho e faleceu. [...] eu já atendi vários pacientes com a mesma deficiência do meu irmão. Então cada vez que eu vejo assim, poderia ser meu irmão. Eu ia gostar que alguém atendesse ele. Açucena

A formação não é essencial porque por si só é ordinária, a formação é obrigatória, [...] tem que ter criatividade e talento. E o talento é inato e a formação é familiar para tu teres iniciativa e criatividade. Alecrim

Caracterizando o perfil profissional para atuar em ambiente hospitalar

A questão do perfil profissional é levantada como muito importante para atuar em hospital. Os participantes apontam algumas características que consideram importantes, tais como: humildade, responsabilidade, competência técnica, respeito, saber trabalhar em equipe, compreender seus limites, flexibilidade e estrutura psicológica.

Acreditam que são necessários bons profissionais em todas as áreas e que não é demérito não possuir atributos suficientes para atuar nesse contexto.

[...] a competência técnica que eu acho que acaba sendo menos importante, se a pessoa quer aprender, se a pessoa quer crescer. Mas também, tem que ter a competência de relacionamento, sem isso, seja com paciente, seja com enfermeiro, seja com atendente que fica lá na frente que é aquela heroína que fica recebendo o paciente, tem que ter essa capacidade. Alfazema

[...] acima de tudo tem que gostar de desafio, se for acomodado "hum-hum", tem que gostar de desafio porque é bem desafiador, você pega pacientes com perfil totalmente diferente. Azálea

Precisa ter formação e compromisso com o hospital, compromisso com o paciente eu estou falando [...]. Se tiver responsabilidade e compromisso com o paciente é o suficiente. Girassol

Tu precisa um pouco mais de flexibilidade, um pouco mais de paciência, você precisa de mais carinho para dar para esse paciente [...]. Gérbera

A Odontologia hospitalar e o sistema de ensino

Os participantes da pesquisa, especialmente os professores e os profissionais das outras áreas da saúde, relatam a falta de tempo por parte dos professores da odontologia, para realizar todas as atividades no curso de graduação e pós-graduação de odontologia e no contexto hospitalar.

Refletindo a respeito do sistema de ensino, acreditam que não há uma boa organização para que haja um melhor aproveitamento da mão de obra especializada e do tempo que os profissionais dispõem.

A maioria revela que não teve disciplina específica para atuar no contexto hospitalar durante a pós-graduação, opinam que algumas áreas deveriam contemplar o ensino para esta atuação, como por exemplo, a Odontopediatria.

Contam, também, um pouco de como funciona o programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, os momentos de atendimento ao paciente, aulas e contato com as demais áreas da saúde.

De maneira geral, pensam que deve haver uma mudança em toda a estrutura pública de ensino, que conseqüentemente refletirá no serviço.

Porque os professores que estão ali não têm carga horária para estarem atendendo pacientes. Eles não são funcionários do hospital. Ali é um serviço de extensão para os alunos estarem tendo contato com aquele ambiente, mas ele não é funcionário do hospital. Flor-de-porcelana

[...] aqui (Brasil) a gente tem que fazer clínica, tem que fazer pesquisa, tem que fazer tudo e não dá, é incompatível. Eu acho que está chegando em um ponto que os professores que são sérios, eles estão num ponto de esgotamento impressionante!
Azálea

[...] acho que é um passo que até o próprio ministério da saúde, da educação deram desde que eles passem a absorver esses profissionais, porque não adianta só formar e não absorver, a nossa residente está trabalhando num posto de saúde no interior, o que é uma tristeza. Alfazema

[...] a estrutura toda tem que mudar não só a cabeça dos professores, é quem forma os professores. Alecrim

A universidade como referência aos estudantes e profissionais

Para os participantes, a universidade deve ser o ponto de referência para os estudantes e profissionais. Porém, acreditam que uma reestruturação é necessária. Desde os recursos humanos e sua lógica de contratação, até a formação dos futuros profissionais e/ou professores.

Opinam que poderia haver espaço para todos os profissionais atuarem em uma universidade, tais como: especialistas, mestres e doutores, ou seja, cada um executando a sua função em espaços e colocações determinadas, de acordo com a formação e titulação do profissional.

Em relação à formação, na visão dos participantes, deveria existir a união das áreas da saúde em alguns momentos desde a graduação, para que haja interação entre os futuros profissionais, viabilizando o aprendizado de maneira ampla.

Há críticas em que a universidade não estimula os estudantes para que tenham iniciativa e autonomia, mas que foca na orientação da busca de concursos público para tornarem-se funcionários do governo.

Por que até a própria estrutura universitária brasileira é engraçada, ela te proíbe de exercer a tua profissão. Então, que tipo de professores nós temos? Padres que falam sobre aconselhamento matrimonial e sequer têm filhos, sequer tem relações estáveis e saudáveis, são como padres. [...] E a educação brasileira não estimula a iniciativa e a criatividade e muito menos a obstinação, persistência e hierarquia de atos. Então é uma baita confusão. Alecrim

[...] a universidade entenda que a gente precisa juntar e não separar, que é isso que falta, que isso vai fazer diferença lá no futuro, de atender melhor o paciente. Lisianto

Questionando a finalidade dos títulos de pós-graduação

Alguns participantes refletem sobre os títulos de pós-graduação e apontam que não é o essencial, o que importa é a capacidade de dedicação. Criticam os professores que não exercem a prática profissional. Aqueles que apenas possuem títulos, porém sem experiência na profissão.

Comparam os programas de Residência e especialização em CTBMF, mostram que a Residência prepara melhor, pois é um curso de dedicação integral e realizado dentro do contexto hospitalar. Já a especialização tem uma periodicidade menor, apenas capacita o profissional em cirurgia oral.

[...] gente sem experiência sendo doutores, sem sequer ter experiências na profissão e já é doutor. Complicado isso, complicado. Porque o doutor é a minha referência de mestre máximo pedagógico, dentro da minha profissão e na verdade são despreparados, são inexperientes. Talvez estejam preparados, mas são inexperientes. Alecrim

A pessoa tem aulas teóricas, tem a cada 15 dias contato com o hospital, fica 2 ou 3 dias dentro do hospital, fica muito pouco. Daí é um ano e meio a pessoa é especialista. Se comparar com o residente que fica 3 anos “full time” dentro do hospital, com o especializando que fica um ano e meio em finais de semana? [...]. Girassol

Criticando a hiperespecialização

Pensando na especialização em OH, os participantes receiam que esta poderia tomar o rumo da hiperespecialização. Preocupam-se com a existência da fragmentação e da subespecialização, como por exemplo a Periodontia hospitalar e/ou Endodontia hospitalar. Acreditam que se deve conhecer mais sobre a saúde geral e sobre as pessoas, pois os

procedimentos da odontologia são basicamente os mesmos, o que muda é o contexto e o manejo do paciente.

[...] eu acho que essa odontologia para pacientes oncológicos na verdade é uma superespecialidade, eu acho que não deixa de ser um paciente especial, que também não deixa de ser um paciente da Estomatologia [...]. Azálea

[...] lutei pela especialidade para pacientes especiais e não me arrependo, mas ela por si só está esvaziando e por que? Porque daqui a pouco eu vou ter que ter um especialista em pacientes especiais para fazer Endodontia, para fazer isso, para fazer aquilo e na realidade não é, a lógica do atendimento não pode ser isso. Não pode ser fragmentada de especializações em sub, sub, sub [...]. Cravo

Pacientes que estão pedindo para ser atendidos como pessoas e estão sendo atendidos, às vezes, como um conduto radicular [...]. Camélia

Evidenciando a importância da prática para exercer a odontologia

Segundo a experiência dos participantes, o exercício prático da odontologia é muito importante para a formação do futuro profissional e para o aprimoramento dos profissionais que já estão atuando no mercado de trabalho. Partem da premissa que o aprendizado é constante, pois estão sempre aprendendo através da prática da profissão e do contato com os outros profissionais.

[...] o estágio me ajudou muito, porque só estudar sem ter a prática, acho que sem aplicar o que você estudou fica muito difícil, porque é só decoreba a gente não sabe realmente o que precisa saber ou não, então o estágio me ajudou muito. Angélica

[...] normalmente as melhores notas teóricas não são os melhores na vida prática [...]. Os melhores alunos em termos de prova são medíocres na grande maioria, na grande maioria e é isso que vai acontecendo, na 7ª, na 8ª e na 9ª fase. Alecrim

[...] o aprendizado do dia a dia, que esse a gente não pode perder de vista, que tem outras formas. Você aprende todos os dias. Nos próprios casos que aparecem. Alfazema

Indicando a importância da atuação de alguns professores

Os participantes valorizam a passagem de alguns professores em suas vidas. Contam que tiveram figuras importantes durante a formação. Essas serviram de inspiração, exemplo e os ajudaram a crescer na profissão, com seus ensinamentos, conselhos, generosidade e flexibilidade. Evidenciam que tais professores os estimularam e os exigiram também, contribuindo com a sua formação na OH.

[...] tudo o que ele fazia, das aulas que ele preparava, ele me mostrava e cobrava de mim qual é o diagnóstico, porque eu fui aluna dele no mestrado [...]. [...] os outros cirurgiões-dentistas que o conheciam pediam a opinião dele, e ele sempre me chamava "o que você acha que é esse caso?" e assim eu comecei a fazer diagnósticos. Petúnia

Então devido a esses 2 profissionais, logo ao final do curso eu passei a executar cirurgias e também passei a fazer muita Endodontia. Alecrim

[...] eles me estimularam a fazer a parte de professora substituta, então desde essa época eu fiz concurso para substituta e atuava nessa área [...]. Flor-de-porcelana

Apontando a necessidade de desenvolver habilidades para atuar no contexto hospitalar

Na concepção dos participantes a formação é necessária para poder atuar no contexto hospitalar. Para a maioria deles, o contato com o hospital desde a graduação é importantíssimo, pois é um ambiente onde facilita a compreensão da interdisciplinaridade, da percepção da saúde de forma ampliada, o aprendizado para o trabalho em equipe e, também, porque é uma área de mercado que está surgindo.

Exemplificam que o estudante que possui experiência em hospital, começa a compreender, também, que tudo o que é removido do

paciente deve ser enviado para análise, e não descartar no lixo, como ocorre por vezes. Dessa forma, se tornará um profissional diferenciado, mesmo que atue em clínica privada ou no centro de saúde.

Conforme a vivência que obtiveram, os participantes contam que observam um certo receio em relação ao ambiente hospitalar por parte de CD, não sabem conversar com outros profissionais, ou seja, não estão familiarizados. Evidenciam, também, que instrumentais e suas nomenclaturas são diferentes e isso tudo deve ser aprendido antes de iniciar a atuar.

Sugerem que poderiam existir estágios no contexto hospitalar durante o curso de algumas especialidades, como a OPNE.

Essa concepção do hospital ela é muito interessante para a odontologia porque ela vai perceber a interdisciplinaridade. Cravo

Vejo como uma necessidade também de haver uma mudança no ensino e nesse sentido um enfoque mais voltado para esse ambiente, por ser uma área nova que vai abrir mercado de trabalho para o cirurgião-dentista. Flor de lótus

E isso eu tive a oportunidade de ver porque eu não sabia que era tanto, porque queira ou não eu sempre estava com alunos da Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, mas quando eu passei a estar aqui na minha clínica e dar cursos de especialização em Implantodontia eu comecei a perceber que eles não conseguiam nem diferenciar o que era assepsia, antisepsia, montagem de campo, eles estavam acostumados a ter tudo como se fosse na clínica assim, pegavam a caixa, todos os instrumentais e não forram a mesa. Flor-de-porcelana

Necessariamente a gente precisa ter aluno capacitado, não dá para pegar o cirurgião-dentista cru e por dentro do hospital e achar que dá, então a gente vê pelos nossos residentes (multiprofissional) que eram alunos fantásticos na graduação, a maioria deles eram ótimos, mas quando chegam ali dentro do hospital você tem que ensinar a técnica, não sabem o que fazer. Gardênia

Tem que saber pedir exame, tem que saber a rotina de um hospital, tem que saber como falar com o pessoal da enfermagem, a linguagem de como falar com o médico e com os outros profissionais [...]. Azálea

[...] o cirurgião-dentista quando está dentro do ambiente hospitalar vai ver uma outra realidade, uma realidade talvez mais agressiva do que ele vê lá fora, e outra vai dar mais experiência para quando chegar lá e atender um paciente, ele já vai perguntar "o senhor tem alguma mancha no corpo? Tem alguma coisa?" já vai ficar de olho para não mexer num paciente de cinco mil plaquetas. Ele já vai ter mais ideia, e também não vai ter tanto medo de mexer numa boca de um paciente com vinte mil plaquetas ou com 300 hematócritos. Lisianto

Encorajando a vivência em ambiente hospitalar

Os participantes da pesquisa contam que incentivam alunos e profissionais a obter experiência no ambiente hospitalar. Oportunizam atividades nesse contexto através de estágios, pesquisas e projetos de extensão.

[...] tentando dar uma visão sem especialidade para o cirurgião-dentista, uma visão ampla, uma visão que ele consiga atender todas as necessidades do paciente [...]. Gardênia

Orientação de profissionais voluntários, que a gente faz, o que a gente chama de educação permanente. Então nós sempre tínhamos, inclusive uma fila de espera. Primeiro nós começamos com 2 profissionais voluntários, depois passamos para 3 profissionais voluntários. Petúnia

5 APRESENTANDO O FENÔMENO

Com o objetivo de compreender a atuação do CD no contexto de HE, por meio da vivência, ações e interações de profissionais que atuam nessas instituições, e a partir da análise dos dados coletados, emergiram sete categorias e cinquenta e seis subcategorias. Essas possuem relações dinâmicas entre si, por vezes se complementam, por vezes se opõem. Não se apresentam como unidades independentes, mas complexas, dentro de um processo contínuo de interação.

A categoria central, ou seja, o fenômeno, emergiu por meio da expressão e manifestação dos participantes, representadas pelas categorias e subcategorias. Essas são elementos constituintes do processo de compreensão do fenômeno, com suas relações, conexões, associações e interações. Portanto realizou-se a abstração de todo o processo da pesquisa, em outras palavras, da experiência com as entrevistas, das palavras proferidas, das expressões guardadas e emitidas, da definição e indefinição até chegar ao fenômeno: **A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar** (Figura 4). Esse representa o conjunto de ações e relações provenientes da realidade.

A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar reflete como está ocorrendo a atuação do CD no contexto hospitalar. É um fenômeno complexo, que abrange várias faces da realidade, que engloba os CD com suas trajetórias acadêmicas e de vida, ou seja, o ser humano com toda a sua subjetividade e complexidade, o usuário e seu contexto, a situação do CD enquanto profissional da odontologia inserido em um mercado de trabalho, a dimensão político organizacional, o hospital como espaço de trabalho e ensino e a educação e formação para exercer a profissão.

No entanto, as relações entre os profissionais estão se desenvolvendo de forma assimétrica, no sentido de que há espaços em que ocorrem interações e trocas de conhecimento, aqueles momentos quando apenas cada área atua dentro do próprio campo de conhecimento, sem haver interações e adição de novos saberes e, também, áreas que não interagem por inflexibilidade de alguns atores ou até mesmo por não possuírem afinidade, ou seja, uma não reconhece que necessita da outra. Sendo assim, está ocorrendo um processo de construção da interdisciplinaridade dentro de alguns espaços e grupos no contexto hospitalar. Cabe ressaltar, que a entrada da odontologia na

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde foi considerada como um dos pontos chave para a realização das interações entre as diferentes áreas de conhecimento, havendo trocas de saberes e participação mais efetiva dos profissionais.

As relações de trabalho de forma hierarquizada possuem raízes culturais e históricas, devido à formação profissional diferenciada e do valor dado às condutas na assistência ao usuário (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009). No entanto mesmo em relações de assimetria pode-se alcançar a interdisciplinaridade, por meio do agir comunicativo (PEDUZZI, 2001).

Refletindo sobre o fenômeno **A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar**, gerado através dos dados dessa pesquisa, entende-se a necessidade da reforma do pensamento para atuar na saúde. Como Morin (2003) aponta, deve haver a compreensão de que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes. Além disso, é importante reconhecer que a desordem faz parte dos processos sociais, para tanto defende a transformação de um pensamento que isola por um que une, ou seja, substituir um pensamento redutor por um pensamento complexo.



Figura 4: Apresentando o Fenômeno

Modelo Teórico

A discussão dos resultados da pesquisa é apresentada por meio de um modelo organizado de acordo com a estrutura do modelo paradigmático: contexto, condição causal, condição interveniente, estratégias e consequências (Figura 5). Na TFD, relacionam-se as subcategorias às categorias em um conjunto de relações que permite pensar sistematicamente sobre os dados e relacioná-los de maneira complexa, onde se contextualiza o fenômeno relacionando estrutura com processo (STRAUSS; CORBIN, 1990, 2008). Esse modelo representa a Teoria Substantiva para a compreensão da atuação do CD no contexto hospitalar. Essa teoria reflete a estrutura, ou seja, as ocorrências nas quais problemas, questões, acontecimentos inerentes ao fenômeno, A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar, estão situados e, também, o processo, a interação entre as pessoas, organizações e comunidades em resposta a certos problemas e questões. Dessa forma, a relação estrutura e processo apreende a dinâmica e a natureza evolutiva dos eventos (Figura 6).



Figura 5: Estrutura do Modelo Paradigmático. Fonte: Adaptado de Sousa (2008).



Figura 6: Modelo Teórico

Contexto

Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino é considerado contexto, pois essa categoria revela o local onde o fenômeno ocorre e representa o conjunto específico de condições onde se desenrola o fenômeno. Dentro dessa conjuntura, os participantes abordam a complexidade da instituição, caracterizando, descrevendo e expressando os obstáculos em seus trabalhos. Relatam as atividades desenvolvidas e revelam de que maneira o CD pode atuar na equipe de saúde.

A necessidade de infraestrutura, para desenvolver melhor o trabalho e prover uma atenção adequada ao usuário, foi evidenciada pelos participantes da pesquisa. Segundo eles, o espaço físico não está adequado para receber alunos e atender pacientes, tanto na logística quanto nos equipamentos odontológicos. A pesquisa de Mello et al. (2014), realizada na região da grande Florianópolis, indica como uma das dificuldades adicionais para a fluidez da rede de atenção à saúde, a escassez de recursos materiais em questões de quantidade e qualidade. Os autores elencaram a restrição de espaço físico, de equipamentos e a fragilidade do serviço de apoio diagnóstico com poucos equipamentos de Raios X (RX), assim como o fizeram os participantes deste estudo. Além de possuir conhecimentos peculiares, para exercer a odontologia é necessário espaço físico, instalações e equipamentos específicos para desempenhar as atividades; isso deve-se às características inerentes à profissão (SUSLIK; PERES, 2012).

Em relação aos recursos humanos, tanto os CD quanto os profissionais das outras áreas da saúde, manifestaram a necessidade de haver um número maior de profissionais com o objetivo de dinamizar o trabalho da equipe e absorver a demanda de pacientes.

Como exemplo disso, em 1987, nos Estados Unidos, já se considerava a profilaxia da cavidade bucal uma ação de rotina como parte do cuidado integral para a preparação de pacientes que se submeteriam a cirurgias cardíacas e terapias de radiações de cabeça e pescoço. Os CD também já estavam envolvidos no cuidado de pacientes com distúrbios craniofaciais, aqueles sob tratamento de diálises e pacientes que necessitassem de terapias medicamentosas em instituições de longa permanência (EMPHASIS, 1987).

Ao longo das entrevistas, o hospital, por ser o ambiente de trabalho dos entrevistados, foi caracterizado. Na concepção dos profissionais, é um local de aprendizado para estudantes de diferentes cursos e espaço de trabalho multidisciplinar. Para alguns participantes é

considerado a casa do médico e está dividido em guetos. Apontam, também, para a dinâmica de trabalho particular dessas instituições e a característica de espaço de relações solidárias.

A origem do termo hospital é latina (*Hospitalis*) e relativamente recente. Deriva de *hospes* que é sinônimo de hóspedes, antigamente recebiam peregrinos, pobres e enfermos. A palavra hospital atualmente possui a mesma definição de *nosocomium*, de procedência grega, com o significado de tratar os doentes (BRASIL, 1965).

O hospital é um ambiente propício para a produção de conhecimento, segundo os entrevistados. O aprendizado é diário, pois interagem com outras áreas do conhecimento e examinam diversos pacientes com múltiplos acometimentos. Observam que dessa forma instiga ao estudo em paralelo para acompanhar o ritmo do contexto hospitalar, interagir com os profissionais das outras áreas e tratar os pacientes com êxito. Além de, também, receber alunos dos cursos de graduação e Residência e ser fonte de pesquisas para divulgação de conhecimento no meio científico.

Historicamente, ao final do século XVIII se origina o hospital como instrumento terapêutico. Em torno de 1780 surge a consciência de que o hospital pode e deve ser um local destinado a curar, possuindo uma inovação prática: a visita e a observação sistemáticas (FOUCAULT, 2003a).

Havia a necessidade de aprendizagem através da prática, os estudantes realizavam visitas aos hospitais, local em que alguns completavam a sua formação, residiam e exerciam a profissão, sob o olhar de um médico. O hospital desempenhava duplo papel, era o local das verdades sistemáticas para o médico e onde se realizavam as experiências livres para o conhecimento (FOUCAULT, 2003b).

No discurso dos CD, também, há a valorização do médico. No sentido de reconhecer o saber dos mesmos para atuar em hospital e o corporativismo da classe. Percebem a familiaridade que os médicos possuem com o ambiente hospitalar.

Com a intenção de impedir o contágio mútuo entre as pessoas internadas e os profissionais, idealizou-se um projeto com uma série de medidas. Esse projeto acabou influenciando a construção de muitos hospitais em diversos países no século XIX, entre eles o Brasil (ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 2003a).

Esse fato foi um marco importante para a aproximação dos médicos aos hospitais. A partir disso os médicos foram elevados ao topo da hierarquia técnica e administrativa dos hospitais contemporâneos, onde assumiriam o controle de todos os aspectos funcionais, tornando-

os local da prática e do ensino médico (ANTUNES, 1991; FOUCAULT, 2003a). Percebe-se, a partir disso, que é histórica a associação do médico com a instituição hospitalar.

Na concepção de Suslik e Peres (2012, p.12),

[...] o hospital deve ser uma instituição dinâmica, em constante evolução e adequação, que tem como meta prover assistência à saúde de forma integral e de qualidade. Para que isso aconteça os hospitais estão cada vez mais equipados e especializados; além da alta tecnologia, o investimento em capital humano é um diferencial para a atenção à saúde integral e de qualidade, além de otimizar os recursos disponíveis.

Os CD participantes deste estudo refletem sobre a odontologia no contexto hospitalar. Na concepção dos mesmos a atenção odontológica hospitalar inclui grandes e pequenas cirurgias, assistência odontológica, educação em saúde, prevenção de doenças, promoção da saúde, e também, orientações de cuidados a saúde bucal à equipe de saúde e cuidadores dos pacientes.

Segundo os conceitos encontrados na literatura, a OH é a área de atuação do CD clínico geral ou especialista no contexto hospitalar, de acordo com a missão do mesmo, provendo atenção odontológica de baixa, média ou alta complexidade a pacientes internados ou não, realizada na lógica de equipe multidisciplinar, objetivando contribuir com a cura e melhora da qualidade de vida, independentemente do tipo de moléstia encontrada no usuário (SÃO PAULO, 2012; SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012).

Os conceitos existentes na literatura e a concepção dos participantes sobre o que é a OH encontram-se desconectados da RAS e das políticas públicas de saúde do país. O olhar está voltado para a atenção dentro do ambiente hospitalar e sobretudo para a assistência. Cabe mencionar que alguns participantes situam a OH na RAS, porém parte deles teceu comentários relativos à assistência e dentro daquele contexto.

Os sujeitos dessa pesquisa evidenciam a necessidade do suporte tecnológico e de recursos humanos que o hospital detém para realizar procedimentos odontológicos em pacientes com múltiplos comprometimentos e/ou aqueles que necessitam submeter-se a vários procedimentos em sessão única, previamente à outra cirurgia. Alegam

que o respaldo da equipe de saúde atuando em conjunto no momento da assistência ao paciente sob anestesia geral, com médico anestesista monitorando, enfermeiros, técnicos e auxiliares, ou seja, cada um, desempenhando a sua função, gera segurança na realização dos procedimentos. No atendimento em nível ambulatorial não há esse suporte e não sendo possível sedar totalmente o paciente, inviabilizando, desta forma, a realização de certos procedimentos por trazer riscos desnecessários ao usuário.

A academia americana de Odontopediatria afirma que os pacientes que necessitam tratamento cirúrgico sob anestesia geral e seus CD, precisam ter acesso à estrutura hospitalar, pois devem ser considerados como qualquer paciente, com o direito de ser tratado em tempo hábil (AAPD, 2005).

Segundo Willis (1965), mostra-se vantajoso atender pacientes sob anestesia geral em ambiente hospitalar, permitindo ao CD trabalhar sem interferências. A maioria dos procedimentos pode ser realizada em sessão única, geralmente as indicações são para extrações múltiplas, outros procedimentos cirúrgicos, como cirurgias periodontais, e em pacientes com problemas psicológicos.

Em relação às atividades desenvolvidas no contexto hospitalar, os participantes descrevem que as realizam de acordo com a área específica e demandas que lhes cabem, tais como: diagnóstico, tratamento de lesões, cirurgias ambulatoriais, procedimentos e cirurgias sob anestesia geral, especialmente as especialidades de CTBMF e OPNE, acompanhamento, educação e orientação à saúde dos pacientes.

Em ambiente hospitalar, segundo o manual de OH da Secretaria do Estado de São Paulo, cabe ao CD: cuidado ao paciente cuja doença sistêmica pode vir a ser fator de risco para agravamento e ou instalação de doença bucal, como também o oposto, em que os agravos da cavidade bucal possam ser desencadeadores de doenças sistêmicas; participação na tomada de decisão da equipe multiprofissional, abrangendo internação, diagnóstico, solicitação de exames, prescrição, intervenção odontológica, acompanhamento e alta, responsabilizando-se pelas decisões relacionadas à intervenção na cavidade bucal pactuadas com a equipe; acessar prontuários e realizar registros das atividades, seguindo as normas da instituição; orientar as ações em saúde bucal e supervisionar a equipe que está sob responsabilidade. Os procedimentos gerais, de acordo com o manual de OH, são: higienização bucal, remoção de focos infecciosos e adequação do meio bucal e solicitação de exames complementares (SÃO PAULO, 2012).

Considerando que a OH é uma área relativamente nova, percebe-se que ainda enfrenta dificuldades para conectar-se à RAS, no sentido de promover a continuidade da atenção à saúde do usuário de maneira interdisciplinar.

Os CD em nível hospitalar, também, desempenham orientação e supervisão de alunos, ministram disciplinas, desenvolvem pesquisas, atividades administrativas e participam de reuniões. Baxter (1978) já indicava que o envolvimento do aluno também é importante para demonstrar para os profissionais de outras áreas, a relação integral da saúde e reforçar a prevenção em saúde bucal aos pacientes internados. Ao mesmo tempo os estudantes podem participar do cuidado com a higiene bucal dos pacientes com doenças crônicas no leito, pois estes frequentemente não podem cuidar da própria higiene bucal.

Desde muitos anos o hospital é local de ensino para as áreas de enfermagem e medicina. O aprendizado em ambiente hospitalar de forma interdisciplinar se mostra como um diferencial no ensino na área da saúde. No Brasil, esse campo de ensino-aprendizagem é relativamente novo para a odontologia, principalmente para as demais áreas que não a CTBMF.

Os participantes observam que a atuação do CD no âmbito hospitalar qualifica e agiliza o atendimento da equipe. Evidenciam como muito importante a participação dos residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, tanto no atendimento do usuário quanto na construção do trabalho interdisciplinar. Em fim, a odontologia na equipe contribui na economia de tempo, racionalização do trabalho trazendo benefícios ao paciente. Há estudos que comprovam que a atuação da odontologia, em nível hospitalar, colabora para a prevenção, diminuindo os casos de infecções respiratórias, utilização de antibióticos e mortalidade, conseqüentemente gera redução dos custos dos serviços e do período de internação (RISO et al., 1996; MORAIS et al., 2006; PAJU; SCANNAPIECO 2007; SANTOS et al., 2008).

A quantidade de estudos que comprovam as relações das doenças sistêmicas com a saúde bucal está crescendo consideravelmente. Dessa forma, enfatiza a necessidade da atuação interdisciplinar com a inclusão do CD nas equipes de saúde, sendo em nível hospitalar, em ambulatorios de média complexidade, na atenção básica, em instituições geriátricas, ou seja, em todos os espaços onde se requer manter e alcançar a saúde.

Morais et al. (2006) concluíram que é essencial a manutenção da saúde bucal em pacientes internados em UTI para a prevenção de agravos. A higiene bucal deficiente e a presença de doença periodontal

em paciente internado em UTI, são fatores que podem contribuir ao desenvolvimento de pneumonia nosocomial. Dessa forma, essas condições resultariam em altas concentrações de patógenos na saliva podendo ser aspirado para o pulmão, como também, a placa dental pode abrigar patógenos pulmonares e promover o seu crescimento. Assim, os patógenos periodontais podem facilitar a colonização das vias aéreas superiores por patógenos pulmonares. Segundo Puricelli (1996), a odontologia pode contribuir com o cuidado de pacientes internados em hospitais, pois a cavidade bucal possui relação estreita com as doenças sistêmicas. Dessa forma, pode-se diminuir as complicações de saúde, além de ampliar o campo de ensino e atuação da odontologia.

Santos et al. (2008), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a eficiência da ação antimicrobiana da solução bucal com sistema enzimático associada à higiene oral, em pacientes internados em UTI. Os autores observaram a redução do índice de placa bacteriana bucal com a utilização da solução enzimática, quando comparado ao grupo controle. Os dados do estudo mostraram que a associação de cuidados de higiene oral frequente associados aos veículos de ação bactericida e de manutenção de equilíbrio bucal, podem melhorar a qualidade de vida de pacientes em estado crítico. Observaram melhora da inflamação gengival, da xerostomia, da halitose e a facilidade da remoção de debris. Condições que favorecem a atuação da equipe de enfermagem nos cuidados de higiene oral e permitem aos CD a participação da equipe multidisciplinar de terapia intensiva.

O CD pode estar inserido em uma instituição hospitalar, como membro da equipe de saúde, fazendo parte na tomada de decisões para promover saúde, realizando procedimentos específicos da área e, também, fazendo parte da diretoria (RIBEIRO et al., 2004).

Percebe-se, que a odontologia pode inserir-se em ambiente hospitalar fazendo parte das tomadas de decisões mais amplas, sendo necessário fazer articulações, refletir sobre o contexto do usuário, entender as raízes do problema e reconhecer a determinação social da doença. É imprescindível: os dados desta pesquisa mostram a necessidade de compreender que o espaço do hospital necessita de um profissional que amplie sua atuação para além do binômio “queixa-conduta”. Portanto, para que seja possível colocar em prática as políticas públicas de saúde da atualidade, é necessária a presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Há a valorização da atuação do CD no contexto hospitalar, pelos participantes, no sentido de prestar suporte ao trabalho da equipe de saúde na recuperação do usuário. O crescimento dos serviços prestados

ao longo dos anos e a importância dada pelos profissionais das outras áreas da saúde, igualmente são observados.

Antunes (2012) lista as áreas mais beneficiadas com a inserção da odontologia em ambiente hospitalar, as quais são: Oncologia, Cardiologia, Transplante de órgãos e tecidos, Nefrologia, Geriatria, Pediatria e Obstetrícia. O autor aponta que a implementação de uma assistência sistematizada nas áreas citadas, pode-se contribuir efetivamente para a redução da incidência de infecções locais e sistêmicas provenientes da cavidade bucal; a diminuição do tempo de internação e custos; a redução da incidência da mucosite oral; a diminuição da incidência do nascimento de crianças prematuras e com baixo peso; e a melhoria da qualidade de vida e do controle e acompanhamento após a alta.

Os profissionais das outras áreas da saúde afirmam que o trabalho do CD na equipe é necessário e fundamental. Mostram-se interessados com a continuidade e fortalecimento do serviço da odontologia para prestar suporte ao trabalho da equipe. Nota-se, que já está havendo uma relação, uma ligação, ou em outras palavras, um vínculo de necessidade das outras áreas com a odontologia. Revelam sentir necessidade da mão de obra especializada e que não imaginam o serviço sem a inclusão dessa área de conhecimento.

São identificadas por Soares Junior e Santos (2012), uma série de condições médicas que precisam de cuidados bucais, são elas: pacientes com deformidades maxilofaciais, diabéticos, irradiados de face e pescoço, portadores de defeitos cardíacos, portadores de distúrbios de coagulação, imunossuprimidos por HIV, pacientes com câncer, dialíticos, pacientes infartados ou com quadros de isquemia cerebral e transplantados (órgão e tecidos).

Em relação às áreas da odontologia para atuação no contexto hospitalar, os participantes indicam que todas são importantes e possuem espaço, porém os CD devem estar capacitados para atuar nessa instituição e possuir conhecimento aprofundado sobre a saúde geral. Contudo, as áreas mais mencionadas foram: CTBMF, Estomatologia e OPNE. Outro aspecto importante é que a escolha da área está na dependência das características e necessidades da instituição.

A CTBMF, de acordo com Puricelli (1996), é a especialidade que move a odontologia do consultório para as instituições hospitalares, gerando ampliação das possibilidades de atuação desses profissionais de maneira multidisciplinar e integrada à saúde.

Na maioria das vezes a presença do CD em instituições hospitalares está ligada à especialidade de CTBMF. Contudo,

profissionais clínicos gerais e/ou especialistas atuando para o restabelecimento e manutenção da saúde juntamente a equipe de saúde, ainda não fazem parte da rotina hospitalar (SUSLIK; PERES, 2012).

Em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos, está havendo melhoras expressivas na qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas. Assim, a assistência aos pacientes com necessidades especiais é importantíssima, uma vez que determina maior sobrevida, na maioria dos casos, até então inexistente nesse grupo da população, especialmente no período em que precisam de cuidados em ambiente hospitalar, estando internados ou não. Nesse sentido, o trabalho isolado torna-se inexecutável (SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012; SUSLIK; PERES, 2012).

De acordo com o manual de OH do estado de São Paulo, as características profissionais do CD que executa ações no contexto hospitalar são: o profissional deve ser CD clínico geral, com especialidade em OPNE e/ou experiência comprovada em atendimento hospitalar, a qual se refere à atuação clínica em ambiente hospitalar, conhecimento de fluxos de pacientes, gestão do trabalho, linguagem médica, interpretação de exames complementares nas diversas especialidades médicas e registros de informações em prontuário. A atuação desse profissional colabora com as equipes de CTBMF existentes, portanto, não se sobrepõe à atuação do cirurgião traumatologista bucomaxilofacial, enquanto serviço especializado (SÃO PAULO, 2012).

Como os conceitos da OH, as exigências para atuar em âmbito hospitalar mostram-se, também, voltadas para instituições hospitalares, ou seja, não requerem profissionais com conhecimentos das políticas públicas de saúde para atuar em um dos pontos da RAS.

Apesar dos dados mostrarem que há espaço para todas as áreas da odontologia atuarem em ambiente hospitalar, ainda está muito forte a visão da necessidade do especialista, o que indica a valorização da segmentação do cuidado à saúde bucal. Sabe-se que o especialista é imprescindível para a instituição hospitalar, pois é o local onde os usuários portadores de enfermidades, muitas vezes complexas, buscam para obterem a cura. Porém, para alcançar a saúde e mantê-la, o serviço deve fluir organizado na perspectiva das redes de atenção, como preconiza as políticas públicas de saúde. Nesse sentido, é importante compreender a complexidade do sistema de saúde também.

Sobre a criação de uma nova especialidade, a OH, alguns participantes questionam sobre esta necessidade. Esses pensam que é

mais importante o profissional saber atuar dentro do hospital, mesmo clínicos gerais ou especialistas em alguma área da odontologia.

Para Suslik e Peres (2012), os CD membros da equipe de saúde, além de possuir especialização nas áreas da odontologia, devem ser capazes para o atendimento hospitalar e suas especificidades, apontam para a importância de todos estarem familiarizados e conhecendo a rotina odontológica e hospitalar. Os autores ainda indicam que a equipe necessária para a realização das atividades inclui, também, técnico em prótese dentária, auxiliar de consultório dentário, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e recursos humanos para realizar a gestão.

Observa-se, então, que o ideal para a OH seria a inserção de equipes de saúde bucal da mesma forma como é conformada na atenção básica, a qual é composta por auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal.

Além disso, de acordo com Aerts, Abegg e Cesa (2004), o CD membro de equipes multidisciplinares deve desempenhar ações de promoção da saúde, levando em conta a saúde integral das pessoas e grupos populacionais.

Na visão dos participantes, o conhecimento da odontologia e suas áreas especializadas são importantes juntamente à equipe de saúde, na obtenção de resultados satisfatórios de exames de diagnóstico, cirurgias e tratamentos. Acreditam que para a resolução efetiva de determinados casos, só o profissional da odontologia pode resolver. A pesquisa de Mattevi (2010) em ambiente hospitalar confirma os dados encontrados. Revela que os profissionais da equipe de saúde valorizam a presença do CD, relacionando-o como mais um profissional da saúde para aperfeiçoar o atendimento da equipe, no sentido de dar suporte e dinamizá-lo.

Os usuários não foram incluídos nessa pesquisa, mas existem estudos mostrando que já está havendo certa consciência da população sobre a importância da atuação do CD em ambiente hospitalar. Os resultados de pesquisas revelam por meio da percepção de usuários, como muito importante e até fundamental, a participação efetiva do CD como membro da equipe multidisciplinar na atenção integral e humanizada dos pacientes internados (LIMA et al., 2011; MATTEVI et al., 2011).

Na pesquisa de Lima et al. (2011), os usuários acreditam que o papel do CD em âmbito hospitalar é “cuidar dos dentes”. Dessa maneira os autores concluem que os usuários possuem conhecimentos relacionados à importância da manutenção da saúde bucal, especialmente quando estão internados.

A ampliação da equipe multidisciplinar em hospitais, com a participação do CD, é sugerida por Figueiredo (2010), tendo em vista que haverá contribuição na organização do serviço com novos olhares no processo saúde-doença, atuando na atenção à saúde.

A categoria, **Identificando o hospital como espaço de trabalho e ensino**, revela a reflexão dos participantes, mostrando que o CD pode desempenhar diversas funções na atenção à saúde bucal no contexto do hospital. No entanto, essa reflexão fica restrita ao plano biológico e centrada no CD, sendo necessário ampliá-la para que abarque os princípios do SUS e de modo específico esteja em consonância com as Diretrizes da PNSB.

Condições Causais

Resgatando a trajetória profissional é uma condição causal por representar um conjunto de fatores que influenciam o fenômeno: a situação de vida de cada participante de acordo com a própria realidade, em uma perspectiva individual de tempo e espaço; o motivo pelo qual os participantes escolheram o curso de odontologia e, por conseguinte, atuar em hospital; a trajetória de cada um e as opções feitas no decorrer de suas carreiras.

As oportunidades de vivências extramuros, como também o acompanhamento de tratamento odontológico no seio da própria família, foram apontados como elementos impulsionadores para determinar escolhas. Nesse tipo de experiências os estudantes se deparam com situações diferentes da habitual, muitas vezes desafiadoras, as quais exigem intervenção integral e multiprofissional (MEDEIROS JR et al., 2005). Essas atividades estimulam o potencial criador e os colocam diante de conjunturas que necessitam do desenvolvimento de competências e habilidades para resolver determinado problema (COSTA; ARAÚJO, 2011).

Dentro dessa categoria, também revelam que buscaram o conhecimento de maneira informal em diferentes contextos. Contam que sentiram a necessidade de aprender a atuar em ambiente hospitalar, ou seja, obter um conhecimento para um modo de trabalho, de acordo com a realidade do ambiente. Alguns participantes relatam que usaram a criatividade, através da criação de instrumentais, para facilitar o trabalho e prover conforto e saúde ao paciente. Consideram-se autodidatas e enfatizam a necessidade de estar em constante busca pelo conhecimento para atender o paciente hospitalizado. Nesse sentido, pode-se notar que os profissionais tiveram que sair de suas “zonas de conforto” para

buscar um conhecimento além do que foi obtido no curso de graduação em odontologia e em especializações, pois esse se mostra insuficiente para atuar no contexto hospitalar. Cabe ressaltar, que necessariamente tiveram que aprender a trabalhar em equipe, pois o hospital é espaço propício para esse modelo de atuação.

A realização de cursos de especialização proporcionou para alguns profissionais a obtenção de conhecimento formal para atuar em ambiente hospitalar, pois as atividades dos cursos necessariamente se desenvolviam neste contexto, tais como: CTBMF, Estomatologia e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

De alguma forma, os CD participantes desse estudo, incluindo-se os professores, tomaram a frente dos serviços onde atuam, tornando-os pioneiros na área da OH. Apesar de relatarem algumas frustrações, como a de terem sido vítimas de preconceito, expressam realização e orgulho da sua prática profissional.

Segundo Matos, Pires e Campos (2009), as relações entre os profissionais transformam-se com o passar do tempo. Os percalços surgidos durante a realização do trabalho comprometem os vínculos entre os membros das equipes, e também, desses com os usuários e familiares. Muitas vezes as responsabilidades que deveriam ser coletivas são frequentemente transferidas a outro trabalhador ou grupo, transformadas em culpa, o que remete ao individualismo e ao corporativismo (SILVA, 1998).

Os sujeitos do estudo expressam o significado de atuar em ambiente hospitalar como oportunidade de crescimento, ampliação da atuação, transformação em profissional da saúde e enxergam como uma maneira de integração da odontologia na equipe de saúde. Por estarem atuando no ambiente considerado propriedade do médico e manejando usuários em estado complexo, possuem uma sensação de responsabilidade aumentada.

Acreditam que o trabalho que desempenham é uma forma de contribuição para a sociedade. E sentem-se possuidores de um conhecimento diferenciado em relação aos colegas que atuam somente em clínicas e consultórios.

A subjetividade dos participantes da pesquisa revela o direcionamento para o trabalho interdisciplinar, por meio da trajetória vivenciada pelos mesmos em ambiente hospitalar. Essa direção para o interdisciplinar emerge no momento em que mencionam que cresceram profissionalmente, ampliaram o campo de atuação, sentiram-se profissionais da saúde e conseguiram se reconhecer como membros da equipe de saúde. Também, por sentirem-se responsáveis pelos usuários e

pela sensação de solidariedade proveniente do desempenho das atividades, ou seja, de quem está contribuindo para a sociedade. Então, além de todo o conhecimento técnico adquirido por estarem no contexto hospitalar, provendo atenção à saúde aos pacientes em estado complexo; o fato de trabalharem junto a médicos, enfermeiros, técnicos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos, propicia o trabalho interdisciplinar. Isso mostra o motivo de sentirem-se diferenciados em relação aos colegas que atuam somente em clínicas, ou seja, isolados.

O estudo de Backes et al. (2012), realizado com o objetivo de compreender o significado da atuação profissional de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável, revelou que na visão dos profissionais a prática transforma e é transformada quando inserem-se em uma realidade complexa, para a qual não foram habilitados e os introduz em posição desafiadora e instigadora. Os profissionais participantes desta pesquisa, evidenciaram forte emoção, realização e valorização em relação ao trabalho realizado, quando contaram eventos expressivos nos momentos de interação e vínculo com as famílias. Isso ocorre, também, pela oportunidade de poder contribuir com o ser humano e sociedade em geral.

Em relação ao sentir-se com conhecimento diferenciado por atuar em instituição hospitalar, Baxter (1978), já apontava que experiências em nível hospitalar são oportunidades para melhor entender a relação entre a saúde bucal e a saúde geral e da odontologia com demais áreas, além de que, no caso do estudante, se torna familiarizado com o ambiente, com o protocolo e a administração, o que é essencial para qualquer membro da equipe de saúde de uma instituição hospitalar.

A categoria **Refletindo sobre a atuação do cirurgião-dentista no hospital** também é condição causal, pois mostra a situação do CD no mercado de trabalho, as questões salariais, desunião de classe, a falta de resolução e normatização por parte do CFO e o despreparo para a atuação em hospital, enfim os fatores que refletem na atuação do CD no contexto hospitalar.

Em relação ao mercado de trabalho, os entrevistados apontam para a dificuldade de o paciente usuário compreender o CD como um profissional da saúde e o desenvolvimento de um trabalho voltado para o coletivo. Criticam que a visão em relação à odontologia é puramente estética, valorizada por procedimento realizado e que está tornando-se muito mais um serviço do que área da saúde. Ferreira, Ferreira e Freire (2013) evidenciam a valorização pelo culto ao belo e a estratégia utilizada pelos profissionais prometendo resultados. De acordo com os

autores, a própria classe deprecia a profissão, perante a sociedade, contribuindo para a desvalorização da odontologia.

Nesse sentido, entende-se a dificuldade de compreensão, por parte da população, sobre uma odontologia que desenvolve um trabalho coletivo, socialmente relevante, como área que contribui para a melhoria das condições de vida e saúde. Os próprios profissionais da classe mostram-se desunidos e sem uma concordância interna sobre o desenvolvimento do exercício profissional.

Nas últimas décadas, o exercício profissional do CD vem sofrendo intensas mudanças. Observa-se a incorporação de tecnologia, de especialização, a redução do exercício liberal estrito, a popularização dos sistemas de odontologia de grupo e o aumento do percentual de profissionais com vínculo público, especialmente com a ampliação de oferta de trabalho na rede pública de saúde. A forma de contratação mais frequente dos profissionais foi o vínculo empregatício com o serviço público (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Morita, Haddad e Araújo (2010), apontam que o Brasil apesar de possuir cerca de 20% dos CD de todo mundo, a distribuição interna é desigual e a concentração desses profissionais está nas regiões sul e sudeste. O que torna o mercado mais competitivo em determinadas regiões do país. Como exemplo, a região sul que concentra 15,76% do total de CD e 8,95% do número de especialistas de todo o Brasil (PARANHOS, 2009).

Apesar de todas as mudanças no sistema de saúde brasileiro ao longo dos anos, o SUS ainda encontra-se fragmentado devido a embates de grupos dotados de valores políticos e ideológicos opostos. De um lado encontra-se o modelo médico-privatista, que prevaleceu antes da criação do SUS, o qual considera a saúde como uma mercadoria que deve ser comercializada conforme as leis do mercado. De outro lado, está o modelo constitucional que considera a saúde como um direito humano, portanto de acesso universal. O maior desafio frente a essas mudanças para as PNSB é o modelo de atenção odontológica que a saúde bucal coletiva almeja, com determinadas características, e o modelo que a odontologia de mercado requer, com outras particularidades (NARVAI; CARECERERI, 2012).

Ainda dentro da questão da profissão, os CD percebem que não há espaço legal para discutir a OH, ou seja, não existem resoluções ou normas que amparem o profissional que atua em instituições hospitalares.

O CFO estabelece as Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia através da Resolução CFO-63/2005, publicada no Diário

Oficial da União, Seção I, de 19 de abril de 2005, em seu Capítulo II – Atividades Privativas do cirurgião-dentista, Art. 4º. O exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista só é permitido com a observância do disposto nas Leis 4.324, de 14 de abril de 1964, e 5.081, de 24 de agosto de 1966, no Decreto 68.704, de 3 de junho de 1971; e demais normas expedidas pelo CFO (CFO, 2005).

Segundo essa resolução, compete ao CD praticar atos pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular de graduação ou de pós-graduação: prescrever medicamentos; emitir atestados; proceder à perícia odonto-legal; aplicar anestesia local e troncular; empregar a analgesia e a hipnose; manter consultório com instalações adequadas específicas; prescrever e aplicar medicação de urgência. No exercício da função de perito-odontológico, as vias de acesso são as do pescoço e da cabeça (CFO, 1966).

Há também apenas três artigos constantes do Código de Ética Odontológica. Relativo a OH em seu capítulo X, o código aborda a OH e mostra as seguintes atribuições e deveres: Art.26 - compete ao CD internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições; Art.27 - as atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normas pertinentes; Art.28 - constitui infração ética: fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da odontologia; afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro CD encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave (CFO, 2012).

Pode-se entender que a Lei que Regula o Exercício da Odontologia não estabelece claramente as competências do CD e está desatualizada em relação às políticas públicas de saúde atuais, ou seja, ao sistema de saúde e ao de ensino. Da mesma forma, segue o Código de Ética Odontológica, que se baseia na Lei.

Os participantes também refletem sobre as regras e lógica de trabalho impostas pelos hospitais, as quais são diferentes da clínica convencional e revelam dificuldades enfrentadas pela odontologia para inserir-se na lógica hospitalar. Conforme Soares Junior e Santos (2012), o CD não possui algum tipo de formação para atuar nesse contexto, por isso mostra-se necessária a sua capacitação para desempenhar as atividades de acordo com as normas das instituições.

Na questão das relações de trabalho percebe-se diversidade de perspectiva dos profissionais. Diferindo-se entre as especialidades, a idade dos mesmos e instituições onde atuam. Relatam embates com outros profissionais, a sensação implícita de preconceito e a não

aceitação do trabalho da odontologia por parte de algumas especialidades médicas. Scherer, Pires e Schwartz (2009), mostram que as organizações de saúde são ambientes favoráveis aos conflitos entre os profissionais por possuírem interesses divergentes, o que exige negociação permanente. A assimetria nas relações refere-se à existência de valores e normas sociais, as quais ditam hierarquia e disciplinam as diferenças técnicas entre as áreas de conhecimento. Nesse sentido, as diversidades de saberes transmutam-se em desigualdades sociais entre os profissionais, refletindo no trabalho cotidiano da equipe multidisciplinar (PEDUZZI, 2001).

Um ponto importante, que os entrevistados apontam, é que não havia limitação das áreas de atuação entre as especialidades. Ribeiro et al. (2004) apontam a falta de determinação clara dos limites de atuação da odontologia, pela contiguidade das estruturas anatômicas. E sugere a discussão imparcial entre médicos e CD visando o bem estar do paciente, além do estabelecimento de normas éticas e profissionais para orientar a equipe de saúde e proteger o paciente.

Por outro lado, admitem que no momento em que se delimita a área de atuação e se mostra respeito pela atuação dos outros profissionais, o trabalho pode ser desenvolvido de forma harmônica. Conforme os participantes o espaço é conquistado ao longo do tempo, à medida que a atuação é vista como importante. No momento em que se percebe o benefício gerado ao usuário, torna-se uma via de mão dupla. Para Scherer, Pires e Schwartz (2009), o constructo do coletivo depende da estabilidade e permanência na instituição, uma vez que a confiança e a cooperação se estabelecem com o tempo. A colaboração é resultado da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho condicionada ao prazer, saúde mental e formação de identidade particular.

Mostra-se, dessa forma, o caminho para a construção do trabalho de forma interdisciplinar. Nos contextos pesquisados, observa-se que mesmo de maneira assimétrica e pontual está havendo o esforço por parte dos profissionais para a concretização da interdisciplinaridade, pois estão percebendo que essa forma de trabalhar só trará benefícios, tanto a eles mesmos quanto aos usuários. Essa é a direção com vistas à interdisciplinaridade, pois para alcançá-la é necessário tempo para haver estreitamento gradativo das relações e concretização das interações.

Entre outros fatores que são mencionados pelos CD, em relação ao descrédito construído pelos mesmos em ambiente hospitalar, reporta-se a alguns colegas que não estão preparados para trabalhar em equipe e não possuem conhecimento sobre as relações entre a saúde bucal e as doenças sistêmicas. O estudo de Costa e Araújo (2011) com CD do

serviço público no estado do Rio Grande do Norte obtém como um dos resultados a dificuldade de trabalho em equipe por parte dos CD. Percebe-se que mesmo com as DCN, de 2002, o ensino da odontologia não está padronizado no Brasil, é necessário o aprendizado para atuar em equipe multidisciplinar em hospitais desde a graduação (SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012). A pesquisa de Mello et al. (2014) mostra que a formação do CD ainda é técnica e tradicional, acrítica, pouco reflexiva, segmentada e voltada para o mercado privado. O que concorda com a falta de preparo para atuar em hospitais, como os participantes mencionam.

Os sujeitos desse estudo expressam a necessidade da conquista de confiança e espaço para atuar em ambiente hospitalar. Suslik e Peres (2012) afirmam que a inserção da odontologia em instituições hospitalares é mais recente, no entanto o CD deve conquistar seu espaço e não recebê-lo passivamente. Sendo assim, deve se integrar aos processos existentes, participar de comissões técnicas e interagir na equipe multiprofissional. Dessa forma, o CD deveria se tornar mais politizado e participativo para poder fazer parte das tomadas de decisões em grupo. Como também, inserir-se nas ações de mudanças e engajar-se nas questões administrativas.

Os entrevistados apontam para a transição do perfil epidemiológico com o aumento das doenças crônicas, a partir disso entendem que há a necessidade do trabalho da odontologia junto das equipes de saúde, surgindo, assim, uma possibilidade de mercado. Suslik e Peres (2012) apontam a OH como um campo de trabalho em expansão, sendo que as patologias bucais são responsáveis pela maioria das doenças secundárias manifestadas em pacientes internados. Os autores evidenciam que é inconcebível pacientes internados em enfermarias, especialmente em UTI, não receberem atenção integral.

A categoria **Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital** é considerada condição causal, também, por mostrar as revelações e questionamentos, por partes dos participantes, relacionadas à organização da atenção odontológica dentro do sistema de saúde. Contam a realidade de seus serviços e apontam as dificuldades, como a de atender a demanda que a atenção básica não consegue absorver e citam os casos dos pacientes com necessidades especiais. Dessa forma, observa-se a realidade dos dois pontos de atenção. O profissional da atenção básica e/ou secundária e daqueles que estão atuando no contexto hospitalar.

De acordo com Park e Sigal (2008), a solução para aliviar a sobrecarga dos serviços da odontologia em hospitais é o conhecimento

profissional para atender pacientes com necessidades especiais, o qual deve ser obtido na graduação. Com o saber adequado os CD desenvolverão os procedimentos na atenção básica e somente quando necessário, como por exemplo, em procedimentos que necessitem anestesia geral, encaminharão ao hospital.

Estudo de Absi et al. (1997), já chamava atenção para o encaminhamento desnecessário aos hospitais, enfatizando a importância da educação durante a graduação e pós-graduação para o ensino ao cuidado do paciente que possui algum comprometimento sistêmico e físico e, também, àqueles que fazem uso de muitos medicamentos. Segundo os autores, deveria ser prioridade no ensino, pois os profissionais que estão atuando no serviço da odontologia relutam em atender pessoas com deficiência.

Os dados obtidos na pesquisa de Mello et al. (2014), mostram que apesar de haver o reconhecimento de que o SUS tem aumentado o número de vagas para CD, a inserção nesses postos de trabalho está ocorrendo por profissionais recém egressos dos cursos de graduação em odontologia, muitas vezes despreparados para responder as exigências do sistema público de saúde. Assim, entende-se o fator como agravante para o encaminhamento desnecessário mencionado pelos participantes desse estudo.

É certo afirmar que é necessário reestruturar o ensino na graduação, bem como estabelecer requisitos bem definidos no momento da seleção de recursos humanos para atuar na rede pública, de acordo com os níveis de atenção. Porém, pensar que a solução para este problema está localizada somente nestes aspectos é agir de maneira reducionista, ou seja, desconsiderando os desafios enfrentados pelos gestores e profissionais na articulação da RAS(bucal) no âmbito do SUS.

Segundo Lavras (2011), para que a atenção básica possua o caráter organizador do sistema de saúde e coordenador do cuidado, é necessário investimentos, tais como: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes; a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, visando favorecer a integração das práticas profissionais e garantir a continuidade assistencial.

Outra questão apontada pelos sujeitos da pesquisa foi a necessidade da atenção à saúde bucal fazer parte da RAS, inclusive

dentro dos hospitais. De acordo com a Portaria Nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, a intenção da RAS é de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2010a). Porém, o cuidado à saúde bucal nas instituições hospitalares, em sua grande maioria, não ocorre de maneira integrada (MELLO et al., 2014).

Exemplo disso, de acordo com relatos dos participantes de uma das instituições estudadas, a mesma não recebia recursos para a odontologia realizar a assistência para a população, ou seja, só gerava gastos para o próprio hospital. A atuação do CD, neste contexto, era inexistente na RAS, até poucos anos atrás.

A RAS é uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, em relação a sua organização e no impacto da atenção prestada. Objetiva a garantia das ações e serviços necessários com efetividade e eficiência à população. E, também, possui a intenção de consolidar o SUS como política pública voltada para assegurar direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010a).

Para Backes et al. (2012), a percepção da necessidade do trabalho em equipe de maneira complementar, assim como a necessidade de abertura e sensibilidade ao contexto do outro, vem a confirmar que os profissionais precisam atuar de maneira integrada e articulada, em redes.

A partir do relato dos profissionais que estão exercendo a profissão em hospitais, há a dificuldade para a utilização do espaço físico dos centros cirúrgicos. Essa realidade também foi exposta por Park e Sigal (2008), os quais indicam a falta de disponibilidade do centro cirúrgico para a odontologia em um hospital da província de Ontário, gerando uma demanda reprimida para o atendimento sob anestesia geral.

Os participantes vislumbram como ideal o trabalho da odontologia com apoio de técnicos e auxiliares para agilizar o serviço e não acarretar desvio de função dos profissionais, ou seja, cada um atuando de acordo com a própria competência. Essa forma de divisão de trabalho mostra-se lógica e econômica, pois os resultados surgirão com a fluência do trabalho e resolução dos problemas de saúde. Narvai e Carcereri (2012) recomendam que para atender as demandas da população brasileira há a necessidade de transformações no processo de trabalho odontológico, principalmente no serviço público, com a inserção do auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal.

Os entrevistados indicam a necessidade de ampliação da cobertura da atenção odontológica no ambiente hospitalar; acreditam

que deve haver maior número de profissionais atuando. Os participantes do estudo de Mello et al., (2014), também apontam para a insuficiência de vagas oferecidas em nível hospitalar, as quais estão concentradas nas áreas de Estomatologia, trauma, portadores de fissuras labiopalatais e pacientes com necessidades especiais.

Outra questão importante levantada pelos sujeitos da pesquisa é a necessidade da continuidade da atenção pós-alta hospitalar, como um serviço de apoio. Os mesmos observam que resolver o problema de forma imediata, como por exemplo, em sessão única sob anestesia geral, é pouco resolutivo se não houver manutenção do tratamento e promoção da saúde, principalmente nos casos de pacientes especiais. Nesse sentido, pode-se perder todo o tratamento realizado, gerando um desperdício do dinheiro público. De acordo com Mello et al. (2014), quando existe o serviço de odontologia no ambiente hospitalar, este se encontra desarticulado da rede, havendo falha na continuidade da atenção odontológica e fluxos pouco definidos. Dessa forma, o usuário que necessita deste nível de atenção para a manutenção ou recuperação da sua saúde bucal pode ter seu acesso e possibilidade de tratamento comprometidas.

Cabe ressaltar a importância da educação em saúde para a população, no sentido de obter conhecimento para saber como podem manter e alcançar a saúde. De acordo com Briceño-León (1996), se as pessoas não mudam o seu saber e a sua cultura, ou seja, a sua visão, não adianta ter os meios porque não irão utilizá-los por uma questão de hábitos. Para isso, é preciso conhecer as visões e as práticas para poder identificar com clareza a matéria-prima sobre a qual se deve desenvolver o trabalho. Isso implica uma ação crítica, mas ao mesmo tempo respeitosa e solidária. O processo educativo é bidirecional, em que ambas as partes acendem um compromisso de transformação de seus próprios conhecimentos.

Concordando com os resultados da pesquisa de Mello et al., (2014) realizada na grande Florianópolis, os participantes deste estudo também identificam as dificuldades enfrentadas para a concretização e funcionamento de uma rede articulada, como de ordem política. As medidas necessárias a serem tomadas ficam mais na dependência de anseios pessoais do gestor do que resultado de um sistema de governança apropriado para o SUS.

Segundo Araújo e Costa (2011), a capacitação dos gestores mostra-se como fundamental, tendo em vista que necessitam de um conhecimento amplo sobre o funcionamento do setor público, cujos interesses devem estar dirigidos para o usuário.

Sendo assim, a universidade possui o importante papel de trabalhar na perspectiva da educação permanente junto aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, com o intuito de preencher lacunas de conhecimento e melhorar a prestação de serviços.

Os entrevistados evidenciam a remuneração do CD, a forma de contratação e a quantidade de horas de trabalho como injustas, principalmente quando comparam com os médicos. Conforme Paranhos et al. (2009), a diminuição pelo interesse nos cursos de odontologia deve-se a baixa remuneração da profissão, insuficiência de empregos, taxas de regulamentação profissional e mercado profissional em crescente competição.

Conforme Matos, Pires e Campos (2009) a transformação do sistema de saúde está vinculada às mudanças e determinações provenientes das esferas mais amplas da sociedade, porém, não se deve desconsiderar que muitas dessas mudanças podem ocorrer a partir da prática, nos respectivos ambientes de moradia e trabalho.

Neste estudo há três categorias que representam a condição causal, as quais influenciam o fenômeno. A categoria **Resgatando a trajetória profissional** revela o constructo da OH dentro das realidades estudadas, abarcando toda a subjetividade relatada por cada participante.

Refletindo sobre a atuação do cirurgião-dentista no hospital mostra o conjunto de fatores presentes na profissão da odontologia, os quais os CD levam com eles para dentro das instituições hospitalares.

A categoria **Considerando a dimensão político-organizacional da atuação do cirurgião-dentista em hospital** expõe os obstáculos e a evolução do serviço, as batalhas para a conquista de melhorias e para obter espaço de trabalho.

Condição Interveniante

O esforço e as dificuldades enfrentadas pelos usuários para receber um tratamento adequado e eficaz são apontados pelos participantes desta pesquisa. Consideram que cada paciente encontra-se em um contexto singular, com suas dificuldades, debilidades e distância geográfica de onde residem até o local de atendimento. Avaliam todos esses fatores para decidir a necessidade do atendimento em ambiente hospitalar. Caracterizam os pacientes como pessoas simples, geralmente humildes, muitas vezes são analfabetos e possuem dificuldades de comunicação. Acreditam que devem ter uma atenção diferenciada para que o paciente consiga terminar o tratamento, pois há muitos fatores que podem impedir a conclusão do mesmo. Dessa forma, a categoria

Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente é considerada condição interveniente.

Pode-se perceber na fala dos entrevistados a existência de empatia em relação aos pacientes e familiares. Sentem-se responsáveis perante os mesmos, devido à confiança depositada para a resolução do problema. Matos, Pires e Campos (2009) mostram que a atuação interdisciplinar leva a uma outra maneira de relacionar-se com o paciente e familiares, promovendo a percepção às necessidades destes, além daquelas relacionadas à doença. Segundo os autores, a criação do vínculo entre profissional-paciente ocorre pela relação de confiança dos pacientes pelos profissionais.

De acordo com a experiência de Coracin (2012), a relação entre os profissionais da odontologia e os de enfermagem é estreita em instituições hospitalares. Observa que as decisões quando tomadas em conjunto com o paciente e familiares, proporcionam maior adesão ao tratamento. Nesse sentido, percebe-se mais um indício de que a realização do trabalho está caminhando na direção da interdisciplinaridade.

Os entrevistados também se colocam no lugar dos usuários, mostrando compreensão em relação à dor sentida pelos mesmos, as dificuldades que podem enfrentar em suas atividades cotidianas e as pessoas que podem envolver devido a essa consternação. Também evidenciam que a falta de entendimento, por parte de gestores e profissionais, da necessidade da atuação do CD em hospitais pode ser em virtude de não ter passado por uma dor equivalente. Botazzo (2008) indica que a relação entre bem-estar e funcionalidade, sua importância e interferência na má-condição de saúde bucal, causam impacto social nas relações pessoais, profissionais, enfim, na vida dos indivíduos.

Cabe mencionar que se percebe descaso em relação aos pacientes da odontologia, deixando-os esperando com dor por longos períodos de tempo, sem chamar o profissional que estava de sobreaviso. Isso mostra que a odontologia ainda não está sendo vista com a devida importância por muitos profissionais que atuam em instituições hospitalares.

Compreende-se que os profissionais colocam-se na posição dos pacientes e entendem toda a situação única que cada um carrega consigo. A partir disso, criam um vínculo, e o profissional preocupa-se com o término do tratamento e o estado de saúde dos pacientes, porém, a preocupação ultrapassa a cura da doença. Outros elementos como por exemplo, transporte, alimentação, intervalos entre as consultas, entre outras, passam a fazer parte da preocupação da atuação dos profissionais. Sendo assim, a abordagem foca o usuário enquanto sujeito

social (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009). Esse tipo de atendimento caracteriza-se como humanizado, conforme se preconiza nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2001).

A assistência humanizada permeia-se de princípios e valores como solidariedade, respeito e ética na relação entre profissionais e usuários. Acredita-se que somente a eficiência técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde não são suficientes para a conquista da qualidade do atendimento à saúde. É uma maneira que move a disposição de abertura e respeito ao outro como um indivíduo possuidor de autonomia e dignidade (BRASIL, 2001).

Os participantes também mencionam a importância do envolvimento familiar para obtenção da aderência e êxito do tratamento. Amorim e Vicente (2008) afirmam que há uma influência mútua na adesão individual de tratamentos de saúde entre os membros de uma família, nesse sentido é obrigatório que o olhar dos profissionais da saúde volte-se para o núcleo familiar do indivíduo para inserir e cuidar também da família, por meio da comunicação visando à educação e o desenvolvimento dos envolvidos. Os autores acreditam que através do conhecimento de valores e crenças, haverá confiança do usuário/família e com isso aceitação ao tratamento.

Outro aspecto importantíssimo do envolvimento da família no tratamento, é que no núcleo familiar se desenvolve a formação da personalidade, dos bons costumes e dos bons hábitos de higiene, por isso é muito importante os programas de educação em saúde envolverem a mãe, a qual pode atuar como agente multiplicador de conhecimentos tendo em vista a promoção da saúde em todo o seu núcleo familiar (COSTA et al., 1998).

Portanto, **Compreendendo o contexto de vida e saúde do paciente** mostra o envolvimento do profissional com o seu trabalho, o qual considera todo o contexto de vida do usuário para que o mesmo consiga receber um tratamento digno e resolutivo.

Estratégia

No discurso dos participantes está evidente que **A educação e a formação para atuação profissional** é a estratégia para moldar o fenômeno, ou seja, para a atuação do CD no contexto hospitalar em busca da interdisciplinaridade, de forma a contribuir com o serviço e com a melhora do estado de saúde do paciente.

Apesar de as DCN terem entrado em vigor em 2002, percebe-se que a formação ainda está muito voltada ao modelo antigo. Nessa

categoria os entrevistados relatam que o CD recém egresso está despreparado para o mercado de trabalho atual. Apontam que os cursos de odontologia ainda estão muito voltados para a técnica, não há conexão entre teoria e prática e entre as próprias áreas da odontologia. De maneira geral, saem do curso sem conhecimento das relações entre as doenças e possuem dificuldade para trabalhar em equipe. Concordando com os dados obtidos, o estudo de Mello et al. (2014) aponta para a formação técnica do CD, a qual não está de acordo com a realidade do país, tanto em termos epidemiológicos quanto em relação às políticas públicas de saúde. Costa e Araújo (2011), também afirmam que há divergências entre o que é ensinado nos cursos de graduação em odontologia e o que realmente a população necessita. Todas estas questões foram identificadas e integradas às DCN e posteriormente às políticas indutoras da formação em saúde propostas conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde como o Pró-Saúde, Pet-Saúde, Ver-SUS, Pró-Ensino na Saúde, Residências Multiprofissionais em Saúde. O processo de mudança iniciou há mais de uma década mas parece ser necessário ainda muito mais tempo para que seus resultados possam ser efetivados.

A distinção entre o crescimento da quantidade de profissionais e cursos de odontologia dentro das práticas hegemônicas, as quais ignoram o cuidado da saúde bucal da maioria da população, na visão de Zilbovicius et al. (2011) apresenta-se como uma contradição histórica, a qual mostra-se um grande desafio a superar no século XXI. A importância da educação para preparar estudantes a prover cuidados à população com vários níveis socioeconômicos e diferentes culturas é evidente.

Morita e Haddad (2008) chamam a atenção para a falta de integração curricular, a persistência em ver através de especialidades gerando a fragmentação dos indivíduos, impedindo a obtenção de uma visão ampla e de entender as faces do processo saúde-doença.

Os participantes acreditam que se deve oferecer atividades de extensão como opções para os alunos aprofundarem seus conhecimentos através da prática. É importante que na graduação o estudante participe de atividades extramuros, por meio dessas encontrarão situações diversificadas que estimulam o potencial criador e desde cedo o coloque diante de condições que exijam o desenvolvimento de capacidades e habilidades para resolvê-las (COSTA; ARAÚJO, 2011).

As atividades fora do ambiente acadêmico ampliam os horizontes do futuro profissional, o qual começa a entender que o exercício da profissão pode ser realizado de outras formas, ou seja, fora da clínica

tradicional e isolada. As experiências são muito importantes para o aprendizado, pois muitas vezes não se consegue capturar certos conhecimentos apenas com a aproximação teórica.

Em relação à OH, indicam que poderia contemplar a parte introdutória na graduação, mostrando como o CD deveria atuar no ambiente hospitalar e a dinâmica de trabalho desse contexto. Dessa forma, possibilitar-se-ia ao estudante conhecer esse espaço e, conseqüentemente, fazer escolhas futuras.

Soares Junior e Santos (2012) evidenciam que é necessário o ensino para atuar em equipe multidisciplinar em hospitais desde a graduação, seus princípios e conceitos básicos, e na pós-graduação seguir o modelo de Residência, que objetiva o aprimoramento teórico e prático. Dessa maneira, pode-se obter o conhecimento sobre os pacientes internados, independentemente do tratamento ao qual eles estão submetidos, com o intuito de alcançar a compreensão da relação da saúde bucal com os outros órgãos do corpo humano.

No ambiente hospitalar, o profissional entra em contato com diversas situações e doenças, gerando um enriquecimento para sua formação não importando a sua especialidade. Assim, prepara-se um profissional com a visão ampliada para promover saúde e tratar as doenças do complexo bucodental no contexto da saúde geral do usuário (SOARES JUNIOR; SANTOS, 2012).

Para Medeiros Jr et al. (2005), a implantação das atividades educativas e preventivas em saúde bucal no contexto hospitalar é importantíssima na formação acadêmica. Devido a oportunidade do aluno de interagir com outras áreas da saúde e ao crescimento individual e coletivo que a experiência extramuros favorece. Isso permite experiências diferentes e enriquecedoras sob o ponto de vista da formação humana e profissional, sem perder a visão integral em relação ao paciente.

De acordo com os dados desta pesquisa e com a literatura pertinente, o curso de graduação em odontologia não tem ensinado o aluno a atuar em ambiente hospitalar, ou seja, o profissional egresso não possui familiaridade com esse tipo de instituição, rotina e logística de trabalho, atuação em equipe, manejo do paciente com comprometimento sistêmico, que muitas vezes se encontra com mais de uma doença. Entende-se que a universidade pode oferecer os meios para o avanço do conhecimento técnico e científico. No sentido de que os estudantes possam realizar suas escolhas e buscarem caminhos que viabilizem a formação voltada ao trabalho no ambiente hospitalar. Nesse processo os

docentes possuem o papel de agentes facilitadores na busca do aluno pelo conhecimento.

Alguns participantes acreditam que não se deve introduzir a OH na graduação como uma disciplina obrigatória, por questão de espaço dentro da instituição e porque há alunos que não possuem o perfil para atuar em ambiente hospitalar. Entendem que não há necessidade de submetê-los a essa exposição, tanto os alunos, quanto os usuários. Nesse sentido, o estudante que tem interesse deve buscar os meios oferecidos pela universidade para obter tal conhecimento e experiência.

Por outro lado, a inexistência da OH como disciplina da graduação gera o desconhecimento desse campo de trabalho, dessa forma não instiga a curiosidade dos estudantes a participar de estágios, projetos de extensão e quem sabe fazer uma pós-graduação relacionada a essa área.

Dessa forma, entende-se a necessidade de conceber o currículo como um processo de desenvolvimento dialógico, com investigação, transformação que leva em consideração a vivência que o indivíduo traz consigo, que propicia a aprendizagem a partir de diferentes contextos reais e não mais como uma sequência rígida de matérias.

Os participantes evidenciam como aspecto positivo a experiência dos alunos em outros cenários de prática, especialmente quando vivenciam a odontologia voltada para o SUS. Acreditam que a contribuição é no sentido de adquirir uma visão mais abrangente da situação de saúde dos pacientes e onde o CD também pode atuar juntamente com outros profissionais, oportunizando conhecer outros cenários de atuação, além do contexto da clínica privada.

De acordo com Araujo e Zilbovicius (2008), para conhecer as reais condições de saúde da população deve-se realizar atividades em cenários diferentes do ambiente da graduação, por meio de experiências problematizadoras que instiguem os estudantes e permitam a troca de saberes, evitando a recepção pacífica de conhecimento, centrada na figura do docente. Assim, a integração ensino-serviço é estratégica no sentido de contribuir com o processo de reformas das práticas na formação em saúde (SOUZA; CARCERERI, 2011).

Para uma formação em consonância com as DCN, as mudanças direcionam o futuro profissional a saber enfrentar os problemas do processo saúde-doença da população, estimulando a atuação interdisciplinar, multiprofissional, de maneira a respeitar os princípios do SUS e atuando com responsabilidade sobre a população brasileira (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008).

Morita e Haddad (2008) colocam que os cursos de graduação em odontologia devem desenvolver as competências, habilidades e atitudes dos alunos para atuarem em equipes multidisciplinares. Evidenciam que o CD trabalhou ao longo de muitos anos distante das demais profissões de saúde, nesse sentido precisará reaproximar-se e criar oportunidades de aprendizado desta forma de trabalhar.

Os entrevistados, também, indicam a falta de preparo do corpo docente para orientar os futuros profissionais de forma que concluam o curso aptos a atuar de acordo com a realidade de saúde do país, tanto em termos epidemiológicos quanto em relação às políticas públicas. Segundo Ferreira, Ferreira e Freire (2013), para a ocorrência da modificação do ensino são necessárias mudanças que abarquem a matriz curricular, capacitação de docentes e inovações de cenários de ensino-aprendizagem. Os autores evidenciam que a qualificação e atualização permanente dos docentes são fundamentais para prover a formação almejada.

Conforme Shulman (2005), há um conhecimento base para o ensino, ou seja, um conjunto de códigos, destrezas, compreensão, tecnologia, ética e responsabilidade coletiva. O autor entende que o objetivo do ensino é levar o estudante a aprender a compreender, a aprender a pensar de forma crítica e criativa e a aprender a agir, ciente de que aprender sobre um assunto muitas vezes não é um fim em si, mas sim um veículo para outros fins, o que levará a uma nova compreensão envolvida nesse processo.

Shulman (1986; 2005) discute um conjunto de códigos, habilidades, concepções e tecnologias, uma base intelectual, prática e normativa à profissionalização da docência que denomina de Conhecimento Base (Knowledge Base) para o ensino, composto por sete categorias. São elas: (1) conhecimento do conteúdo; (2) conhecimento pedagógico geral; (3) conhecimento do currículo; (4) conhecimento pedagógico do conteúdo; (5) conhecimento dos alunos e suas características; (6) conhecimento dos contextos educacionais; (7) conhecimento dos objetivos, metas e valores educacionais e sua fundamentação filosófica e histórica. O autor sugere que o ensino deve ser um ato cíclico de compreensão, raciocínio, transformação, ação e reflexão.

Costa e Araújo (2011) consideram como questão fundamental a formação dos docentes, tutores e preceptores para que haja a reversão das necessidades e demandas sociais da área da saúde. Segundo Souza e Carcereri (2011); Zilbovicius et al. (2011) é necessária a capacitação do corpo docente para o acompanhamento e desenvolvimento das

atividades dos estudantes em outros contextos, fora da universidade. Isso permitirá que o aluno construa suas habilidades em um contexto em que entenda o processo saúde-doença. Da mesma maneira que há a necessidade da formação didático-pedagógica dos preceptores para que haja a relação de intercâmbio adequado entre todos os atores (SOUZA; CARCERERI, 2011).

De acordo com as DCN para os cursos de odontologia, os participantes acreditam que o aluno deve ter autonomia para responsabilizar-se por sua própria formação. Além de constar nas DCN, a mudança de metodologias para que o estudante assuma postura ativa para a própria ampliação do objeto de aprendizagem, é também, um dos eixos básicos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) (BRASIL, 2002, 2007).

Sob o ponto de vista psicológico, Vigotsky (2001) acredita que a experiência do aluno é muito importante para o aprendizado, uma vez que descentraliza a figura do mestre. O autor acredita que o processo de aprendizagem deve fundar-se nos objetivos do aluno e o papel do mestre é o de orientar passando liberdade e independência para seguir o caminho desejado.

Educar não significa adestrar, mas desenvolver a capacidade de aprender como um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, que constrói o conhecimento do objeto ou participa de sua construção. Exige apreensão da realidade, não para adaptação, mas para a sua transformação para a intervenção e a recriação dessa realidade (FREIRE, 1977).

Conforme Rodrigues (2001), a educação precisa contribuir para que cada indivíduo adquira a capacidade de autoconduzir o seu próprio processo formativo ao longo da vida. E, nesse sentido, surge, talvez, o mais sublime fim da educação, a formação do sujeito ético, a qual só pode ocorrer pela aquisição do mais alto grau de consciência de responsabilidade social de cada um e se expressa na capacidade de participação, na solidariedade, na cooperação e no respeito a individualidade e a diversidade. Sujeito ético entendido como sujeito social autônomo que circula e atua em conjunto da vida social de forma independente e participativa, sendo capaz de estabelecer juízos de valor e assumir responsabilidades por suas escolhas.

Na concepção dos sujeitos desta pesquisa, a formação considerada como um todo, levando em conta seus aspectos subjetivos, é fundamental para atingir as reais necessidades do mercado de trabalho atual, ou seja, de acordo com a realidade epidemiológica da população e com as políticas públicas de saúde.

A formação age tanto nas dimensões subjetivas, caráter e mentalidade, quanto nas intersubjetivas, conhecimento profissional. Sendo assim, não é algo transitório, ou seja, que faz parte de apenas uma etapa do desenvolvimento do ser humano, é algo que perpassa a constituição da história dos homens como seres sociais, políticos e culturais (FAZENDA, 2002).

Na fala dos participantes há a valorização de suas famílias e a influência das mesmas na formação, tanto nos aspectos profissionais quanto nos fatores pessoais. Cada contexto familiar com suas relações entre os membros, problemas, questões financeiras, forma de ver a vida, são fatores que podem influenciar a tomada de decisões ao longo dos acontecimentos. Para Amorim e Vicente (2008), cada família constrói a própria maneira de viver, a qual os membros se unem pelo apego que sentem entre os mesmos. Dessa forma, entende-se que além da educação, os hábitos, também, podem ser passados de geração em geração.

O perfil do profissional é considerado como muito importante para atuar em hospitais. As seguintes características são indicadas: humildade, responsabilidade, competência técnica, respeito, saber trabalhar em equipe, compreender seus limites, flexibilidade e estrutura psicológica. Os entrevistados apontam que são necessários bons profissionais de todas as áreas, porém com determinado perfil. Acredita-se que esses atributos para atuar em ambiente hospitalar, ou seja, a formação do sujeito ético, sejam provenientes da escola, família e da personalidade individual de cada ser humano, enfim é uma responsabilidade coletiva. Vigotski (2001) afirma que a educação pode ser conceituada como adaptação da experiência hereditária ao meio social.

A formação exige o conhecimento da trajetória singular das pessoas, como também precisa contextualizar a história, admitindo o caráter transitório das propostas de formação de determinada sociedade. A formação é social e pessoal, existe constantemente e ocorre em momentos, influenciada por valores, crenças e saberes (FAZENDA, 2002).

Em relação ao sistema de ensino, os próprios professores e os profissionais das outras áreas da saúde, relatam a falta de tempo por parte dos docentes para realizar todas as atividades, as quais incluem curso de graduação e pós-graduação em odontologia e o atendimento no contexto hospitalar. Acreditam que é necessário uma organização que melhor aproveite a mão de obra especializada e o tempo que os profissionais dispõem. Também apontam para a escassez de recursos

humanos no ambiente hospitalar para otimizar o serviço e absorver a demanda. Portanto, os participantes pensam que deve haver mudanças em toda estrutura pública de ensino e isso resultará em mudanças no serviço, por conseguinte.

A transformação na formação é necessária, mas não se completa por si só. Deve ser incluída como política e se aderir nas diversas dimensões do ensino, dos serviços, no conhecimento dos gestores sobre a instituição pública, na maneira de ensinar dos docentes e no interesse dos alunos em aprender. Nesse sentido, é necessária a discussão com todos os segmentos envolvidos, pois é preciso um foco em comum que una as pessoas (COSTA; ARAÚJO, 2011). Para que haja mudanças é imprescindível a tomada de medidas provindas das esferas mais amplas da sociedade (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Adaptar a educação odontológica a um espectro mais amplo da sociedade brasileira requer reformas substanciais nos projetos pedagógicos (ZILBOVICIUS et al., 2011). Observa-se que as transformações devem ser feitas em várias dimensões para conseguir alcançar os resultados desejados. Desde as esferas governamentais, regulatórias, como também, a universidade através de docentes, discentes e disponibilização de conhecimentos, até os gestores dos serviços, ou seja, há a necessidade da reforma do pensamento dos atores envolvidos e da população.

Os participantes apontam a universidade como o alicerce dos estudantes e profissionais. Pensam que uma reestruturação em diversos aspectos é necessária. Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade estabelece uma nova relação educador-educando. Sendo assim, é um fator transformador da universidade, no sentido de questionar constantemente os conhecimentos adquiridos e métodos praticados.

Backes et al. (2012), destacam o papel das universidades e escolas técnicas na formação de profissionais da saúde aptos a atuar na realidade do país. Dito de outro modo, além das habilidades técnicas é necessária a competência ética e humanística, para formar vínculos duradouros entre os serviços e os usuários.

A educação em saúde deve ser vista como um processo permanente, perdurando por toda a carreira profissional, através de vínculos das universidades com os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. Sendo assim, garante o planejamento do processo ensino-aprendizagem centrado na realidade da população do país (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008).

No entanto, a universidade possui papel formador, mantenedor e renovador de conhecimento. Apresenta-se como a instituição retentora

dos meios para fornecer o suporte aos profissionais que estão no serviço e que, geralmente, não obtiveram o conhecimento para o desenvolvimento do trabalho conforme as políticas públicas de saúde preconizam. E, também, para aqueles que precisam manter e renovar os seus saberes. Nesse sentido, mostra-se a importância de articulações intersetoriais para alcançar os objetivos de mudanças no ensino.

Na concepção dos entrevistados deveria existir diálogo entre as áreas da saúde desde a graduação, para haver contato entre os estudantes de diferentes áreas e a compreensão da saúde de forma mais ampla. DePaola e Slavkin (2004) sugerem a realização de estudos que visem o desenvolvimento de estratégias que possam garantir nos currículos dos cursos de Odontologia a interação com as outras áreas da saúde desde a graduação, com vistas a promover o conhecimento integral de pessoas e grupos; gerar maior reflexão crítica; e desenvolver a responsabilidade profissional e social, de forma a entender a saúde bucal como um componente indissociável da saúde integral, o que requer abordagem interdisciplinar.

Para Araújo e Zilbovicius (2008), mostra-se como um desafio a aproximação da formação de médicos, CD, enfermeiros e demais profissionais do setor, porém com a finalidade de compreender a realidade do país. Dessa forma, tornam-se obrigatórias reformas ideológicas, políticas e pedagógicas das instituições responsáveis pela educação da saúde no Brasil. A qualidade do ensino de Odontologia está relacionada a um adequado modelo pedagógico da universidade e do curso (FERREIRA; FERREIRA; FREIRE, 2013).

Unir as áreas de conhecimento apresenta-se como uma forma lógica de alcançar a interdisciplinaridade, pois os estudantes entram em contato com outros saberes desde o princípio, tornando o conhecimento entre as diferentes áreas menos assimétrico, deixando as diferenças sociais e culturais que as distintas disciplinas carregam abrandadas, podendo diminuí-las gradativamente com o tempo. Outros fatores que barram a concretização da interdisciplinaridade podem ser superados, devido ao possível entendimento das especificidades de cada área e as linguagens técnicas. Além de que essa convivência pode gerar um equilíbrio entre as relações dos futuros profissionais, permeadas pela solidariedade, o que trará resultados futuros quando ingressarem no mercado de trabalho.

Os participantes mostram-se receosos em relação à criação de cursos de especialização em OH, pois estes podem tomar os caminhos da hiperespecialização, ou seja, nas divisões em subespecializações. De acordo com Morin (2003) quando se divide as disciplinas corre-se o

risco de hiperespecialização, desconectando do contexto geral, levando ao isolamento e a fragmentação. Dessa maneira, impede-se de enxergar de forma integral e contextualizar o problema (MORIN, 2006).

O exercício prático da odontologia durante a graduação é evidenciado como fundamental. Isso remete novamente à importância das atividades extramuros no decorrer do curso. Na visão dos participantes é necessário obter formação para atuar no contexto hospitalar, sugerem atividades nesse ambiente durante os cursos de graduação e pós-graduação. Acreditam que é um ambiente facilitador para o trabalho interdisciplinar, para a compreensão da saúde de maneira mais ampla e também porque é a realidade de trabalho em que o mercado está se direcionando. Medeiros Jr et al. (2005) apontam que as atividades extramuros em ambiente hospitalar oferecem ao aluno experiências desafiadoras, baseadas em resoluções em equipe multiprofissional, proporcionando ganhos para a formação humana e profissional, adquirindo uma visão integral do paciente. Outro aspecto importante é a convivência do aluno com os pacientes internados, o que gera aproximação e entendimento das condições socioeconômicas e psicológicas dos mesmos.

Essas atividades extramuros apresentam-se como estratégicas para que o aluno possa optar a conhecer esse contexto de trabalho e responsabilizar-se pelas próprias escolhas. Também, mostra-se como estratégia em casos em que não há uma disciplina obrigatória nos cursos de graduação, conforme alguns participantes mencionam como desnecessária.

De acordo com experiências obtidas, os participantes da pesquisa relatam que o CD possui receio em relação ao ambiente hospitalar, não sabem conversar com outros profissionais, ou seja, não estão familiarizados.

Mais uma vez comprova-se que as atividades desempenhadas em ambiente hospitalar permitem a aproximação às outras áreas da saúde, possibilitando o crescimento individual e coletivo, uma vez que o aluno trabalha com saúde bucal sem perder a visão do paciente como um todo (MEDEIROS JR et al., 2005).

Os dados desta pesquisa mostram o incentivo, por parte dos professores, à obtenção de experiências no contexto hospitalar. Disponibilizam a participação em diversas atividades para alunos e profissionais. Exemplo disso é a realização de um projeto de extensão liderado por professores da UFSC, que insere alunos nesse contexto, desde 2004. É um trabalho voltado para ações odontológicas de cunho preventivo na Unidade de Internação Pediátrica do HU, com a intenção

de que os mesmos desenvolvam as competências e habilidades do CD no contexto hospitalar. Os alunos do curso de graduação e pós-graduação desenvolvem diariamente as atividades: adequação do meio bucal e encaminhamentos para os serviços de saúde da localidade de origem, para dar continuidade ao tratamento. Em paralelo à assistência odontológica são realizadas as atividades preventivas e educativas, utilizando-se atividades lúdicas, juntamente com orientações direcionadas às crianças e seus acompanhantes, buscando informá-los, conscientizá-los e motivá-los quanto à importância da saúde (MATTEVI et al., 2011).

Brody (1983) já apontava que uma maneira de aprender a ser um membro da equipe de saúde é trabalhar para essa competência. Aprender sobre as funções dos médicos, enfermeiros, e assistentes sociais é extremamente importante, isso ocorre quando o CD atua em conjunto com esses profissionais para prover cuidado integral ao paciente.

Acredita-se que, dessa forma, se tornarão profissionais diferenciados, mesmo que atuem em clínica privada ou no centro de saúde. Morin (2006) refere que uma das faces do pensamento complexo é o desejo constante de um conhecimento não fragmentado, não redutor e da consideração de que qualquer conhecimento é inacabado e incompleto.

A categoria, **A educação e a formação para atuação profissional**, mostra a subjetividade e a complexidade inerentes à formação e educação, as quais são necessárias para atuar em ambiente hospitalar, segundo o olhar dos participantes da pesquisa.

Consequência

Pela compreensão das relações entre a saúde bucal e doenças sistêmicas, os participantes da pesquisa, concebem a importância do trabalho em equipe na prestação do cuidado à saúde do paciente que está internado, muitas vezes com múltiplos comprometimentos. Porém, ainda há rigidez na aceitação do trabalho em conjunto. Nesse sentido a categoria **Iniciando no caminho da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar** mostra-se como a resposta e também problema para manter e obter progressos na fluidez do trabalho em equipe no contexto hospitalar. Sob o ponto de vista da resposta, seria a concretização da interdisciplinaridade, como o ideal para desempenhar as atividades de todas as áreas, e o problema, é a rigidez e a inflexibilidade encontradas em alguns profissionais da equipe de saúde.

Por meio de uma visão biologicista e centrada em doenças, os participantes passam a entender a necessidade da atuação conjunta e em ambiente hospitalar, com vistas a fornecer atenção integral ao usuário. Os mesmos evidenciam, através de suas falas, que a saúde está diretamente ligada à saúde bucal. Inúmeros estudos estão comprovando a relação entre as doenças. A exemplo, o estudo de revisão sistemática de Chambrone et al. (2013) que conclui que há a associação entre doença renal crônica e periodontite. A doença periodontal é associada às condições de saúde, tais como doenças cardiovasculares e diabetes (BECK; OFFENBACHER, 1998; PETERSEN, 2003). Doenças bucais podem levar a óbito, sendo considerada como um fator de risco em inúmeras condições de saúde. O sistema circulatório dissemina bactérias o que pode causar ou agravar infecções pelo corpo, particularmente em indivíduos que estão com o sistema imunológico deprimido (PETERSEN, 2003).

Em relação aos transplantes cardíacos, as condições periodontais podem não estar associadas diretamente ao sucesso das cirurgias cardíacas, porém os pacientes que se submeteram ao transplante podem apresentar doenças cardiovasculares no futuro. É evidente que as condições periodontais devem ser consideradas antes de um transplante cardíaco, todos os esforços para aumentar o sucesso da cirurgia e a expectativa de vida, devem ser feitos (ROMITO et al., 2004).

De Riso et al. (1996) realizaram uma pesquisa em que utilizou-se clorexidina 0,12% para a descontaminação prévia da cavidade bucal de pacientes que se submeteram a cirurgia cardíaca com uso de respiradores artificiais. Como resposta obtiveram redução dos índices de infecções do trato respiratório e prevenção de uma possível infecção.

A relação de mutualidade, também está ligada ao estado nutricional, considerando que a condição de saúde bucal pode estar associada a dificuldades na alimentação. Assim, manifestações bucais causam impacto na habilidade de alimentar-se como também na dieta e no estado nutricional. A dieta pode afetar o desenvolvimento e a integridade da cavidade bucal, bem como a progressão de doenças bucais (ADA, 2007).

A ampliação da visão sobre o processo saúde-doença-cuidado constitui-se em estratégia estruturante para ampliação do trabalho interdisciplinar. Muitas vezes quando o problema está localizado na cavidade bucal o abalo na vida dos indivíduos pode ser desde estético, fonético até funcional (BOTAZZO, 2008). Sabe-se que problemas de saúde estão diretamente relacionados ao bem-estar das pessoas, muitas doenças bucais são irreversíveis tendo impacto na qualidade de vida e na

saúde integral, até mesmo podendo impedi-las de desenvolverem as suas atividades diárias (PETERSEN, 2003).

Por meio dos resultados dessa pesquisa, nota-se a necessidade sentida, pelos profissionais, em realizar a atenção à saúde com diversos enfoques para conseguir atender a complexidade do ser humano. Essa visão, a partir de diferentes perspectivas epistemológicas, que possibilita enxergar o global e a contextualização do problema de forma ampla (MORIN, 2006). Dessa forma, permite a capacidade de analisar múltiplos aspectos para resolver problemas complexos (FOUREZ, 1995).

Na procura por desempenhar as atividades de trabalho de maneira eficaz, o profissional busca aqueles com quem pode dividir valores e escolhas e que possa confiar na atenção à saúde do usuário em determinadas condições (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Observa-se que os profissionais estão conseguindo dividir as responsabilidades e procuram unir-se com outros que valorizam seus conhecimentos, transmitem segurança e respeitam o trabalho desempenhado.

Os dados desse estudo revelam que os profissionais das outras áreas da saúde estão conhecendo um pouco sobre a odontologia, em consequência da interação entre os profissionais e, também, da participação da área, representada pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, nas reuniões da equipe, por exemplo. Isso mostra que está havendo trocas entre os especialistas, que segundo Japiassu (1976), é o que diferencia a interdisciplinaridade, a intensidade das mesmas e o grau de integração entre as disciplinas.

A atuação interdisciplinar mostra-se como facilitadora da integração que admite a apreensão da complexidade dos usuários, por meio da interação entre os profissionais (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

O êxito de temas complexos está na dependência da abordagem não fragmentada, ou seja, na união de pessoas competentes em suas áreas, disponíveis e capazes de dialogar e flexíveis para compreender a questão em discussão para contribuir efetivamente (MINAYO, 1994). De acordo com Mendes, Lewgoy e Silveira (2008), no âmbito da saúde, como integridade e integralidade, não se pode enxergar em partes, ou seja, a fragmentação da saúde física, mental e social. Os autores recomendam a compreensão da saúde como um todo, na interface das diversas áreas do saber.

Conforme Figueiredo (2010) e Mattevi (2010), que desenvolveram pesquisas em ambiente hospitalar, a integração da

odontologia com os membros da equipe de saúde permitirá a concretização de ações conjuntas gerando integralidade da atenção ao usuário, e conseqüentemente a equipe poderá aprender a prover cuidados à saúde bucal, resultando em trocas de saberes entre os profissionais, seguindo os caminhos da interdisciplinaridade.

Na percepção dos participantes está havendo mudanças na aceitação do trabalho em equipe, pensam que é por conta dos profissionais que estão entrando no mercado de trabalho. Isso deve-se aos cursos de Residência inseridos em ambiente hospitalar, residentes de diversas áreas acabam tendo contato e convivência durante os anos que passam imersos naquele contexto. Sendo assim, findam por conhecer o trabalho das outras áreas, muitas vezes trabalhando em conjunto e estreitando laços. Para Scherer, Pires e Schwartz (2009), conhecer o trabalho do outro é fundamental para o desenvolvimento de uma colaboração.

Em uma pesquisa com equipes interdisciplinares de dois hospitais públicos da região sul do país, obteve-se como um dos resultados que o trabalho de forma interdisciplinar impõe as interações fundamentadas na comunicação e respeito aos demais membros da equipe e na compreensão das diferenças do conhecimento dos mesmos. Evidenciam a necessidade das relações ampararem-se na cooperação, troca e articulação de saberes e fazeres, na interação entre os profissionais, na horizontalização das relações e na participação na tomada de decisões (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Percebe-se através dos dados dessa pesquisa a valorização da atuação do CD na equipe de saúde no contexto hospitalar. Em uma pesquisa qualitativa desenvolvida em hospital, mostra que o CD é visto como um membro da equipe para apoiar e dinamizar o trabalho interdisciplinar, atuando nas atividades específicas da área, que vai da promoção da saúde ao tratamento mais especializado de agravos no sistema estomatognático (MATTEVI et al., 2011). Essa valorização mostra-se muito importante, pois nota-se que há a aceitação e o requerimento da odontologia na equipe de saúde em instituições hospitalares. Por outro lado, revela a forte ligação do CD com o tecnicismo, concebida por profissionais das outras áreas e pela população. A imagem de profissional firmado na técnica se transformará na medida em que houver mudanças ideológicas dos profissionais e futuros profissionais.

Entende-se, que a atuação dos profissionais em ambiente hospitalar está caminhando para a interdisciplinaridade, de forma que mudanças já ocorreram ao longo dos anos. De acordo com Japiassu

(1976) e Fazenda (1994) para se alcançar a interdisciplinaridade propriamente dita é necessário níveis sucessivos de cooperação e de coordenação crescentes. A multidisciplinaridade poderia ser considerada como um passo no caminho para o alcance da interdisciplinaridade. Sendo assim, a odontologia já iniciou a sua caminhada para a construção interdisciplinar, pois como afirmam os autores, a mesma é edificada paulatinamente.

Conforme a pesquisa de Matos, Pires e Campos (2009), o trabalho interdisciplinar possui o potencial de trazer mudanças que beneficiam os usuários e os profissionais, como também reorganiza a assistência à saúde, proveniente dos microespaços de trabalho.

Por outro lado, os participantes relatam que há a inflexibilidade como um fator limitante por parte de alguns profissionais, especialmente os médicos. Percebem que, parte desses, não aceita o trabalho das outras áreas, não querem conhecer e aprender algo para além do próprio saber médico. Também, não desejam partilhar o poder médico, mantendo as ações centradas nas decisões da própria classe.

Segundo Peduzzi (2001), a área médica é criadora da técnica científica moderna na área da saúde e, dessa forma, geradora das outras especialidades. As áreas que se separam ou se unem à atuação médica formam um conjunto de áreas profissionais diversas, indispensáveis à realização da atenção integral à saúde. De acordo com a autora, há a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, no sentido da realização das intervenções específicas de cada ator, como também executar as ações comuns, tais como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos.

O estudo de Scherer, Pires e Jean (2013) que utilizou metodologia qualitativa, relata a questão do poder médico e a dificuldade das outras áreas da saúde em manejar essa problemática. Concordando, dessa forma, com os resultados encontrados nesse estudo.

Os dados da pesquisa de Matos, Pires, e Campos (2009), mostram que os conflitos existentes entre a categoria médica e a enfermagem provém de raízes culturais e históricas, devido a formação profissional diferenciada e da valoração pelo tratamento médico, cuja origem são históricas. Os autores também evidenciam o corporativismo destas classes e a defesa que cada uma exerce de suas posições e profissões.

As relações hierárquicas entre médicos e não-médicos estão em distintos níveis de subordinação, juntamente da flexibilidade da partilha do trabalho e da independência técnica com dependência mútua. Dessa forma, mesmo nas circunstâncias em que há relações assimétricas entre profissionais de distintas áreas, existe possibilidade de formar equipe

integrada, ou seja, onde ocorre articulação das ações e a interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

Mesmo com a existência de inflexibilidade nos serviços estudados, os dados estão indicando a inclinação para a interdisciplinaridade. Isso comprova que as diferenças nas relações entre os profissionais não impedem a realização da atuação de forma interdisciplinar até mesmo para alguns médicos. Na medida em que um grupo inicia o processo e começa a haver um esforço para chamar as outras áreas, mostrando que se pode desenvolver um trabalho conjunto, pouco a pouco vai criando possibilidades para o engajamento de todos. Porém, é preciso ter claro a influência que as corporações das diferentes áreas profissionais exercem sobre este processo interdisciplinar.

Portanto, **Iniciando no caminho da interdisciplinaridade no ambiente hospitalar** revela que a construção da odontologia nesse ambiente está, mesmo que incipiente, no sentido da interdisciplinaridade. Essa mostra-se como condição para a concretização da atenção integral aos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de construir um modelo teórico explicativo sobre a atuação do CD no contexto hospitalar, refletiu-se sobre o conteúdo expressado pelos participantes desse estudo relacionando-o ao referencial da interdisciplinaridade.

Essa pesquisa evidenciou que o CD exerce importante função na equipe de saúde; trata-se de um profissional que qualifica e agiliza o serviço hospitalar. Os sujeitos apontaram que, nas instituições onde atuam, não conseguem visualizar o serviço sem a odontologia fazendo parte da equipe.

Em relação às áreas da odontologia para atuação em hospitais, pode-se perceber através do discurso dos participantes que todas possuem espaço. Porém, mostra-se necessário possuir determinados conhecimentos, habilidades e características para atuar em instituições hospitalares, tais como: saber atuar em equipe, conhecer a logística de trabalho de hospital, compreender as relações entre as doenças sistêmicas e a saúde bucal, saber seus limites, humildade, responsabilidade, respeito, flexibilidade e estrutura psicológica. Também, apontam que para atuar em hospital é necessário conhecer o usuário e seus acompanhantes, conectando-os com seus contextos de vida. Cabe evidenciar, que dentro dos conhecimentos considerados importantes pelos sujeitos da pesquisa, a compreensão das políticas públicas de saúde e da RAS não foram mencionadas. Dentro das especialidades odontológicas, as que se apresentaram com mais força foram CTBMF, Estomatologia e OPNE.

Os participantes mostraram que ainda não estão bem certos quanto à necessidade de uma nova área de especialização, a OH, pois pensam que pode ser uma reserva de mercado e uma hiperespecialização, o que perderia o raciocínio do trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade.

O esforço para conquistar esse espaço de trabalho no hospital data desde os anos 40, porém foi a partir de alguns anos atrás que o tema passou a ganhar destaque: o projeto de Lei 2776 de 2008 é a prova disso. Observa-se que até então esse trabalho não estava sendo visto, divulgado e nem mesmo era alvo de estudos.

A entrada da odontologia no hospital ocorreu devido às necessidades relacionadas a problemas de saúde, essas sentidas pelos próprios pacientes e pelos profissionais. Pautou-se na compreensão

biologicista e focalizada no tratamento de doenças. Entende-se, assim, o motivo pelo qual as áreas mais citadas pelos participantes, como mais preparadas para atuar em ambiente hospitalar, foram a CTBMF, Estomatologia e OPNE. Com certeza foram essas as mais requisitadas e as que mais utilizaram o hospital para prestar seus serviços especializados, devido ao conhecimento específico das mesmas para solucionar os casos de doenças, ainda existentes e que estão surgindo.

Porém, para manter a saúde do usuário, ou seja, todo esforço realizado pelo profissional que está no hospital e evitar o desperdício dos recursos públicos, o processo de trabalho deve estar organizado na perspectiva das redes de atenção à saúde. Dessa forma, torna-se obrigatório os profissionais conhecerem as políticas públicas de saúde existentes de acordo com a realidade do país e fazer com que sua prática esteja fortemente aderida e seja coerente com tais diretrizes.

Além do desenvolvimento do trabalho articulado em redes, faz-se necessária a busca constante pelas relações interdisciplinares. Como os dados mostram, está havendo a construção dessas relações para o trabalho em hospital, porém ainda ocorre de forma pontual e somente entre algumas áreas do conhecimento. A odontologia, que sempre atuou isolada, precisa aprender a trabalhar em equipe e tornar-se flexível aos outros saberes, em outras palavras, pensar a saúde de forma coletiva e ampla.

O ambiente hospitalar é, historicamente, o ambiente que abriga o doente que está impedido de seguir com sua vida cotidiana. Verificou-se a preocupação dos entrevistados para com a doença, o diagnóstico e o plano de tratamento. Esta parece ser a linguagem hospitalar, cujo conhecimento é pré-requisito ao trabalho nesta instituição. Mesmo neste ambiente, deveria haver espaços para pensar e fazer saúde de maneira abrangente. Este jeito de tratar doenças foi se cristalizando, ao longo do tempo, nas áreas específicas, devido às demandas de cada área e de cada profissional, o que dificulta e por vezes impede a interação e, conseqüentemente, a concretização de práticas humanizadoras e interdisciplinares.

O estudo foi realizado em HE e demonstrou que a presença da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde foi estratégica para a construção da interdisciplinaridade na atuação do CD em ambiente hospitalar. A presença diária dos residentes e a disponibilidade e obrigatoriedade em participar de encontros e reuniões multidisciplinares foram fatores contribuintes para a interação entre os profissionais das diferentes áreas.

Também a presença dos professores e/ou graduandos, por meio da integração ensino-serviço, potencializou o trabalho interdisciplinar em saúde bucal no âmbito hospitalar. A união do ensino e do serviço parece fortalecer o trabalho interdisciplinar. A realização de estudos em hospitais que não sejam classificados como HE poderá trazer maiores evidências sobre esta questão. No presente estudo a integração com o ensino possui papel importante, no sentido de ampliar a visão de atuação dos estudantes, dos profissionais e beneficiar os usuários dos serviços.

Mostra-se necessário, então, reunir esforços para integrar a saúde bucal em contextos de ação interdisciplinar e multiprofissional, para isso deve-se formar profissionais com perfil adequado à realidade do país. O desafio está por conta de integrar professores com perfil especialista em uma lógica de ensino que deve compreender a saúde de forma ampla e interdisciplinar.

Observa-se que ainda há resistências a superar, as quais podem ser ultrapassadas através da mudança do pensamento direcionado à interdisciplinaridade, da avaliação dos resultados obtidos, da implementação de reformulações para alcançar o nível desejado do profissional egresso para desempenhar suas funções, considerando o contexto das políticas públicas de saúde e educação no Brasil. Nesse sentido, é importante a articulação com as universidades assim como a implementação da educação permanente em ambiente hospitalar.

Com relação ao tema do ensino, os dados indicaram que a graduação poderia contemplar uma parte introdutória, explanando como o CD poderia atuar dentro do ambiente hospitalar e a dinâmica de trabalho nesse contexto. Assim, possibilitaria ao estudante conhecer esse espaço e fazer escolhas futuras. Outro aspecto positivo é que o profissional que tem experiência em ambiente hospitalar poderá levar o aprendizado para outros cenários de prática, o que beneficiará os pacientes e os próprios CD.

Atividades realizadas por meio de projetos de extensão com a finalidade de levar o aluno e também o profissional, como prática de educação permanente, foram destacadas como alternativas para introduzir e preparar os mesmos para atuação no contexto hospitalar. Assim, além de aprender a trabalhar em equipe, entram em contato com a dinâmica de serviço de uma instituição desse porte. No âmbito da pós-graduação, o ensino no formato de Residência Multiprofissional, parece ser a estratégia de eleição e precisa ser reconhecida pelo CFO.

Outro aspecto emergente foi a importância do aprendizado bem consolidado das áreas básicas no curso de odontologia. Os participantes apontaram falhas no ensino, por experiências próprias vividas com os

alunos graduandos e egressos. Assim, deve haver reformulações de toda estrutura pública de ensino e isso resultará em mudanças no serviço. Entretanto, entende-se que a transformação apenas no ensino não consegue abarcar toda a complexidade. Essa precisa incorporar-se como política nas várias dimensões do ensino, dos serviços, na compreensão dos gestores, na maneira de exercer a docência e, também, no interesse dos alunos. As universidades deveriam envolver-se no sentido de proporcionar espaços de educação permanente para gestores, preceptores, profissionais e os próprios docentes. E fornecer meios para os estudantes realizarem suas escolhas e buscarem o próprio conhecimento.

Houve críticas em relação à inserção da odontologia no mercado de trabalho, os entrevistados consideraram que a profissão está vulnerável aos planos de saúde, além de estar sendo vista como uma prestação de serviço, pela população, ao invés de ser considerada como uma área da saúde. Também mencionaram a falta de amparo legal para o CD atuar em ambiente hospitalar e a desunião da classe. Dessa forma as entidades de classe e o CFO tem papel importantíssimo na reformulação das resoluções e normas, as quais mostram-se desatualizadas em relação às políticas públicas de saúde. Especialmente o projeto de Lei que estabelece obrigatoriedade do CD em hospitais foi recentemente aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, ou seja, está na penúltima instância.

A categoria central "A atuação do cirurgião-dentista em hospital: uma construção interdisciplinar", representa todas as outras categorias, ou seja, é o eixo estruturante da teoria, e congrega todas as sete categorias emergentes as quais definem as estruturas, propriedades e dimensões do fenômeno. Os resultados revelaram que o trabalho desenvolvido no contexto hospitalar está caminhando para a interdisciplinaridade, dentro de algumas áreas específicas. Pode-se perceber que as outras áreas da saúde, participantes desse estudo, estão entendendo um pouco mais sobre a atuação da odontologia devido às interações que estão ocorrendo, com a finalidade de melhor atender o usuário. Apesar disso, há dados que indicam que ainda há casos de inflexibilidade, por parte de alguns profissionais, para a aceitação da atuação em equipe. Mostra-se, assim, mais uma barreira para a concretização do trabalho interdisciplinar no contexto hospitalar.

O estudo fundamenta a tese de que a atuação do CD no hospital se configura como uma construção interdisciplinar. Essa construção se apresentou, no contexto deste estudo, de forma incipiente e pontual.

De acordo com a literatura encontrada, as relações se estreitarão com o tempo, em vista disso é importante o profissional permanecer na instituição e manter-se flexível, para formar vínculos, haver compreensão mútua e trocas de conhecimento, desenvolvendo assim relações de confiança e melhoria nos fluxos de trabalho.

Todos os participantes desse estudo mostraram-se envolvidos com os serviços em que atuam, pois estão inseridos em uma realidade na qual buscam constantemente aprimorar a prestação do cuidado à saúde da população e criar espaços de ensino-aprendizagem para os alunos e profissionais e, também, para exercer a sua profissão com dignidade.

Entende-se que o modelo teórico construído nesta pesquisa ainda encontra-se em processo de maturação, tendo em vista que isso faz parte do processo de investigação e novos dados podem ser incluídos futuramente, para tornar o modelo mais denso, abrangente e melhor definido.

É importante pontuar o aprendizado do método, a TFD, e a sua execução, como um desafio para a pesquisadora realizar esta pesquisa. Considerando o caráter subjetivo, da metodologia qualitativa, e sua complexidade no momento de abstrair e transcender da experiência dos participantes, inseridos em uma realidade, para dados de pesquisa científica a generalizações.

O desenvolvimento de pesquisa semelhante, ou seja, com o mesmo desenho, porém em instituições hospitalares privadas e/ou que não sejam de ensino, poderiam trazer contribuições para a área e quem sabe geraria um outro modelo teórico. Também, mostra-se interessante realizar essa pesquisa em outros estados, como em São Paulo por exemplo, o qual possui políticas estaduais próprias quanto a inserção da odontologia em hospitais. Em relação aos sujeitos da pesquisa, a inclusão de usuários, estudantes e gestores poderia trazer valiosas contribuições para a OH.

Também, percebe-se a possibilidade de novas pesquisas partindo desse modelo. Onde se pode explorar as categorias emergentes especialmente as que representam o ensino e o trabalho, buscando, assim, aperfeiçoar ações e serviços odontológicos com vistas à interdisciplinaridade.

Sugere-se, a partir do modelo teórico configurado por meio desta pesquisa, a revisão do conceito da OH. Empregando o olhar interdisciplinar, situando-a na RAS e nas políticas públicas de saúde.

O percurso vivido durante a realização deste trabalho, com as leituras, vivências e as discussões com as orientadoras, revelou a OH como a área de atuação do CD clínico geral ou especialista, que inclui a

realização de ações preventivas, de promoção e educação em saúde, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, no contexto hospitalar, realizadas na lógica de equipe multidisciplinar, articuladas à Rede de Atenção à Saúde e consoantes com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A odontologia ainda tem muito a amadurecer, crescer e muitos obstáculos a vencer no contexto hospitalar. Muito se avançou de alguns anos para cá, porém problemas sempre existirão conforme a realidade de cada espaço de trabalho. Espera-se que as demandas que estão sendo enfrentadas atualmente já não sejam dificuldades futuramente. Isso se concretizará de acordo com o que a OH conseguir alcançar hoje para avançar ainda mais no futuro.

7 REFERÊNCIAS

ABSI, E. G. et al. The appropriateness of referral of medically compromised dental patients to hospital. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Kidlington, v.35, n.2, p.133-136, abr. 1997.

AAPD. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on hospitalization and operating room access for dental care of infants, children, adolescents, and persons with special health care needs. Reference Manual 2008. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 30, n. 7, p68-69. 2008.

ADA. Position of the American Dietetic Association: Oral health and nutrition. **J Am Diet Assoc.**, Chicago, v. 107, n. 8, p. 1418-1428, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.eatright.org>>. Acesso em: 02 fev 2014.

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, jan. 2004.

AMORIM C., VIVENTE R. B. Abordagens de família: uma aproximação da psicologia. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 89-100.

ANDRIANKAJA, O. M. et al. The use of different measurements and definitions of periodontal disease in the study of the association between periodontal disease and risk of myocardial infarction. **J Periodontol**, Chicago, v. 77, n. 6, p. 1067-1073, jun. 2006.

ANTUNES, H. S. Interdisciplinaridade: parte A - Odontologia. In: SANTOS, P. S. da S.; SOARES JUNIOR, L. A. V. (orgs.). **Medicina Bucal: a prática da Odontologia Hospitalar**. São Paulo: Santos, 2012. p.17-19, 315p.

ANTUNES, J. L. F. et al. Gingival health of adolescents and the utilization of dental services, state of São Paulo, Brazil. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.42, n.2, pp. 191-199, abr. 2008.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168p.

ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-290. 308p.

AZARPAZHOOH, A.; LEAKE, J. L. Oral health and respiratory diseases. **J Periodontol.**, Toronto, v. 77, p. 1465-1482, 2006.

BACKES, D. S. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Cien saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p. 1151-1157, mai. 2012.

BAXTER, M. P. Dental Student Involved in Hospital Dentistry. **J Dent Educ**, Washington, v.42, n.6, p.306-313, jun. 1978.

BECK J. D; OFFENBACHER S. Oral Health and Systemic Disease: Periodontitis and Cardiovascular Disease. **J Dent Educ**, Washington, v. 62, n. 10 p. 859-870, oct. 1998.

BERKEY, D. B.; SCANNAPIECO, F. A. Medical considerations relating to the oral health of older adults. **Spec Care Dentist**, Malden, v. 33, n. 4, p. 164-176, jul/ago. 2013.

BOTAZZO, C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Orgs.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 81-88. 308p.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE-CES 3, de 19/02/2002 **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: < www.mec.gov.br>. Acesso em: 03 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC Nº7, de 24 de Fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. DOU de 25 de fevereiro de 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>> Acesso em: 19 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica n.º. 17 – Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e Evolução dos Hospitais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965. 588p. Disponível em: <
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf > Acesso em: 05 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.032, de 05 de Maio de 2010**. Inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. DOU de 30 de dezembro de 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº2.400, de 02 de outubro de 2007**. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União. DOU de 02 de outubro de 2007.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.7-30, jan./fev. 1996.

BRODY, H. A. General Practice Residency and Advanced Education in General Dentistry Programs: Curriculum. **J Dent Educ**, Washington, v.47, n.6, p.378-383, jun. 1983.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica 2012**. Disponível em: < <http://cfo.org.br> >. Acesso em: 22 jan. 2014.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. **Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia – Resolução CFO-63/2005**. Lei 4.324 de 14/04/64 e 5.081 de 24/08/66. Disponível em: < <http://cfo.org.br> >. Acesso em: 18 dez. 2013.

CHAMBRONE, L. et al. Periodontitis and chronic kidney disease: a systematic review of the association of diseases and the effect of periodontal treatment on estimated glomerular filtration rate. **J Clin Periodontol**, Malden, v. 40, n. 5, p. 443-456, mai. 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory**. Menlo Park: Addison-Wesley, 1986. 255p.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. DOU Nº 12 de 13 de junho de 2013.

CORACIN, F. L. Interdisciplinaridade: parte C - Enfermagem. In: SANTOS, P. S. da S.; SOARES JUNIOR, L. A. V. (orgs.). **Medicina Bucal: a prática da Odontologia Hospitalar**. São Paulo: Santos, 2012. p.25-27, 315p.

CORBIN, J. Coding, writing memos, and diagramming. In: CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. (Orgs.). **From practice to grounded theory**. Menlo Park: Addison-Wesley, 1986. 255p.

COSTA, N. M. Projeto de Lei nº 2776 de 13 de Fevereiro de 2008. **Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Congresso Nacional**. Diário Oficial da União. DOU de 13 de Fevereiro de 2008. Brasília, 2008.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG Rev pos-grad**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87- 92, abr./mai./jun. 1998.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.1181-1189, 2011.

DEMO, P. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 83-134. 317p.

DEPAOLA, D. P., SLAVKIN, H. C. Reforming Dental Health Professions Education: A White Paper. **J Dent Educ**, Washington, v. 68, n. 11, p.1139-1150, nov. 2004.

DE RISO, A. J. *et al.* Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces de incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. **Chest**, Northbrook, v. 109, n. 6, p.1556-1561, jun. 1996. Disponível em: <<http://www.chestjournal.org>>. Acesso em: 11 maio 2008.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças**. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. org. Caminhos do pensamento epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 195-223.

DIB, W. Projeto de Lei nº 363 de 10 de Fevereiro de 2011. **Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades hospitalares e dá outras providências. Congresso Nacional**. Diário Oficial da União. DOU de 10 de Fevereiro de 2011. Brasília, 2011.

EMPHASIS. Dentistry in Hospitals: looking to the future. **J Am Dent assoc.**, Chicago, v.115, n.4, p.545-555, out. 1987.

FACCIN, D.; SEBOLD R.; CARCERERI D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1643-1652, jun. 2010.

FAZENDA, I. C. A. **Didática e interdisciplinaridade**. 7. ed. Campinas: Papyrus, 2002. 192p.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas: Papyrus, 1994. 143p.

FERREIRA, N. de P.; FERREIRA, A. de P.; FREIRE, M. do C. M. Mercado de trabalho na odontologia: contextualização e perspectivas. **Rev odontol UNESP**, Araraquara, v.42, n.4, p. 304-309, jul./ago. 2013.

FIGUEIREDO, D. R. **Contribuição do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal: estudo exploratório com puérperas e profissionais da equipe de saúde de um hospital universitário**. 139f. [Dissertação] (Mestrado em Odontologia – área de concentração em Odontologia em Saúde Coletiva). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: < <http://www.tede.ufsc.br/teses/PODO0366-D.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2011.

FIGUEIREDO, D. R. *et al.* Chewing impairment and associated factors among adults. **Rev Saude Publica**, São Paulo v.47, n.6, p. 1028-1038, dez. 2013.

FISHER, M. A. *et al.* Clinical and serologic markers of periodontal infection and chronic kidney disease. **J Periodontol**, Chicago, v. 79, n. 9, p.1670-1678, set. 2008.

FONTANA, A.; PROKOS, A. H. The interview: from formal to postmodern. Walnut Creek: Left Coast Press, 2007. p. 83-96. 148p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal, 2003a. p.99-111. 295p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5ªed. Rio de Janeiro (RJ): Forense-Universitaria, 2003b. p.59-70. 241p.

FOUREZ, G. **A construção das ciências**: introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: UNESP, 1995.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. 2.ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 1977. 149p.

GESP. Governo do Estado de São Paulo. **Portal do Governo do Estado de São Paulo**. Sorria mais SP levará assistência odontológica a hospitais estaduais. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=217583>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

GESSER, H. C; PERES, M. A; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 289-293, jun. 2001.

GIBBS, G. **Análise dos dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p.

GLASER, B. G. **The Grounded Theory Perspective III**: theoretical coding. Chicago: Sociology Press, 2005. 160p.

GLASER, B. G. **Theoretical sensitivity**. Chicago: Sociology Press, 1978. 164p.

GLASER, B.; HOLTON, J. Remodeling grounded theory. **The Grounded Theory Review**, Mill Valley, v.4, n.1, p.1-24, 2004.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967. 271p.

GODOI, A. P. T. de. *et al.* Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v.38, n.2, p.105-109, 2009.

IVY, R. H. Fifty Years of Dental Service and Internship at the Philadelphia General Hospital. **Oral Surg Oral Med & Oral Pathol**, v. 5, n. 4, p. 335-339, Abr. 1952.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 39-76. 220p.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, v.20, n.4, p. 867-874, out./dez. 2011.

LIMA, D. C. de. *et al.* A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.1173-1180. 2011.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev bras enferm**, Brasília, v.62, n.6, p. 863-869. nov./dez. 2009.

MATTEVI, G. S. **A Atuação do Cirurgião-Dentista no Contexto Hospitalar**. 52f. [Projeto da Tese] (Doutorado em Odontologia - área de concentração em Odontologia em Saúde Coletiva). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

MATTEVI, G. S. **A Participação do cirurgião-dentista na atenção à criança no contexto hospitalar: percepções de usuários e equipe de saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. 119f. [Dissertação] (Mestrado em Odontologia – área de concentração em Odontologia em Saúde Coletiva). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PODO0369-D.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2011.

MATTEVI, G. S. *et al.* A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.16, n. 10, p. 4229-4236, jan. 2011.

MEDEIROS JÚNIOR, A. *et al.* Experiência Extramural em Hospital Público e a Promoção de Saúde Bucal Coletiva. **Rev. Saude Publ.**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 305-310, abr. 2005.

MELLO, A. L. S. F. de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso** : revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 319f. [tese] (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0499.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

MELLO, A. L. S. F. de.; ERDMANN, A. L. Revelando Contradições e Incorporando Melhores Práticas no Cuidado à Saúde Bucal de Idosos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.139-156, jan./abr. 2007.

MELLO, A. L. S. F. de. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 205-414, jan. 2014.

MENDES, J. M. R.; LEWGOYA, M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Cienc. Saude**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.24-32, jan./jun. 2008.

MINAYO, M. C. S. **Interdisciplinaridade**: funcionalidade ou utopia? **Saude Soc.**, [online] São Paulo, v.3, n.2, p.42-64, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOJON, P. Oral Health and Respiratory Infection. **J Can Dent Assoc**, Mississauga, v. 68, n. 6, p. 340-345, jun. 2002.

MORAIS, T. M. N. *et al.* A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 412-417, out./dez. 2006.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. Interfaces da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268-276. cap.11. 308p.

MORITA, M. C; HADDAD, A. E; ARAÚJO M. E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press; 2010. 98p.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21, jan./dez. 2004.

MORIN, E. **A Cabeça Bem-Feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006. 120p.

NARVAI, P. C; CARCERERI, D. L. Salud Bucal Colectiva en Brasil. In: CASTAÑO-SÉIQUER, A.; RIBAS-PÉREZ, D. (Orgs.). **Odontología preventiva y comunitaria: la odontología social. Un deber, una necesidad, um reto**. Madrid, España: Fundación Odontología Social, 2012. p. 843-854.

OLIVEIRA, L. C. B. S. *et al*. A Presença de Patógenos Respiratórios no Biofilme Bucal de Pacientes com Pneumonia Nosocomial. **Rev. Brasil. Terap. Intens.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 428-433, out./dez. 2007.

PAJU, S.; SCANNAPIECO, F. A. Oral biofilms, periodontitis, and pulmonary infections. **Oral Dis**, Oxford, v. 13, n. 6, p. 508-512. nov. 2007.

PANAGAKOS, F. S.; SCANNAPIECO, F. Periodontal Inflammation: from gingivitis t systemic disease In: PANAGAKOS, F. S.; DAVIES, R. M. **Gingival Disiases: their aetiology,prevention and treatment**. In Tech: Croácia. 2011. 230p.

PARANHOS, L. R. et al. Análise do mercado de trabalho odontológico na região Sul do Brasil. **RFO**, v.14, n.1, p.7-13, jan./abr. 2009.

PARK, M. S.; SIGAL, A. J. The Role of Hospital-Based Dentistry in Providing Treatment for Persons with Developmental Delay. **J Can Dent Assoc.**, Ottawa, v.74, n.4, p.353-357, mai. 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, pp. 103-109, fev. 2001.

PERES, K. G.; PERES, M. A.; BOING, A. F.; BERTOLDI, A. D.; BASTOS, J. L.; BARROS, A. J. D. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 250-258, abr. 2012.

PETERSEN, P. E. The World Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol**, Dinamarca, v. 31, Suppl 1, p.3-24, dez. 2003.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em Revista**, v.1, n.1, p. 3-15, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.ibict.br/liinc>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

PURICELLI, E. A face Hospitalar da Odontologia. **Rev ABO Nac.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 8-13, fev./mar. 1996.

RAGHAVENDRAN, K.; MYLOTTE, J. M.; SCANNAPIECO, F. A. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. **Periodontol 2000**, Singapura, v. 44, n. 1, p. 164-177, jun. 2007.

RIBEIRO *et al.* Odontologia hospitalar. **Rev Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 189-193, jul./set. 2004.

RODRIGUES, N. Educação: da formação humana à construção do sujeito ético. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 22, n.76, p. 232-257, out. 2001.

ROMITO, G. A. *et al.* Relationship of subgingival and saliva microbiota to the gingival overgrowth in heart transplanted patients following cyclosporin-A therapy. **J Periodontol**, Chicago, v. 75, n.7, p. 918-924, jul. 2004.

SANTOS, P. S. da S. A participação do cirurgião-dentista nos centros hospitalares. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 65, n. 5, p. 326-331, set./out. 2011.

SANTOS, P. S. da S. *et al.* Uso de Solução Bucal com Sistema Enzimático em Pacientes Totalmente Dependentes de Cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Int Cir Traumatol Bucomaxilofacial**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 154-158, abr./jun. 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Manual de odontologia hospitalar**. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar, 2012. 86p.

SCANNAPIECO, F. A.; PANESAR, M. Periodontitis and chronic kidney disease. **J Periodontol**, Chicago, v.79, n. 9, p.1617- 1619, set. 2008.

SCANNAPIECO, F. A.; ROSSA JÚNIOR, C. Doenças Periodontais *Versus* Doenças Respiratórias. In: BRUNETTI, M. C (org.). **Periodontia Médica**. São Paulo: Senac, 2004. p. 375-390, 642p.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D. E. P. de; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p. 3203-3212, nov. 2013.

SCHERER, M. D. dos A.; PIRES, D. E. P. de; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.4, p. 721-725, ago. 2009.

SHULMAN, L. S. Conocimiento y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. **Professorado Revista de Currículum y Formación del Profesorado**, Granada, v.9, n.2, p. 1-30, 2005. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~recfpro/Rev92.html>>. Acesso em: 15 mai. de 2014.

SHULMAN, L.S. Those who understand: the knowledge growths in teaching. In: **Educational Researcher**, Washington, v.15, n.2, p. 4-14, fev. 1986.

SILVA, C. O. da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicocienc prof**, Brasília, v.18, n.2, p. 26-33, 1998.

SOARES JUNIOR, L. A. V.; SANTOS, P. S. da S. Histórico e Conceitos. In: SANTOS, P. S. da S.; SOARES JUNIOR, L. A. V. (orgs.). **Medicina Bucal: a prática da Odontologia Hospitalar**. São Paulo: Santos, 2012. p.3-8, 315p.

SOUSA, F. G. M. de. **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde**: dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 333f. [tese] (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0613-T.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2012.

SOUZA, A. L. de. *et al.* Atenção à saúde bucal dos portadores de insuficiência renal crônica: interfaces com a rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.35, n. 90, p.477-484, jul./set. 2011.

SOUZA, A. L. de; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface**, Botucatu, v.15, n.39, p.1071-1084, Ago. 2011.

STRAUSS, A. L. **Qualitative analysis for social scientists**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 319p.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto alegre: Artmed, 2008. 288p.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of Qualitative Research: grounded theory procedures and techniques**. Newbury Park: Sage Publications, 1990. 270p.

SUSLIK, C. A.; PERES, M. P. de S. Gestão em Odontologia Hospitalar. In: SANTOS, P. S. da S.; SOARES JUNIOR, L. A. V. (orgs.). **Medicina Bucal: a prática da Odontologia Hospitalar**. São Paulo: Santos, 2012. p.11-13, 315p.

TENG, Y. A. *et al.* Periodontal Health and Systemic Disorders. **J Can Dent Assoc**, Mississauga, v. 68, n. 3, p. 188-192, mar. 2002.

THOMSON, W. M.; SHEIHAM, A.; SPENCER, A. J. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. **Periodontology 2000**, Singapore, v. 60, n.1 , p.54-63, out. 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, jun. 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2007.

VIGOTSKY, L. S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo (SP): Martins Fontes, 2001. 561p.

WATT, R. G.; PETERSEN, P. E. Periodontal health through public health - the case for oral health promotion. **Periodontol 2000**, Singapore, v. 60, n.1 , p.147-155, out. 2012.

WILLIS, P. J. The Role of Dentistry in the Hospital. **J Am Dent Soc Anesthesiol**, v. 12, n. 2, p. 40-44, fev. 1965.

ZILBOVICIUS, C. et al. A Paradigm Shift in Predoctoral Dental Curricula in Brazil: Evaluating the Process of Change. **J Dent Educ**, Washington, v. 75, n. 4, p. 557-564, abr. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Meu nome é Gianina Salton Mattevi, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, e o título da pesquisa que estou desenvolvendo é **“A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO HOSPITALAR”**. Estou realizando esta pesquisa porque me interessa compreender como ocorre a atuação do cirurgião-dentista no hospital, tanto na perspectiva do ensino como do serviço. Para que isso seja possível você responderá algumas questões sobre o seu trabalho ou estudo através de uma entrevista que será gravada em um gravador de voz digital. Este procedimento não prevê custos, desconfortos e/ou riscos, somente ocupará parte de seu tempo. Você não precisará responder a qualquer pergunta que possa gerar algum desconforto. Todos os dados coletados serão arquivados por mim, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, e sua utilização só será permitida para a coleta de dados necessários para esta pesquisa.

O participante da pesquisa tem a garantia de que receberá respostas ou esclarecimentos a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com a pesquisa, através do contato com a aluna pesquisadora pelo telefone (48)96279927 e/ou e-mail ninamattevi@yahoo.com.br e com as Professoras orientadoras pelos telefones (48)91025328; (48)99804966 e/ou e-mail daniela_carcereri@hotmail.com; alfm@terra.com.br e, terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
_____ (função),
fui informado(a) e compreendi todos os procedimentos que serão realizados, e concordo em participar desse estudo, que será executado pela Doutoranda Gianina Salton Mattevi sob orientação da Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri e da Profa. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC, bem como com a utilização dos dados coletados, desde que haja garantia de anonimato, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos desta Universidade. Autorizo a gravação da entrevista e estou ciente de que apenas as respostas de interesse para a pesquisa serão utilizadas. Concordo que os dados obtidos nesta pesquisa são de propriedade exclusiva do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, através de seus pesquisadores, aos quais permito pelo direito de retenção, uso para fim de ensino, pesquisa e extensão, bem como, com a divulgação dos resultados em revistas e eventos científicos da área da saúde.

Florianópolis, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do participante

R.G.

Elaborado com base na Resolução 01/88 CNS, publicado no Diário Oficial, 14/06/1988, Brasília, p. 10713-8.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
Instituição:	Hora:

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE: _____

CODINOME: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

PROFISSÃO: _____ TEMPO DE EXPERIÊNCIA

EM HOSPITAL: _____ TEMPO DE FORMADO: _____

VÍNCULO COM O HOSPITAL: _____

ESPECIALIDADE: _____

CONTATO: _____

Questões Norteadoras

1. Fale um pouco da sua trajetória profissional.
2. Como obteve a sua formação para atuar em hospital?
3. Quais as atividades que você desempenha aqui no hospital?
4. O que significa para você atuar como cirurgião-dentista em ambiente hospitalar?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Data:	Nº da Entrevista:
Instituição:	Hora:

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE: _____

CODINOME: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

PROFISSÃO: _____ TEMPO DE EXPERIÊNCIA

EM HOSPITAL: _____ TEMPO DE FORMADO: _____

VÍNCULO COM O HOSPITAL: _____

ESPECIALIDADE: _____

CONTATO: _____

Questões Norteadoras

1. Qual a sua percepção sobre o trabalho do cirurgião-dentista no contexto hospitalar?
2. Como você percebe a relação das outras áreas da saúde com a odontologia no contexto hospitalar?

APÊNDICE D - Conhecendo o contexto norte americano: a experiência proveniente do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior

Sabe-se que nos Estados Unidos a odontologia está inserida no contexto hospitalar desde 1901, de acordo com a literatura encontrada (IVY, 1952; WILLIS, 1965; EMPHASIS, 1987). Devido a isso, obteve-se o desejo de conhecer a OH naquele país.

Em janeiro de 2013 iniciou-se o estágio de doutorado na State University of New York at Buffalo sob orientação do Professor Dr. Frank Andrew Scannapieco.

A pesquisadora participou de várias atividades durante os 6 meses de estada em Buffalo, New York. As quais estão descritas abaixo.

A doutoranda escreveu um protocolo de pesquisa para submeter ao Comitê de Ética em Pesquisas da State University of New York at Buffalo para desenvolver a pesquisa com os pacientes que estão sob tratamento de hemodiálise do hospital Erie County Medical Center (ECMC). Para poder entrar na pesquisa foi necessário fazer um curso e teste online, caso contrário o comitê de ética não a aceitaria como membro da pesquisa. Trabalhou-se, também, na coleta de dados, onde aplicou-se um questionário para determinar o histórico da doença periodontal e realizou-se a contagem dos dentes desses pacientes, no período de abril a julho.

Esse estudo, ainda em andamento, tem por objetivo determinar a associação, se alguma, da doença periodontal em pacientes hemodialíticos e inflamação sistêmica para medir a eritropoietina requerida para manter os níveis de hemoglobina nos valores de 10mg/dl e 12 mg/dl.

Havia uma reunião semanal, chamada "journal club", onde apresentou-se um artigo de pesquisadores brasileiros, publicado em revista internacional. As revistas já estavam preestabelecidas. A dinâmica funcionava da seguinte maneira: um aluno apresentava um artigo e uma professora coordenava. Alunos e professores faziam perguntas ao apresentador, era aberto ao público da academia em geral. Essa experiência foi desafiadora, não só quanto as diferenças de idioma, como também a dinâmica e o tema do artigo. No caso da pesquisadora, não havia artigo dentro da temática em que estuda, nas revistas selecionadas, nesse sentido foi necessário pesquisar e estudar muito para poder apresentar e responder aos questionamentos.

A pesquisadora pôde observar o serviço da Residência (General Practice Residence - GPR) da odontologia dos hospitais ECMC e

Hoswell Park Cancer Institute. O serviço de Residência do ECMC está mormente voltado aos pacientes que não estão internados no hospital e portadores de planos de saúde. O serviço compreende as seguintes áreas da odontologia: Clínica Geral, Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial, Odontopediatria, Patologia Bucal, Implantodontia e OPNE. Existe um espaço específico para a odontologia dentro da instituição hospitalar, onde há consultórios para a realização de atendimento, sendo que um é para o técnico em higiene bucal, sala de conferências, laboratório de prótese, sala de RX, almoxarifado e sala para guardar os pertences. Nesse serviço os alunos tem 175 horas de atividades didático-pedagógicas onde abordam todas as áreas da odontologia, gerenciamento, responsabilidades profissional, questões legais, orientações de como achar um emprego após o término da Residência, protocolo hospitalar, como internar e dar alta ao paciente, protocolo do centro cirúrgico, odontologia da família e comunitária e anestesia. Inclusive a pesquisadora foi convidada a participar de uma dessas atividades didático-pedagógicas. Na mesma, foi feita a apresentação de um artigo por um dos residentes e depois o tutor realizava comentários e perguntas juntamente com os outros residentes, os quais supostamente tinham realizado leitura prévia do artigo em questão. Em seguida, o grupo foi para o anfiteatro do hospital, onde foi feita a apresentação do omnicam por um CD que possui a máquina em seu consultório juntamente de representantes da empresa fabricante. Esse aparelho é um escâner intraoral que produz imagens 3D, onde o profissional escaneia o dente ou os dentes desejados para produzir a prótese. O mesmo permite o CD escolher cor, tamanho e espessura, a partir disso alimenta-se o aparelho com essas imagens e o próprio produz a prótese do paciente. Os residentes realizam assistência odontológica 36 horas por semana. Uma vez por semana fazem rotação e prestam assistência aos pacientes de internação de longa permanência dentro da própria instituição, também realizam revezamentos em casos onde é necessário realizar procedimentos no centro cirúrgico sob anestesia geral. Dependendo da necessidade os residentes podem trabalhar horas a mais, isso ocorre quando os solicitam em casos de urgência dentro da própria instituição.

O Hoswell Park Cancer Institute possui estrutura e organização semelhantes à Residência do ECMC, inclusive na carga horária de atividades didático-pedagógicas. A grande diferença é que o serviço está alocado em um hospital voltado para pacientes em tratamento do câncer. Dessa forma, o atendimento odontológico é feito durante e após a quimioterapia e/ou radioterapia desses. Outro diferencial que pôde-se

perceber foi a maior quantidade de confecção de próteses bucomaxilofacial feitas pelos residentes desse serviço. Esses também contam com o aparelho de laser para realizar o tratamentos das lesões dos pacientes.

Também existe como opção para os egressos do curso de graduação em odontologia a Advanced Education in General Dentistry (AEGD) que é a Residência no contexto da faculdade de odontologia. No estado de Nova Iorque é obrigatório ter um ano de Residência após a graduação para poder atuar como CD no território. Nos Estados Unidos cada estado possui leis e normas próprias. Acredita-se que o diferencial entre as Residências é o contexto e a aplicação das diferentes abordagens aos pacientes, pois está na dependência do estado de saúde dos mesmos.

A pesquisadora, também, envolveu-se em uma pesquisa para a construção de um software, cujo o objetivo é a criação de uma inteligência artificial para medir perda óssea através de radiografias. A experiência mostrou-se muito interessante, pois obteve-se contato com outras pessoas de outras áreas, havendo interdisciplinaridade para a realização da mesma. Esse estudo encontra-se ainda em andamento, outro pesquisador substituiu a doutoranda no mês de Julho, quando a mesma precisou retornar ao Brasil.

Também, presenciou-se aulas junto com os alunos do programa de pós-graduação em oral sciences. Algumas aulas foram ministradas pelo Prof. Frank Scannapieco. Mesmo não sendo a área da pesquisadora, ou seja, o foco da tese, mostrou-se como uma experiência muito importante assistir as aulas, pois sempre há algo de interessante e novidades que pode-se aprender e inclusive aproveitar para pesquisas em andamento ou até mesmo futuras. Também, vale ressaltar o contato com outros professores, os quais eram conhecidos por ler seus artigos e livros.

Coincidindo com o período em que a pesquisadora encontrava-se como "visiting researcher" no departamento da "Oral Biology", ocorreu o "50th anniversary" do departamento, onde foi comemorado com um simpósio (Oral Microbiome, Immunity & Chronic Disease Symposium) que reuniu muitos pesquisadores de diversas universidades dos Estados Unidos e de diferentes países: Holanda, China e Japão. Momento em que pode-se conhecer muitos pesquisadores, assistir as palestras, ver as apresentações dos trabalhos e participar com apresentação de trabalho científico.

Cabe observar que os médicos do serviço da hemodiálise do hospital ECMC, estão envolvidos na pesquisa com os hemodialíticos.

Dessa forma, além de entrar em contato com outra realidade de assistência à saúde, desde a infraestrutura ao tratamento, a pesquisadora obteve contato com médicos e enfermeiras no decorrer da pesquisa. Outra questão importante, foi conhecer o universo desses pacientes que necessitam do tratamento para sobreviver e que, muitas vezes, estão acometidos por diversas doenças. Algumas vezes, a pesquisadora deparou-se com a notícia de que o paciente em que estava a procura havia falecido. Na organização daquele serviço há uma espécie de planilha onde mostra os pacientes, horários, dias da semana e o número do posto onde cada um realiza seu tratamento, as enfermeiras, sempre muito solícitas, forneceram a planilha à pesquisadora. Nos meses em que realizou-se a coleta de dados, pode-se perceber a gravidade da doença dentro do contexto real e, também, através das perdas de alguns pacientes.

Percebeu-se que há uma logística de trabalho nas instituições de saúde nos Estados Unidos, e também, dentro da faculdade de odontologia e departamento de "Oral Biology". Cada um exerce a sua função e há uma divisão bem definida do trabalho.

No contexto da graduação em odontologia há auxiliares contratadas pela universidade para estar atuando com os alunos. No departamento de Oral Biology há técnicas em saúde bucal, onde fazem o atendimento prévio do paciente para depois o CD, no caso os professores, realizar o planejamento e o tratamento de seus clientes.

Todas essas experiências obtidas pela doutoranda ao longo dos seis meses em que esteve em Buffalo, NY, foram engrandecedoras. Tanto no sentido de aprender outro idioma, quanto o contato com as pesquisas e os serviços de odontologia das instituições hospitalares. Como a logística de ensino é diferente nos Estados Unidos, muito pôde-se aprender através da experiência obtida naquele país. Cabe ressaltar também, que é uma oportunidade de conhecer diversas culturas, além da americana, pois havia muitos estudantes indianos, chineses, árabes e judeus. São experiências de aprendizado não só para a carreira acadêmica, mas para a vida.

ANEXOS

ANEXO 1 – Percecer Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Área Temática:

Pesquisador: Daniela Lemos Carcereri

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE: 03974212.3.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 37814

Data da Relatoria: 11/06/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório de metodologia qualitativa e abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados para elaboração de tese de doutorado em Odontologia. Os dados serão coletados através de entrevistas individuais, gravadas e transcritas, para então seguir com análise, feita concomitantemente, através da codificação em categorias de análise. A amostra prevê cerca de 30 participantes, entre cirurgiões dentistas e profissionais da saúde, e será definida por saturação teórica, ou seja, quando houver a saturação das categorias e nenhuma informação nova ou relevante for apresentada nas entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar e, a partir dessa compreensão, construir um modelo teórico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e envolvem apenas a necessidade de os participantes disporem de tempo para as entrevistas, além de tornar públicas suas opiniões sobre o tema. Os benefícios estão relacionados à originalidade científica do estudo em Santa Catarina e à possibilidade de direcionar a atuação do cirurgião dentista para hospitais, com vistas à melhoria da saúde da população e diminuição dos gastos públicos com a saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado, com utilização de metodologia adequada aos objetivos, embasado em referências atuais e pertinentes ao tema, o que permitirá produção de novos conhecimentos para a Odontologia em nível hospitalar, com novas perspectivas para atuação dos cirurgiões dentistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é suscinto, porém explicativo e adequado à população estudada, devendo conter espaço para assinatura das pesquisadoras responsável e principal. Foi apresentada declaração de ciência do Hospital Universitário/UFSC e, se outras instituições forem incluídas, as respectivas declarações deverão ser obtidas e encaminhadas ao CEP.

Recomendações:

Apresentadas no item anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator.

FLORIANOPOLIS, 17 de Junho de 2012

Assinado por:

Washington Portela de Souza

ANEXO 2 – Carta de Aceite



University at Buffalo
The State University of New York

November 8, 2012

Department of Oral Biology
School of Dental Medicine

Gianina Salton Mattevi
University of Santa Catarina, Brazil

Dear Gianina,

On behalf of the Department of Oral Biology, I am pleased to invite you to be a "Visiting Scholar" (J-1 Short-term Scholar) at the State University of New York at Buffalo. This invitation is effective for the period of January 2013 to July 2013. During this period, you will be engaged in research and independent study.

I am in agreement with the work proposal you have prepared and attest that your English proficiency is adequate to develop the work proposed.

Funding

It is my understanding that your government will provide funding to cover all the expenses incurred during your stay at the University at Buffalo, including health insurance for yourself and your accompanying dependents, if any. The University at Buffalo will provide you with laboratory space in Foster Hall (which may be shared), the use of a computer and library facilities.

Housing

It will be your responsibility to find yourself housing for yourself (and your family, if applicable) for the duration of your stay at the University. Helpful tips for finding off-campus housing can be found at www.buffalo.edu/intlservices/offcampus.html.

Health Insurance

Both the U.S. Department of State (DOS) and State University of New York (SUNY) require J-1 Exchange Visitors to have medical insurance coverage during their stay in the U.S. as J-1 Exchange Visitors. The DOS also requires that J-2 dependents have medical insurance that meets DOS regulatory requirements. Further information about insurance for J-1 scholars is available at www.buffalo.edu/intlservices/health_sch.html

To affirm that you and your dependents will have the necessary health insurance coverage, we require you to sign and submit the Medical Insurance Attestation form to us. After you have done so, we will send you a DS-2019 so you can apply for a J-1 Visa. The Medical Insurance Attestation Form is available at www.buffalo.edu/intlservices/pdf_files/MedicalInsuranceAttestation-LH.pdf.



University at Buffalo
The State University of New York

Department of Oral Biology
School of Dental Medicine

Although J-1 Exchange Visitors may wish to purchase health insurance in their home country, they should be aware that their home country policy can only substitute for the SUNY policy if the health insurance coverage is comparable. If not, the J-1 Exchange Visitor will also have to purchase the SUNY policy. Similarly, any health insurance policy purchased for J-2 dependents must meet the DOS requirements or the J-2 will also need to purchase the SUNY policy. Therefore, we do not recommend purchasing health insurance in your home country to cover you during your stay in the U.S.

Further information regarding the J-1 Exchange Visitor Program is available at www.buffalo.edu/intlservices/j1_scholars.html.

We are delighted that you will come to our University as a J-1 Short-Term Scholar and look forward to meeting you.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, reading "Dr. Frank Scannapieco".

Dr. Frank Scannapieco
Professor and Chair
Department of Oral Biology