



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

Doris Gomes

Ética na atenção primária à saúde: construção de um inventário de problemas
éticos na saúde bucal

FLORIANÓPOLIS
JULHO, 2019

Doris Gomes

Ética na atenção primária à saúde: construção de um inventário de problemas
éticos na saúde bucal

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Odontologia pelo Curso de Doutorado em Odontologia – Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Mirelle Finkler

Florianópolis

Julho, 2019

GOMES, Doris.

Ética na Atenção Primária a Saúde: Construção de um Inventário de Problemas Éticos na Saúde Bucal/ Doris Gomes; Orientadora: Dra. Mirelle Finkler, Florianópolis, SC, 2019.

201. p.

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

Inclui Referências.

1. Ética. 2. Bioética. 3. Saúde Coletiva. 4. Odontologia. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Finkler, Dra. Mirelle Finkler. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

Doris Gomes

Ética na atenção primária à saúde: construção de um inventário de problemas
éticos na saúde bucal

Este Trabalho de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. José Roque Junges
Membro

Profa. Dra. Marta Verdi
Membro

Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos
Membro

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor no Programa de Pós-Graduação em Odontologia:

Prof^ª. Dr^ª. Elena Riet Correa Rivero
Coordenadora do Programa

Prof.^a Mirelle Finkler, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 11 de julho de 2019.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Mirelle pela paciência que teve comigo durante este tempo de trabalho em conjunto, pelos ensinamentos que vim buscar neste doutorado na Odontologia e por me puxar para dentro da caixinha, visto que eu nutro a estranha mania de querer pular para fora da forma... o que me lembra que na universidade estamos eu e a minha pretensão!!! Também por me empurrar pra frente quando a tendência era de parada...

Agradeço à profa. Elma Zoboli pelas orientações e participação neste trabalho, mesmo que à distância, essenciais.

Agradeço ao Curso de Odontologia da UFSC por me receber novamente como sua aluna;

Agradeço especialmente às professoras da Odontologia em saúde coletiva, pela calorosa acolhida - Ana, Renata, Daniela e Mirelle. Fico muito feliz por vocês existirem enquanto um coletivo tão atuante e competente e por compartilharem um pouco da sua vida acadêmica comigo;

Agradeço ao Nupebisc por me receber como equipe e me ensinar muitas coisas que eu ainda não sabia. Muito mais, ainda, a parceria necessária dos amigos que ali fiz e das horas boas que desfrutamos juntos.

Agradeço às prefeituras e aos colegas profissionais da atenção primária à saúde por participarem solidariamente deste projeto;

Agradeço a todos os amigos (as) pela paciência de me aguentarem em mais esta jornada acadêmica, em especial, aos irmãos, irmãs, sobrinhos, netos e ao meu fiel escudeiro Nildão (vice-versa).

Sou feita de retalhos.
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na
alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser
quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que
vão se tornando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...
Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me
permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu
também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser
parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso
bordado de "nós".

Cris Pizzimenti

“A linguagem é tão antiga quanto a consciência - a linguagem é a consciência real, prática, que existe para os outros homens e que, portanto, também exige para mim mesmo, e a linguagem nasce tal como a consciência, do carecimento, da necessidade de intercâmbio com outros homens. Desde o início, portanto, a consciência já é um produto social e continuará sendo enquanto existirem homens”

Karl Marx

GOMES, Doris. **Ética na Atenção Primária a Saúde**: Construção de um Inventário de Problemas Éticos na Saúde Bucal/ Doris Gomes. 2019, 201. p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Odontologia, 2019.

RESUMO

O reconhecimento de problemas éticos cotidianos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) permite melhorar a qualidade das práticas de produção em saúde. Este projeto de pesquisa teve como objetivo construir e validar um “Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde” (IPE-APS) para a saúde bucal, em uma região metropolitana do sul do Brasil. O IPE-APS é um instrumento desenvolvido a partir de um constructo emanado da realidade do SUS que há mais de 10 anos vem sendo validado para variadas realidades de trabalho da APS, permitindo traçar perfis confiáveis das questões éticas vivenciadas no trabalho. Além disto, visa desencadear a reflexão das equipes e profissionais para a reformulação de atitudes pessoais e de processos de trabalho. Entretanto, todo este esforço de construção e validação do instrumento ainda não havia sido direcionado às especificidades dos problemas éticos presentes na realidade dos trabalhadores da Saúde Bucal (SB). Validado, um “Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde para a Saúde Bucal” (IPE-APS-SB) pode se transformar em potente tecnologia auxiliar de auto-avaliação das práticas em saúde bucal, bem como em uma ferramenta avaliativa programática, indo ao encontro dos objetivos da Odontologia em Saúde Coletiva e da investigação ética na APS. A metodologia utilizada foi desenvolvida em duas fases distintas, mas complementares: 1. levantamento de problemas éticos seguido de construção do IPE-APS voltado à SB; 2. Validação de face e de conteúdo do IPE-APS-SB para ampliar a compreensibilidade do instrumento. O levantamento dos problemas éticos foi realizado por meio de entrevistas presenciais semi-estruturadas, com diferentes categorias profissionais da SB (auxiliar de saúde bucal - ASB, técnico de saúde bucal – TSB, e cirurgião-dentista -CD), empregando a análise de conteúdo de Bardin sobre os dados. A construção do IPE-APS voltado à SB tomou como referência o IPE-APS, tendo sido desenvolvido através de um comitê de juízes. Por fim, a validação de face e de conteúdo foi realizada através do método de Delphi modificado, com profissionais considerados *experts* da saúde bucal na APS. Os resultados da pesquisa foram agrupados em três artigos: o primeiro apresenta e discute os problemas éticos

levantados pelos profissionais da SB, chegando a 32 problemas éticos específicos; O segundo artigo descreve o processo metodológico de construção do IPE-APS-SB, utilizando como referência os 32 problemas éticos levantados, equivalentes ou não ao constructo de referência, gerando um IPE-APS-SB; O terceiro artigo trata do processo metodológico de validação de face e de conteúdo do IPE-APS-SB através da utilização da Técnica de Delphi modificada, com a participação de 23 *experts*. Esta pesquisa de validação de um inventário, voltado ao desvelamento de problemas éticos em uma área específica como a saúde bucal, constitui uma fonte original de referência para futuros estudos de validação desta natureza, gerando subsídios para ampliação do debate sobre problemas éticos no âmbito do SUS que ensejem o aperfeiçoando dos serviços prestados à população e dos processos de trabalho na saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal Coletiva. Atenção Primária à Saúde. Odontologia. Ética. Bioética.

GOMES, Doris. **Ethics in Primary Health Care: Building an Inventory of Ethical Problems in Oral Health/ Doris Gomes. 2019, 201. p.**Thesis (PhD) - Federal University of Santa Catarina. Health Sciences Center. Postgraduate Program in Dentistry, 2019.

ABSTRACT

The recognition of ethical problems that emerge on a daily basis in the sphere of Primary Care enables to enhance the quality of health production practices. This research project aims to construct and validate the instrument “Inventory of Ethical Problems in Primary Care” (in Portuguese, IPE-APS) to oral health in a metropolitan region of the south of Brazil. IPE-APS was developed from a construct originated in the reality of the SUS (Brazilian National Healthcare System) and has been undergoing validations for different working realities in Primary Care for more than 10 years. It enables to outline reliable profiles of ethical issues experienced at the workplace. In addition, it aims to trigger teams’ and professionals’ reflection in order to promote the reformulation of personal attitudes and working processes. However, this effort of construction and validation of the instrument has not been targeted yet at the specificities of ethical problems present in the reality of oral health workers. Validated, the “Inventory of Ethical Problems in Primary Care in Oral Health” (in Portuguese, IPE-APS-SB) can become a powerful auxiliary technology for the self-assessment of oral health practices, as well as a programmatic assessment tool, fulfilling the objectives of Dentistry in Collective Health and of ethical investigation in Primary Care. The methodology was developed in two distinct but complementary stages: 1. Survey of ethical problems followed by the construction of the IPE-APS turned to SB; 2. Face and content validation of IPE-APS-SB broaden the comprehensibility of the instrument. The survey of ethical problems by means of semi-structured face-to-face interviews with different oral health professional categories (oral health assistant - ASB, oral health technician - TSB, and dental surgeon - CD), applying Bardin’s content analysis to the data. The construction of the IPE-APS to oral health took as its reference the IPE-APS and was developed through a committee of judges. Finally, face and content validation was performed using the modified Delphi method, with professionals considered experts on oral health in Primary Care. The results were grouped into four articles: The first article discusses the ethical problems raised by different oral health professionals, arriving at 32 specific

ethical problems. The second article describes the methodological construction process of the IPE-APS-SB, utilizing the 32 ethical problems raised, equivalent or not to the construct of reference. The third article describes the methodological process of face and content validation of IPE-APS-SB through the utilization of the modified Delphi method, developed by 23 experts - dental surgeons selected in the cities participating in the research -, and discusses the assumption of ethical problems in Primary Care as ethical-political problems. This validation research of a construct that aims to disclose ethical problems in a specific area of Primary Care (oral health) is an original source of reference for future validation studies of this nature – a source that generates subsidies to amplify the debate about ethical problems in the sphere of SUS, improving the services delivered to the population and the working processes in oral health.

Keywords: Dentistry. Ethics. Bioethics. Primary Health Care. Collective Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
ASDS - *American Society of Dental Surgeons*
CD - Cirurgião-Dentista
CEO - Centro de Especialidade Odontológica
CEOs - Centros de Especialidades Odontológicas
CEPSH - Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEPSH/UFSC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
EqSF - Equipe de Saúde da Família
ESB - Equipes de Saúde Bucal
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUA - Estados Unidos da América
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPE - Inventário de Problemas Éticos
IPE-APS - Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PET - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
Pró-Saúde - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
SB - Saúde Bucal
SBB - Sociedade Brasileira de Bioética

SBC - Saúde Bucal Coletiva

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico de Saúde Bucal

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Diferenças entre as abordagens dilemática e problemática dos conflitos de valores.....	55
Quadro 2 - Construção do instrumento de pesquisa (roteiro para entrevista) a partir da divisão dos problemas éticos do IPE-APS.	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica das fases da pesquisa.....	90
Figura 2 - Representação visual dos âmbitos das relações interpessoais onde ocorrem problemas éticos	92

SUMÁRIO

1 POR QUE UMA TESE COM ABORDAGEM BIOÉTICA NA ODONTOLOGIA? ..	17
2 MARCO CONTEXTUAL	23
2.1 O DEBATE ÉTICO NO SUS A PARTIR DA SAÚDE BUCAL	23
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E EQUIPES DE SAÚDE BUCAL ...	27
3 MARCO CONCEITUAL.....	43
3.1 BIOÉTICA SOCIAL NO BRASIL	43
3.2 O MÉTODO DA DELIBERAÇÃO E A BIOÉTICA CLÍNICA AMPLIFICADA	54
3.3 A TEMÁTICA DA ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO DESAFIO	75
4 MÉTODO.....	80
4.1 PESQUISA QUALI-QUANTI.....	80
4.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	81
4.2.2 Construção do Instrumento de Pesquisa	85
4.2.3 Validação de Face e de Conteúdo	86
4.2.4 Validação de constructo	88
4.3 CAMINHO METODOLÓGICO.....	89
4.3.1 Levantamento de problemas éticos: seleção dos participantes nos municípios estudados	90
4.3.3 Fase II: Validação de Face e Validação de Conteúdo do IPE-APS-SB proposto.....	95
4.3.3.1 Momento preparatório: Seleção dos experts.....	95
4.3.3.2 Aplicação do Instrumento	96
4.3.3.3 Análise das respostas pelas etapas da técnica de Delphi.....	98
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	99
5 RESULTADOS.....	101
5.1 ARTIGO 1.....	101
5.2 ARTIGO 2	123
INTRODUÇÃO	125
5.3 ARTIGO 3	143
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS.....	181

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	196
APÊNDICE B - VALIDAÇÃO DE FACE E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO IPE-APS- SB (GRUPO 1 – COMPARATIVO DE ITENS)	199
APÊNDICE C - SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DE DELPHI – APRESENTAÇÃO (GRUPO 1 – COMPARATIVO DE ITENS).....	206
APÊNDICE D - VALIDAÇÃO DE FACE E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO IPE-APS- SB (GRUPO 2 – ITENS ESPECÍFICOS DA SB).....	210
APÊNDICE E - SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DE DELPHI – APRESENTAÇÃO (GRUPO 2 – ITENS ESPECÍFICOS DA SB).....	215

1 POR QUE UMA TESE COM ABORDAGEM BIOÉTICA NA ODONTOLOGIA?

Ao adentrar na construção do debate da ética na odontologia, em especial, relacionada aos problemas vividos pela saúde bucal (SB) na atenção primária à saúde, parte importante da história pessoal de cada um de nós profissionais e, portanto, de mim mesma, confunde-se com a história da própria profissão. Ao nos depararmos com nossa própria atuação em uma Unidade Básica de Saúde chegamos a uma interrogação: como o ideal liberal de profissional bem-sucedido se constrói intersubjetivamente em nós - em mim -, de forma tão naturalizada e invisível? No mestrado, achei uma parte desta resposta em Fleck (1986), quando fui me aprofundar na epistemologia da ciência odontológica, para o autor considera-se a vitória de um sistema de idéias ou de um estilo de pensamento, quando nada em contrário é aceito como verdade pelo coletivo de pensamento que lhe dá sustentação.

Ao sair da Universidade pública, recém-formada, todos os caminhos e ideais nos levavam ao projeto do consultório próprio. À época, me deparei com o caso de uma amiga e colega de profissão que estava fechando as portas do seu “consultório particular” para trabalhar como dentista em uma Unidade Básica do município vizinho. Quase automaticamente, a primeira coisa que me veio à cabeça foi “porque ela não funcionou como dentista, apesar de toda a sua excepcional capacidade, habilidade manual, possibilidade, etc.?”. Incrivelmente, continuei me fazendo esta pergunta por um bom tempo, sem achar uma resposta plausível, até o dia em que me flagrei fazendo a mesma opção de vida e trabalho. Neste momento, a ficha caiu, me dei conta da interrogação principal: ao deixar as cadeiras de uma universidade pública para trás, qual é o ideal de profissional bem sucedido que carregamos conosco?

Há não muito tempo, dando aula em um curso de especialização onde buscamos polemizar sobre a realidade da profissão odontológica e sua crise profissional das últimas décadas, chegou-se ao debate sobre a situação, bastante comum na contemporaneidade, de profissionais que trabalham sob condições precarizadas, especialmente nas chamadas clínicas populares. Foi uma grande surpresa, quando outra professora que então ministrava aulas em uma Universidade privada - que naquele momento era aluna -, disse: “eu ainda prefiro ver uma aluna minha trabalhando numa clínica dessas – cita um exemplo de trabalho precarizado – do que no SUS. Deus me livre”. Momentaneamente perdi o ar! Eu que há mais de 10

anos vinha dedicando os meus melhores esforços trabalhando no serviço público da APS, além das aulas de bioética! Esta sensação de um “soco na boca do estômago” serviu para que eu pudesse me dar conta das muitas perguntas que teimavam zumbir feito mosquito dentro da minha cabeça. Perguntas que continuavam instigando em mim, respostas mais e mais esclarecedoras e, por conseguinte, transformadoras:

O investimento do Estado brasileiro na formação e incorporação do Cirurgião-Dentista (CD) ao serviço público deságua em um recém-formado que traz consigo o modelo de realização profissional baseado no mercado da odontologia, sob forte influência do imperativo da estética, da lucratividade e do consumo? A construção histórica de um ideal liberal de profissão tem por base a consolidação de um contra-ideal ao serviço público? Quais os novos parâmetros éticos e estéticos do trabalho em equipe na saúde bucal? A democratização do acesso à saúde bucal e o comprometimento com o outro – desconhecido – são evidenciados, ainda na atualidade, como problema ético no serviço odontológico público-estatal? E por aí vamos...

Intrigantes controvérsias na busca por como se conforma este ideal liberal de profissão e *status* profissional, que desencadeia uma varredura em nossa própria construção sócio-histórica, onde diferentes respostas podem ser dadas juntamente à construção da odontologia enquanto profissão e campo próprio da área da saúde. Respostas as quais me senti na obrigação de buscar, sob bases científicas. Assim começa e continua o meu trabalho de pesquisa, carregando comigo mais um punhado de novos problemas...

Ao desvelar que a epistemologia do Estilo de Pensamento científico odontológico está calcada em sua principal doença, a cárie, torna-se mais simples compreender como se consolida um coletivo de pensamento, sobre uma sólida base de “fatos” biologicistas (GOMES; DA ROS, 2010). Entretanto, no princípio do século XIX já reivindicava-se uma odontologia separada da medicina, recuperando-se, para tanto, a obra de Fauchard de 1728, bem como formando-se a primeira Associação Nacional da categoria (American Society of Dental Surgeons (ASDS)) e publicando-se o primeiro Jornal especializado (*The American Journal of Dental Science*). Ações que proporcionaram uma “identidade à nascente corporação dos dentistas”. Amalgamada a novos interesses de mercado e às profundas transformações da divisão social do trabalho na modernidade capitalista, traduzidas nas diferentes

profissões, fez-se nascer a necessidade de classificação e organização de um coletivo que cuidasse da arte dentária (BOTAZZO, 1998).

Uma base artesanal-estética e comercial da nascente profissão parece ter conferido uma baixa estima social aos que praticavam esta arte, construindo a necessidade de se unir ciência, arte e mercado promissor (CARVALHO, 2006). Assim, a odontologia avança constituindo uma base científica fundada no modelo biomédico, tal qual a medicina que lhe dá origem. Das entranhas do modelo flexneriano de ensino nasce a odontologia moderna, calcada no perfil bio-científico de profissão. A doença é encarada como naturalmente biológica, excluída de sua causalidade e responsabilidade social, o que acentua seu pensar mecanicista, baseado em alta tecnologia e especialização, individualizado e liberal. Uma tradição de ensino/saber-fazer construtora e mantenedora de um *ethos* acadêmico e profissional, ainda hoje organizador de trincheiras cotidianas de resistência às novas propostas de educação transformadora. A elitização do acesso à atenção odontológica no Brasil e a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes, configuram-se como resultado deste processo histórico e principal causa do aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica (FORTES, 2011) na contemporaneidade.

Desta maneira, se construiu uma odontologia ou seu arcabouço profissional: sob a égide da lógica liberal, de um grande mercado de consumo dos seus serviços e de uma ciência odontológica hegemônica por um estilo de pensamento multicausal-biologicista, centrado na doença cárie. A configuração da idéia de saúde como bem-estar pela Organização Mundial da Saúde nos anos dourados da economia Keynesiana, como “um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções ou doenças”, passa a valorizar a saúde como direito de cidadania (humano), baseado na ética utilitarista de felicidade e no sonho de consumo dado pela “medicina do bem-estar”. Impulsiona-se com estas idéias, o crescimento e a complexificação das profissões e do campo da saúde, o que acaba sobrepondo-se “ao âmbito de toda a vida humana [...] a medicina do bem-estar gerou uma nova servidão, a servidão médica” (GRACIA, 2010, p. 29). Novas necessidades passam a ser cotidianamente construídas por uma indústria do bem-estar - ligada à prevenção ou manutenção da saúde e estimuladas pelo poder da (des) informação e da comunicação. Expande-se de modo crescente o potencial de consumo e o gasto

com saúde, sem limites ou saturação de mercado, o que não significa, contraditoriamente, aumento de vida e saúde. Transforma-se a medicina clássica em uma nova ciência da saúde, como defesa da qualidade de vida e do bem-estar (GRACIA, 2010).

Como parte da ontogênese da profissão, o ideal liberal continua hegemonizado por um mercado construído sobre a cura, a estética e o preventivismo e localizado no indivíduo em ambiente de consultório, transposto, também, à realidade do serviço público. A revisão de uma epistemologia que anulava a determinação social da doença cárie foi mais marcadamente acionada com a transição epidemiológica desta sua principal doença. De um lado, registra-se o ideal de bem-estar localizado no consumo, que incorpora, agora, a saúde como bem de produção, um meio “que permite levar aos cidadãos uma vida social e economicamente produtiva” (GRACIA, 2010, p. 85). O mercado consumidor da odontologia não baseia-se mais somente na cura individual em consultório, mas no consumo estético e preventivo, em base a modernos padrões de qualidade de vida e higiene bucal. De outro lado, a organização do movimento sanitário voltada à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), gesta também a Saúde Bucal Coletiva, referenciando um rompimento com o sentido mercadológico da profissão odontológica. Baseado na consideração às necessidades sociais – a cada um segundo a sua necessidade - e no estímulo à inclusão com maior participação das pessoas na definição das políticas de saúde, busca em uma relação mais autônoma e cidadã com o usuário, ampliar o investimento na Atenção Primária à Saúde (APS).

Novos problemas éticos perpassam esta nova fase histórica da odontologia: no serviço privado há: 1. a consolidação de uma odontologia baseada na estética e nas hiper-especializações, que conferem uma sobrevida ao perfil profissional baseado na lógica liberal e de mercado; 2. a construção de uma camada profissional subcontratada - a partir da exploração no trabalho sob a égide de contratos precarizados, especialmente nas clínicas populares; 3. a consolidação de um mercado de planos e seguros de saúde odontológicos que acaba construindo uma realidade perversa para o profissional liberal: vendem a ilusão das vantagens do trabalho liberal, mas funcionam precarizando as condições de trabalho; 4. incorporação de uma subjetividade individual-narcisista e concorrencial que ocasiona

um mal-estar inter-pares e edifica problemas na própria construção da identidade profissional.

No setor público-estatal, há a tentativa de consolidação de novos paradigmas profissionais com ampliação do serviço odontológico na APS através das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Um processo que sofre os impactos de uma subjetividade profissional pautada na lógica de mercado, construtora de alguns mitos à odontologia pública: 1. de um serviço voltado aos pobres - àqueles que não podem pagar o tratamento privado e, portanto, sem os mesmos direitos de exigência de resultado; 2. serviço público como “bico”, pouco avançando no estabelecimento de uma excelência clínica, técnica e estética, bem como humana (humanização) e ética, de melhora na qualidade das relações profissional-usuário-família; 3. dificuldades na incorporação de novos paradigmas de planejamento e ação estratégica, em equipe, trans ou interdisciplinares; 4. baixa incorporação de novos campos de ação, especialmente ao nível de posições gerenciais e trabalho em equipe; 5. existência de dilemas entre prevenção e cura, individual e social, consultório e comunidade, participação ativa e acomodação, resolutividade e descomprometimento.

Geram-se muitas perguntas e muitas respostas que aguardam novos trabalhos de investigação, o que nos move como pesquisadora. Assim, chegamos ao início e ao fim de mais este trabalho científico, pautando os problemas éticos na assistência odontológica da APS. Seguindo o trabalho de construção e validação de um Inventário de problemas éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS), iniciado por Elma Zoboli e validado para diferentes realidades de trabalho na APS, por variados pesquisadores brasileiros há mais de uma década (ZOBOLI, FORTES, 2004; ZOBOLI, 2010; ZOBOLI, SOARES, 2012; JUNGES et al., 2014), buscou-se, inicialmente, fazer uma validação com adaptação do referido Inventário para a realidade da Saúde Bucal (SB). Entretanto, como o processo de adaptação transcultural mostrou-se uma metodologia incompatível com os objetivos assumidos no projeto a partir do desvelamento das especificidades dos problemas éticos encontrados na realidade de trabalho da SB, optou-se pela construção de um Inventário de Problemas Éticos para a SB. A escolha pela construção (validação) de um inventário de problemas éticos deu-se em base à experiência exitosa e original de construção do IPE-APS para e pela realidade do

SUS. Um constructo que têm dado sustentação material a um ramo da Bioética Social e Brasileira intitulado Bioética Clínica Amplificada, tornado-se referência no desvelamento e debate dos problemas éticos vivenciados na APS. Até o presente momento, desconhece-se a existência de instrumentos semelhantes, construídos e validados na realidade do SUS ou voltados a medir o mesmo construto.

Tendo em vista que o IPE-APS permite traçar perfis confiáveis das questões éticas em diferentes realidades de trabalho da Atenção Primária, com aplicabilidade em diferentes circunstâncias e locais de trabalho da APS, potencializando reflexões éticas nos trabalhadores, bem como a reformulação de atitudes pessoais e de processos de trabalho (JUNGES *et al.*, 2014b), buscou-se canalizar esta experiência exitosa à realidade da SB. Pergunta-se, então, se haveria um grande número de problemas éticos específicos e diferenciados na saúde bucal capazes de sustentarem a necessidade de construção de um novo Inventário de Problemas Éticos, voltado à realidade de trabalho na SB (IPE-APS-SB)? Este novo inventário poderia ser transformado em potente tecnologia auxiliar de auto-avaliação das práticas em saúde bucal, buscando-se uma maior qualidade assistencial? A identificação dos problemas éticos que permeiam o cotidiano de trabalho na SB serviriam como subsídio para avaliação programática, auxiliando no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)? Buscando estas respostas para o aprofundamento do debate da ética na APS e visualizando-se as especificidades do trabalho na área, pautando-se linguagem e idiosincrasias relacionadas, objetivou-se a construção do Inventário de Problemas Éticos para a Saúde Bucal, assumindo como referência o IPE-APS.

2 MARCO CONTEXTUAL

2.1 O DEBATE ÉTICO NO SUS A PARTIR DA SAÚDE BUCAL

A odontologia é uma profissão historicamente forjada na junção de uma intelectualização própria da medicina, a partir de um ramo especializado denominado estomatologia, com uma arte dentária prática alicerçada na necessidade social do tratamento da doença cárie e seus agravos. Segundo Botazzo (2000), a estomatologia não nasceu verdadeiramente senão a partir do momento em que a anatomia foi cultivada na Europa e quando a organização da boca foi conhecida nos seus detalhes íntimos. Como resultado deste amálgama que deu origem à profissão de CD, a marca arte/comércio/ofício vai acompanhar e diferenciar esta profissão circunscrita à boca, mesmo em sua etapa moderna: há forte hegemonia do ideal liberal-privatista e do componente artesanal em relações de trabalho construídas no mercado - que classicamente rivaliza o bom serviço com o desejo de lucro. Constrói-se uma intersubjetividade imbricada a esta ontogênese da profissão: um *ethos* acadêmico e um ideal de profissional bem-sucedido que perpassa de forma natural e invisível, diferentes alteridades.

Para Carvalho (2006), a conquista do reconhecimento público da profissão passou pela superação da visão de comércio artesanal voltado ao lucro e com baixa estima social, para um serviço normatizado, em bases científicas e indispensável de saúde bucal. Uma identidade profissional que se constrói sob forte resistência corporativa na disputa com diferenciados grupos de prestadores informais até a criação dos conselhos, onde fica estabelecido o monopólio da prestação dos serviços bucais a essa categoria específica. Uma realidade percebida, ainda hoje, como objeção ou resistência à formação e atuação de auxiliares e técnicos em saúde bucal e ao trabalho multidisciplinar em equipe.

Um constructo de prática individualizada, voltada à alta tecnologia e especialização, que não acontece sob uma visão mais complexificada do ser humano e da dimensão social do processo saúde-doença, mas apoiada na biomedicina. Pautase numa base científica inicialmente edificada nas descobertas bacteriológicas de Miller-1890, uma teoria que para Gomes e Da Rós (2008), responde aos anseios científicos da nova profissão originando um Estilo de Pensamento científico pautado

na doença cárie, consolidando um coletivo de pensamento odontológico, sobre uma sólida base de fatos multicausais-biologicistas.

No Brasil, o componente “prática” na formação foi alicerçado, especialmente, na cirurgia e na prótese, marcando as atividades acadêmicas das primeiras faculdades brasileiras que só incorporaram, tardiamente, a “clínica” (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012). O modelo flexneriano de ensino introduzido na década de 1960 acompanhou a industrialização do capitalismo tardio brasileiro e aprofundou o caráter técnico-científico-especializado da formação odontológica: um saber-fazer/poder consolidado numa clínica hermética em consultório, que permanece como desafio à SBC, por sua des-re-construção.

Na atualidade, um Estilo de Pensamento e um perfil profissional tradicional que entra em crise, em função de uma transição epidemiológica da doença cárie associada a uma saturação no mercado de trabalho, não mais realizador desse status profissional.

Uma transição profissional que acontece concomitante à reestruturação produtiva na saúde: a construção do SUS se dá num ambiente neoliberal de forte conflito com os princípios constitucionais de unicidade e universalidade, estabelecendo um mix público-privado que impregna todo o trabalho em saúde. Na reestruturação, o direito de cidadania ligado ao estatuto do pleno emprego e a essência de seu poder protetor é abalado pelas transformações do mundo do trabalho – desagregação profunda do trabalho e contestação das proteções sociais. As necessidades em saúde que já adquiriram conotação de bens de consumo na “era dourada” (HOBBSAWN, 2002), começam a fazer parte de uma abordagem lucrativa com potencial ainda superior de acumulação de capital. Novas questões entram em pauta não só no âmbito da compreensão dos processos materiais da produção da vida, como também, de uma transformação subjetiva relacionada.

Agora, o consumo de bens e serviços passa não mais à realização de necessidades, mas a sua própria produção, obedecendo ao imperativo abstrato da lucratividade (MÉSZARÓS, 2002). O consumo estético é massificado como fetiche de felicidade aparente: uma ideologia necessária à dissimulação dos riscos sociais do desenvolvimento (des) controlado pelo mercado, com ascensão do sistema financeiro sobre a produção. Para Harvey (2011), a busca da auto-expressão como uma marca de identidade individual dentro de um coletivo, acaba plasmada por modelos de

consumo e estilo de vida. A necessidade de disciplinação, normalização e controle dos corpos e, em especial, da força de trabalho, parece misturar normatização, repressão, familiarização, cooptação e cooperação, perpassando todos os meandros das relações humanas.

A ética é constantemente confrontada aos interesses comerciais e “a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes tem sido uma das principais causas apontadas para o aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica” (FORTES, 2011, p. 15). Algumas transformações importantes na odontologia, tanto no mercado de trabalho quanto na SBC, parecem pautar a busca por novas alternativas. Por um lado, a moral deontológica é construída num modelo de cura aliado à estética, agora acrescido do consumo estético/especializado com ampliação da capitalização sobre o trabalho – assalariado precarizado e/ou sob organizações de grupo/empresariais. Por outro lado, a incorporação das ESB na ESF conforma um corpo de profissionais ligados exclusivamente à SBC, portanto, fora do ideal de mercado e voltado a uma nova perspectiva sócio-coletiva. Origina-se uma crise paradigmática com “diluição das matrizes identitárias dos cirurgiões-dentistas” (EMMERICH; CAXTIEL, 2009, p. 341), abrindo espaço a possíveis transformações epistemológica e ético-políticas.

O profissional da odontologia não foi, ao longo de sua história como categoria profissional, estimulado a desenvolver o sentimento de fazer parte de um todo, de um coletivo, de uma realidade social. Ao contrário, foi formado dentro de estratégias concorrenciais num modelo liberal-curativo-individual. O profissional se constrói narcísico, percebendo o outro como ameaça ao seu próprio desempenho. A falta de atuação como coletivo não potencializa um ambiente de solidariedade e comprometimento com o outro: galgar postos, aumentar *status*, passar por cima, ser individualista - discursos que se constroem como ideologia. Um mundo do trabalho sob a égide do mercado e da insegurança como produto da precarização, associada à forte relação entre poder e conhecimento subsumidos aos mesmos interesses, acaba por fornecer um solo fértil à manutenção de uma hierarquia centralizadora na figura do profissional, em relação à equipe de trabalho (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2014).

Um subjetivo profissional se constrói pautado na rejeição, à priori, de qualquer chancela de regulação pública - esta regulação seria função do próprio mercado e

estaria centrada na figura da competência e da competição, com a excelência produtiva como diferencial. Especialmente na contemporaneidade pós-moderna, onde a velha concorrência é substituída por um tipo de competitividade que chega eliminando qualquer forma de compaixão na luta para vencer o outro e ocupar o seu lugar. O amor, a solidariedade, o comprometimento com o coletivo perdem espaço à valorização do eu socialmente descompromissado (SANTOS, 2011). O problema ético da relação inter-pares na formação das identidades profissionais é desvelado como um marco significativo na construção de uma individualidade isolada dos contextos e realidades sociais e em relações regidas de forma mercadológica.

O desafio ético entre singular e universal para o qual todos os seres humanos estão expostos pela própria presença dos outros, estaria sendo desmantelado e as pessoas estariam buscando cada vez mais se libertar de condutas humanas previamente padronizadas pelo social (socializadas), transferindo-as para a esfera das políticas de vida individuais. Uma grande contradição que acaba por assumir uma relativização da ética a cada momento, com forte adesão e naturalização de uma ética restrita a interesses particulares de grupo ou empresa ou na ética hedonista, que foge do “dever ser” sócio-historicamente construído (CORTINA, 2009). Um processo que torna cada um responsável por fixar seus próprios limites, como por instinto reflexivo: o privado se sobrepondo ao público num eterno movimento de anexação. A ética e a percepção do humano nas relações em saúde fica ainda mais subsumida aos interesses imediatistas de produção/consumo.

No campo da saúde bucal coletiva, apesar dos avanços atestados pelos diversificados dados pós-implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e das ESB na ESF, tais como: a ampliação substancial da cobertura na área das especializações (958 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) pelo país, com oferta expandida de 101 mil próteses em 2009); ampliação das ações de prevenção e controle (com priorização a 1.242 municípios com baixo índice de desenvolvimento da Educação Básica, 72,6 milhões de kits de material de saúde bucal); salto na cobertura assistencial (de 35,8 para 91,3 milhões de atendimentos); e na implantação de ESB (em 85,3% dos municípios brasileiros). Assertivas que, entre outras, demonstram o protagonismo de um novo perfil de saúde bucal na América Latina (NARVAI, 2013), constata-se dificuldades no engajamento do coletivo profissional nas ações de gestão e atenção à saúde junto às comunidades.

Busca-se uma clínica ampliada, comprometida com as necessidades sociais e desejos do paciente/família/usuário que, na atualidade, ainda figura como problema ético-político. Um comprometimento que deve andar junto à construção do vínculo, no compartilhamento de saberes-fazeres, bem como na percepção do alcance das práticas cotidianas na emancipação e co-responsabilização dos sujeitos (SANTOS et al., 2008). Um modelo de saúde bucal que, segundo Gastão Wagner Campos (2013, p. 66) deve combinar “a objetividade da clínica e da epidemiologia com a singularidade da história dos sujeitos, grupos e coletividades” seguindo um novo comprometimento humanizado do ser-sujeito-profissional.

Uma realidade de desafios contemporâneos que evidencia cada vez mais, a necessidade do ensino universitário formar o aluno para reflexão crítica, a compreensão ética sobre a realidade instituída e sobre as novas formas de existência coletiva e cidadã, quando a decisão profissional de engajamento na construção de instâncias deliberativo-participativas e o tipo de engajamento ao qual este profissional está disposto a fazer, transforma-se em uma decisão ético-política que incrementa a pauta da bioética brasileira. A racionalidade instrumental heterônoma que camufla relações de saber-poder previamente constituídas e ainda hegemônicas na biomedicina, precisa ser superada por uma postura profissional que possibilite a transformação de si mesmo e do mundo, não pelo caminho da simulação ou coerção, mas como comunidade de deliberação e co-gestão que busque condições justas de cooperação e democratização alternativas ao simples confronto, numa atitude favorável a uma interação construtiva entre pessoas (GOMES; RAMOS, 2015).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

O processo de construção do SUS, conquistado como direito de cidadania aos brasileiros no final da década de 1980, transforma a SBC num dos pilares da atenção primária. O investimento de recursos públicos nesta área amplia-se ao final dos anos 1990, resultando na inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família. Em 2004, a PNSB expande significativamente as ESBs, amplificando o serviço especializado na rede pública através dos CEOs, Laboratório Regionais de Próteses Dentárias e, mais recentemente, da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2016). No caminho de reorganização da atenção primária e especializada, configura-se a

tentativa de superação do histórico modelo liberal-biomédico por um novo modelo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, com ênfase na comunicação entre os atores e na integralidade da atenção à saúde, pautado nas necessidades epidemiológicas e sociais. Neste contexto, a participação em equipe do profissional juntamente ao Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e o Técnico de Saúde Bucal (TSB) pode ser percebida como desafio à odontologia: de um novo modo de ser socialmente comprometido.

O imaginário liberal-privatista, como parte da ontogênese da profissão odontológica, tem na sua essência a transformação dos procedimentos clínicos de saúde bucal em bens de consumo, com promessa de cura reabilitadora e estética em consultório, a partir de relações de trabalho construídas no mercado - que classicamente rivalizam o bom serviço com o desejo de lucro. Uma concepção de prática voltada à assistência ao indivíduo doente, realizada exclusivamente por um sujeito no restrito ambiente clínico-cirúrgico (NARVAI, 2006), que mantém a disputa de mercado entre ofício de “prático” e profissão odontológica. Mesmo após a criação dos conselhos de classe em 1964, que estabelecem o monopólio da prestação dos serviços bucais a esta categoria específica de CD, constrói-se uma identidade profissional forjada na resistência corporativa a diferenciados grupos de prestadores informais da “arte dentária” no Brasil - que permanecem voltados às populações de baixa renda nas periferias dos centros urbanos ou nas regiões do país com escasso acesso aos serviços odontológicos legais.

Em uma realidade social de imensas desigualdades socio-econômicas e culturais, em que uma odontologia anti-democrática acaba por se desacreditar - constrói-se uma objeção defensiva à atuação do TSB e ao trabalho em equipe de saúde bucal, por sua associação à figura do “prático”. Uma objeção reforçada pela crise profissional iniciada na década de 1980 que teve por base a transição epidemiológica da doença cárie associada ao esgotamento do segmento liberal tradicional (GOMES; RAMOS, 2015). Contexto que chama ao entendimento do protagonismo do TSB e do novo aparato legal para o trabalho em equipe, visto que as recém-implementadas relações de trabalho em equipe solicitam capacitação profissional diferenciada e qualificada (FRAZÃO; NARVAI, 2014).

Legalizados pela Lei número 11.889/2008, os TSBs e os ASBs passam a ter uma definição clara de suas atribuições, direitos e deveres, dentro de novo enfoque

para o trabalho em equipe, compartilhando conhecimento numa abordagem multidisciplinar e integral. Regulamentados, podem atuar no serviço público (ASB na modalidade tipo I e TSB na modalidade tipo II de ESB) e, igualmente, no mercado privado, onde começam a existir novas formas de organização dos processos de trabalho. O trabalho do auxiliar já é percebido pelos CDs como fundamental para o aumento da produtividade e eficiência, otimizando o tempo, elevando o rendimento e minimizando o custo operacional, assim como o risco de contaminação cruzada; já o trabalho do TSB no setor público é sentido como fundamental para a abrangência das atividades preventivo-educativas à população.

O atual processo de racionalização do trabalho em SBC fortalece novas divisões: no sentido da qualificação profissional com ampliação substancial das especializações, pela acumulação do saber, monopólio do serviço e preceitos éticos associados; e nas atribuições supervisionadas e prescritas aos trabalhadores com menor grau de formação na equipe. Observa-se que em julho de 2015 somavam-se 24.444 ESBs implantadas, distribuídas em 5.014 municípios, cobrindo 38% da população brasileira. Contava-se com 1034 CEOs e 1.771 laboratórios de prótese, com uma oferta de aproximadamente 276 mil próteses/ano, sendo facultativo acrescentar serviços de ortodontia e implantodontia, a critério do gestor municipal (BRASIL, 2015). Constrói-se, assim, uma nova realidade de trabalho, não antes vivenciada pelo CD, que começa a consolidar um novo formato de trabalho em equipe. Recomenda-se, para tanto, reflexões frente a dificuldade de que relações historicamente consideradas competitivas, se transformem em conexões solidárias (SÁ *et al.*, 2011).

Novos processos de trabalho acabam incorporando um sentido de mudança pelo compartilhamento de saberes e fazeres no debate de problemas comuns intra-equipe e inter-profissionais, apontando a tendência de um novo *ethos* público da saúde bucal, em um novo paradigma: em equipe, inclusivo e co-gestionado. Um processo de mudança que exige dos profissionais, trabalhadores, gestores e usuários do sistema transformações atitudinais e culturais, ou seja, uma reviravolta ética. Frente ao desafio da concretização de um novo saber ser, humano e vinculado ao exercício da cidadania, é fundamental lidar com as questões de ordem ética vivenciadas nos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, ainda preterida pelas reflexões bioéticas. Para Zoboli e Fortes (2004), a atenção primária

compreende “o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. A ESF avança em direção a um sistema de saúde integrado “que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente”, o que implica numa nova configuração da equipe técnico-assistencial (ZOBOLI; FORTES, 2001, p. 1690).

A ESF articula de forma complexa a promoção da saúde e o cuidado – diagnóstico, tratamento, prevenção, reabilitação e recuperação – às pessoas doentes. Pensada originalmente como um programa (Programa de Saúde da Família – PSF), tem concorrido decisivamente para a reorganização da APS e para o pleno desenvolvimento, no âmbito dos serviços, dos princípios do SUS. As equipes da ESF são formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Na Saúde Bucal, por um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (a depender da modalidade). Para aprimorar as ações na ESF, o Ministério da Saúde aprovou, em 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que vincula-se às equipes da ESF, contando com profissionais de funções não coincidentes: assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico acupunturista; médico ginecologista; médico homeopata; médico pediatra; médico psiquiatra; nutricionista; profissional da educação física; psicólogo; terapeuta ocupacional. Formam-se, assim, diferentes equipes multidisciplinares da ESF (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015).

Uma almejada transformação das práticas em equipe de saúde que deixa transparecer nas práticas em equipe de saúde bucal, ao menos, quatro macro-problemas:

- a) a rápida expansão das ESBs - por vigência da lei e pressões político-eleitorais somadas às político-profissionais -, não apresenta igual conexão de expansão das exigências administrativas na lógica do planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação em saúde bucal (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012);
- b) a contrapartida financeira dos municípios para o custeio da nova estratégia acabou ficando ao encargo quase exclusivamente federal, o que acrescido de falhas de implantação técnico-programática, constrói dificuldades para a

PNSB, instalando-se fenômenos de subfinanciamento, ineficácia, precarização, depreciação do potencial de oferta assistencial e efetivação (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012);

- c) uma distribuição formal dos postos de trabalho nas ESBs mantém-se praticamente inalterada: em 2005 ficava em 48,25% de CDs, 48,25% de ASBs e 3,49% de TSBs; em 2015 permanece como 47,78% de CDs, 47,78% de ASBs e 4,42% de TSBs (BRASIL, 2017). Dados que comprovam a pífia incorporação da força de trabalho dos técnicos no SUS, considerada fundamental para um impacto na transição produtiva, sobrepondo as velhas leis do mercado. Uma realidade que impõe importantes desafios: precarização do vínculo trabalhista; elevada rotatividade de profissionais; duplos vínculos empregatícios (ilegais) em equipes/municípios distintos; transgressão da carga horária e da infra-estrutura mínima para o serviço; desvalorização do serviço com base em salários desestimulantes; falha na educação permanente; e isolamento da ESB da ESF (MOURA *et al.*, 2013);
- d) uma dificuldade no enfrentamento de problemas éticos na prática odontológica que ocorre de forma rotineira, pode envolver aspectos referentes ao paciente-usuário, à organização dos serviços, ao relacionamento com os colegas e à sociedade comum todo. Problemas reforçados por uma histórica excessiva tecnificação e individualização do trabalho, onde o medo da perda da autonomia ou monopólio do saber associado ao descomprometimento público-social pela invisibilidade prática da dimensão ético-política, social e cultural da saúde bucal, assumem centralidade (AMORIM; SOUZA, 2010).

Como apontam Zanetti, Oliveira e Mendonça (2012), a ideologia do profissionalismo na odontologia brasileira, como discurso de lideranças tradicionais naturalizado pelos profissionais, aceita uma divisão do trabalho odontológico tão somente amparada na ideia do simples auxiliar de consultório dentário (identificado atualmente como ASB), por facilmente comportar uma relação hierárquica na definição de papéis. Mais modernamente, a ideologia administrativa política como discurso crítico presente na SBC, incorpora progressivamente a figura do TSB como elemento central nas propostas de racionalização do trabalho odontológico, na crítica à insuficiência produtiva e às injustiças sociais das práticas de mercado, e na defesa

do Estado como lócus de práticas democratizantes da saúde bucal. Constrói-se um cenário de disputa ideológica que reforça anomalias na composição da força de trabalho e na sua profissionalização. Transposta ao setor público, mantém a histórica ineficácia social da odontologia pela resistência à expansão da divisão do trabalho e pelas disputas interpretativas sobre os instrumentos normativos do seu ordenamento jurídico.

No sentido de um necessário aumento de qualidade do serviço público aliado ao aumento de produtividade, percebe-se um movimento na saúde coletiva que preconiza o estímulo à um novo olhar para uma clínica ampliada e a uma decisão compartilhada em equipe, com investimento para mudança da postura profissional no sentido da intersubjetividade, apontadas mudanças atitudinais como necessárias no comprometimento com o desenvolvimento do trabalho e com o planejamento-programação-avaliação de ações.

Segundo Gastão Wagner Campos (2015), um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de “capacidade de direção” entre o conjunto das pessoas de um coletivo, entendida como potência para compor consensos, alianças e implementar projetos, não somente na cúpula administrativa. É necessário repensar os novos valores priorizados e desenvolver uma capacidade reflexiva para instituição do compromisso e da solidariedade no interesse público, superando a racionalidade gerencial hegemônica baseada na alienação dos trabalhadores e na separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão do resultado de seu próprio trabalho. Neste sentido, as mudanças voltadas à co-gestão têm se demonstrado um árduo caminho quando são restritos os espaços de decisão: admite-se a liberdade aos trabalhadores somente para que desempenhem seu trabalho segundo o interesse e a visão da direção geral. Ou seja, a autonomia e a integração voltadas às soluções singulares dos problemas têm sido usadas, muitas vezes, para inventar maneiras de aumentar a produtividade.

Concorre com este referencial de serviço público, uma nova realidade de gerência privada do espaço público que estimula a hiper-individualização ou a hiper-concorrência no espaço inter-equipe, com permanência do burocratismo clientelista e de hierarquias arraigadas, servindo à reprodução de antigas práticas que dificultam o espírito em equipe e impedem a transformação de paradigmas voltados às novas tecnologias relacionais humanizadoras, para construção de nova excelência coletiva

pública de trabalho em equipe. A terceirização precariza o processo de trabalho em equipe e a possibilidade de co-gestão, mantendo um vácuo de responsabilidade na construção de parâmetros éticos coletivos e público-sociais de qualidade-eficiência, que resulta na histórica disjunção entre planejamento e execução.

No plano da formação, mesmo após 15 anos do início da inserção da ESB na saúde da família, da publicação das DCNs associadas ao PET (Programa Ensino Trabalho) e mais de 10 anos do Pró-saúde, a formação em Odontologia ainda não tem priorizado as competências para o trabalho em equipe. Tornam-se evidentes suas deficiências quando um profissional inserido na ESB deveria estar preparado para conduzir a equipe a atingir seus objetivos (MOURA *et al.*, 2013). A formação já deveria estar voltada a dotar o CD de ciência das normatizações referentes aos trabalhadores da área da saúde bucal; a possibilitar o reconhecimento de suas limitações, adaptando-se e sendo flexível face às mudanças circunstanciais; a capacitar para a comunicação com pacientes, trabalhadores da saúde e comunidade em geral; a prepará-los para trabalhar em equipes interdisciplinares como agente de promoção de saúde; a planejar e administrar serviços de saúde comunitária, entre outros (BRASIL, 2017). Uma formação consoante com os fundamentos da ESF aponta, portanto, para a necessidade de maior envolvimento do ensino superior com a rede de serviços públicos de saúde (SOARES *et al.*, 2011).

Entretanto, a formação baseada no antigo modelo instrucionista, de fora para dentro e de cima para baixo, resiste como principal forma de atuação docente, emperrando a construção de uma cultura valorativa do trabalho em equipe, em processos educacionais construtivos de cidadania (NAMEN; GALAN JÚNIOR, 2011). No mesmo sentido, a estruturação do cuidado à saúde ainda tem se mostrado impermeável ao controle social (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013) e à participação democrática, perpetuando uma contradição artificializada por posturas conservadoras que entendem a função da universidade como de transmissão primordial da técnica e da tecnologia, mantendo fragmentados corpo-mente, indivíduo-todo, ciência-ética. Uma concepção que impacta o debate sobre o perfil do profissional e do próprio educador no desenvolvimento de uma maior sensibilidade e compromisso ético-político com a cidadania, desde o ambiente universitário até o trabalho no SUS.

A atuação individual-liberal ainda persiste como imagem-representação social e profissional de sucesso na Odontologia e pode ser considerada causa e efeito do estereótipo da profissão, das cobranças sociais que dele provêm, dos modelos profissionais mais ou menos valorizados na socialização profissional e na formação docente. Um imaginário que se reflete na preferências dos estudantes, em especial, na supervalorização de determinadas especialidades clínicas que claramente contrastam com o trabalho em áreas como a SBC. O manejo de instrumentos técnicos mais sofisticados que agregam valor de mercado associado a uma hiper-valorização da tecnologia material, torna secundarizado e menos valoroso o trabalho nesta área, por privilegiar tecnologias relacionais às de maquinário: direitos sociais aos meramente individuais-particulares e valores coletivos de democracia e solidariedade aos contratuais-liberais (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2014).

Neste sentido, os cursos de Odontologia brasileiros - que ainda desenvolvem uma limitada formação ética, humanística, cultural e política - enfrentam dificuldades na integração ensino-gestão-atenção-controle social, evidenciando suas mudanças curriculares serão socialmente relevantes apenas quando apresentarem avanços reais no processo de integração com a rede do SUS. A co-gestão nas equipes e a formação permanente em serviço ainda encontra-se aquém das necessidades, desperdiçando-se a oportunidade dos novos profissionais da ESF desenvolverem um processo de trabalho reformatado (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011). Desta maneira, parece necessário transpor limites históricos, reestruturar a formação dos recursos humanos e renovar as relações interpessoais entre os profissionais da saúde, sempre que novos profissionais ainda sejam formados no tradicional modelo biomédico (ARAÚJO; MEDEIROS, 2010).

A falta de convivência intersubjetiva em uma equipe de trabalho desde a formação reforça o conceito de hierarquia, como uma escala de valores, grandeza ou importância associada à subordinação entre membros da equipe, com graus sucessivos de poder, comando, autoridade e responsabilidades que, normalmente, se estabelecem sob uma rigidez de atuação, com observância estrita das atribuições de cada autoridade. A antiga personificação de uma ética beneficente paternalista nos moldes eclesiásticos atribuída à figura do médico, somada à responsabilização civil do médico e odontólogo, manteve quase inalterada a onipresença destes profissionais, não como lideranças em equipe (CUNHA *et al.*, 2011), mas como

autoridades com poder de mando e conseqüente obediência pelos subalternos. Uma relação pouco aberta ao diálogo e troca de conhecimentos, tampouco, a construções intersubjetivas.

Produto e produtora de relações sociais estabelecidas, esta hierarquia aparece como um hábitus ou tendência à persistência de um estilo de pensamento, entendido como uma estrutura estruturada e estruturante geradora de conhecimentos, práticas e representações que coersionam a reprodução de determinado *modus operandi*. As mudanças propostas pela saúde coletiva de incorporação de um sujeito reflexivo e ativo em diferentes relações de poder, com dissolução de fronteiras disciplinares e desarranjo de hierarquias, sofrem importante resistência da ideologia da eficiência e do profissionalismo dentro do modelo liberal de clínica e profissão (BOTAZZO, 2015).

A SBC, ao propor uma nova abordagem interdisciplinar e multidisciplinar das relações em saúde, procura romper com este paradigma tecnicista e hierárquico que ainda confere maior agregação de conhecimento e responsabilidade aos profissionais, uma autoridade-poder não contestável, sobreposta ao respeito mútuo. Neste novo paradigma, a produção em saúde não é baseada somente no resultado técnico-material, mas também numa produção não-material de valores, relações e afetos que assume um caráter diferenciado, um novo padrão de troca inter-humana que suplanta a tradicional hierarquização. Um novo paradigma que exige um ruptura conceitual e metodológica com o tradicional estabelecido, em direção ao social como o lugar de produção da saúde-doença, com incorporação de outros saberes e práticas para transformação simultânea do próprio saber e prática do odontólogo, incorporando um novo processo de produção coletivo, não hierárquico, inclusivo e não restrito ao CD.

Do ponto de vista bioético, esta configuração em equipe de trabalho ultrapassa o âmbito dos princípios da ética biomédica centrados na relação profissional-paciente, para incorporação do compartilhamento de novos saberes e fazeres em equipe. Entretanto, constata-se forte contradição nas diferentes formas de atuar em equipe, configurando problemas de compreensão do novo estatuto ético e legal do trabalho do técnico e da equipe de saúde bucal. Além disto, parte fundamental de uma ação política educadora e formadora voltada às relações inter e intra-equipe, está associada a um amplo debate bioético que re-signifique a solidariedade, o diálogo e

o respeito mútuo no trabalho em equipe; e re-discuta a necessária diferença entre hierarquia e liderança, mando e diálogo/deliberação coletiva.

A palavra hierarquia define historicamente um tipo de relação de autoridade e responsabilidade existente em equipe, centrada na figura do CD. Um papel tradicional de mando-obediência no formato de uma relação patrão-funcionário existente nos consultórios/clínicas privadas e repassada pelo modelo formador às ESB no setor público que deixa evidente suas contradições e esgotamento, mesmo sob o ponto de vista da contemporânea odontologia de mercado, quando o trabalho em equipe é realizado por membros externamente treinados e oficialmente legalizados. Além disto, conforma-se, em especial na última década, um movimento de transformação deste modelo de saber-poder tradicional pela incorporação de novo paradigma de trabalho multi e inter-disciplinar, preconizado pelo campo da SBC e a bioética. Entretanto, a hierarquia naturalizada como uma necessidade ou atribuição do CD ainda age como tendência à persistência à construção de novos significados e papéis, quando se confunde com conceitos de supervisão direta ou indireta de técnicos e auxiliares, gerência e liderança em equipe e responsabilidade técnica.

A antiga personificação de uma ética beneficente paternalista nos moldes eclesiásticos atribuída à figura do médico, somada às responsabilidades civis que permanecem centrada sobre o profissional médico nas ESF e CD nas ESBs, mantém quase inalterada a onipresença destes profissionais no ambiente clínico: uma autoridade com poder de mando e conseqüente obediência de subalternos nas respectivas equipes. Hierarquia é considerada no dicionário Aurélio (FERREIRA, 2003), uma distribuição ordenada de poderes concedidos em nível eclesiástico, militar ou civil, podendo significar, também, uma graduação de autoridade correspondente às diferentes categorias de funcionários públicos ou membros de uma instituição empresarial. Boa parte das vezes, pode-se perceber um hierarquismo entendido como um respeito exagerado à hierarquia pautado em uma escala de valores, grandeza ou importância, associada a uma subordinação entre membros de um grupo, camada ou classe social, com graus sucessivos de poderes, comando, autoridade e responsabilidades. Normalmente, se estabelece uma rigidez nessa graduação, com observância estrita das atribuições de cada autoridade.

A “ideologia do profissionalismo” - como discurso tradicionalista pautado na autonomia profissional, no conhecimento, competência e jurisdição exclusivos;

credencialismo profissional, e código de ética; autorregulação e governo privado da profissão; controle monopolista do mercado etc. - sempre expressou posições sem clareza conceitual. Uma ausência de nitidez que dificulta a definição da qualidade das atividades profissionais que vão sendo valoradas em função da incorporação de novos conhecimentos esotéricos e tecnológicos, com assenso de intelectualização e especialização; e das atividades que vão sendo repassadas às profissões auxiliares, através de conhecimentos e competências novas ou postergadas por desvalia. Assim, são criadas zonas de superposição e indefinição com outras ocupações, onde a odontologia acaba inflacionada de atividades novas e não esotéricas que dificultam mudanças para incorporação de novas competências “profissionais” diferenciadas, bem como, de uma negação puramente ideológica da incorporação de tecnólogos auxiliares - a única idéia aceita é do auxiliar de consultório tradicional, em relações igualmente tradicionais de mando-obediência (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012).

Ao mesmo tempo em que o profissional procura manter uma autoridade-autonomia dentro do consultório, demonstrando medo da perda do poder de mando em uma relação pouco aberta à troca de conhecimentos e ao verdadeiro diálogo com deliberação coletiva, ele encontra uma realidade no trabalho em equipe, em que o outro-trabalhador detém, também, um saber técnico, empírico e humano, construtor de novas possibilidades relacionais. Abre-se um novo e amplo espaço, através deste trabalho em equipe de saúde, para a figura da adaptação e respeito na relação com o outro, em que novos desafios, especialmente éticos, dialógicos e comunicacionais, são interpostos à mera ação técnica clínico-cirúrgica. Uma nova relação intersubjetiva que precisa ser pensada pela bioética, quando o trabalho em equipe e as competências profissionais assumem na atualidade, diferentes características.

A autonomia na odontologia é normalmente empregada como sinônimo de individual e liberal, a partir de contratos livremente estabelecidos entre profissional e consumidor, baseados em uma “liberdade” como poder de compra. Uma autonomia que trás consigo, também, a marca de um monopólio do conhecimento técnico circunscrito à boca, não integrador e socialmente descomprometido, o que confere ao trabalho odontológico um *status* de produção independente, ou seja, constituído à parte da realidade social e com forte viés de classe. Uma organicidade odontológica que relaciona-se ao aparelho formador por inteiro, distante das necessidades-

interesses sociais ou individuais de sujeitos-cidadãos, muitas vezes vulnerados e sem poder de compra. Uma organização tecnológica separada da produção do cuidado humano que está relacionada à formação social e histórica de uma odontologia muito pouco ou quase nada integral, em que a prática assistencial compreende ações clínicas e cirúrgicas restritas, em atendimento individual. Uma idéia tradicional de profissão odontológica que procura ser transformada pelas práticas de SBC, onde o integral passa a ter relação com todos os outros profissionais da área (CD, TSB, ASB); da saúde da família e, também, com outros sujeitos sociais envolvidos, como os próprios indivíduos, familiares e comunidade, praticantes de uma saúde bucal não clínica (BOTAZZO, 2015).

Segundo Botazzo (2015, p. 63), consolida-se um tipo de odontologia que não pode ser mantida pelo campo da SBC, quando propõe uma aproximação revitalizada com outras práticas sanitárias e em equipe: “romper esse monopólio implica superar a referência teórico-metodológica que sustenta essa prática, propondo simultaneamente a divisão técnica do trabalho odontológico e substituindo o trabalho individual do dentista pelo da equipe de saúde bucal”. Ao se propor romper com este paradigma tecnicista e estanque que confere a agregação de conhecimento e responsabilidades aos profissionais uma autoridade-poder não contestável, sobrepondo esta autoridade-poder associada ao conhecimento e responsabilidades civis, se abre espaço a uma bucalidade como nova possibilidade de respeito mútuo aos diferentes conhecimentos, técnicos e humanos, integralizando-os, tanto quanto pode ser integral um ser humano. Somente ao assumir um caráter diferenciado como espaço de troca inter-relacional, inter-subjetivo e co-gestor da produção de novos conhecimentos e relações, suplanta-se a tradicional hierarquização.

Entretanto, a ideologia contemporânea e invisível da competência nas novas organizações do trabalho pautada num utilitarismo hedonista, vêm camuflar a produção de idéias como própria das “leis de mercado”, sustentando hegemonicamente características de racionalização no trabalho ou administração que não se propõe à discussão dos fins das ações ou práticas, mas que apenas estabelece meios eficazes de obtenção de objetivos. Prega-se uma administração científica que caminharia por si só, ou seja, independente da vontade e da decisão de seus membros, voltada a uma eficiência erigida sobre rígida hierarquização de cargos e funções, com relação de status social e poder de mando e comando, que assume

clara divisão social de classes, agora também, acrescida de novas divisões ligadas ao conhecimento e à informação, onde os que possuem poder possuem saber e os que não possuem poder é porque não possuem saber. O discurso da competência estimula o caminho das especializações no sentido do sucesso profissional, assumindo um viés técnico-científico e competitivo para ocupação de uma posição em determinada hierarquia/organizacional-social.

A universidade aparece como lugar privilegiado de construção desta ideologia da competência, quando despoja-se de suas principais atividades voltadas à formação crítica e à pesquisa socialmente comprometida: ao invés de criar pensadores sociais está cada vez mais destinada a adestrar uma mão de obra dócil para um mercado sempre incerto. Nesta realidade contemporânea de hegemonia do neoliberal, o antigo modelo formador universitário acaba encontrando-se, também, em crise: 1. do ponto de vista liberal, a universidade se tornou anacrônica e indesejável, ultrapassada a idéia de servir à construção de uma elite dirigente local intelectualizada, para o desenvolvimento dos Estados-nação. 2. do ponto de vista dos princípios do SUS, a universidade encontra-se, ainda, internamente organizada conforme o modelo da grande empresa capitalista taylorista, fragmentada por uma realidade completamente heterônoma que reduz quase toda a esfera do saber ao conhecimento quantitativo, ignorando o trabalho do pensamento e bloqueando a pesquisa autônoma, limitando-se ao adestramento de aplicadores de know-how estrangeiros (CHAUI, 2014).

Neste sentido, ficam indefinidos os avanços na incorporação de debates e práticas seguindo as DCN dentro dos princípios constitucionais do SUS, ainda sobrepondo-se na odontologia, uma formação pautada no trabalho clínico autônomo-individual que relega a segundo plano o trabalho para a cidadania, a democracia e a co-gestão em equipe. Uma realidade que coloca quotidianamente em xeque, desde a formação, os esforços para construção de uma saúde bucal consoante com os princípios do SUS, mesmo que a capacidade de liderança no trabalho e o rompimento com a tradicional relação hierárquica em equipe, apareça no Art. 4 das DCNs como uma formação que desenvolva aptidão para assumir essa posição que envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões; comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade; além da competência para administração e gerenciamento da

força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, tomando iniciativas e sendo empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde, sem prescindir de um comprometimento com a sociedade (BRASIL, 2011).

Diante desta necessidade de desenvolvimento da capacidade de liderança, o tema adquire relevância para melhoria do desempenho das equipes e organizações-administrações em saúde. Uma liderança que pode ser pensada como uma relação que envolve líderes e liderados sob influência multidirecional e não coercitiva, desenvolvendo propósitos mútuos na busca por mudanças reais, onde os liderados são ativos, mesmo se mantendo uma relação de influência mais forte na direção do líder para o liderado. Uma liderança transformacional que tem sido buscada para um processo de mudança e transformação de pessoas, pois se preocupa com emoções, valores, ética, padrões e objetivos a longo prazo procurando avaliar as motivações dos liderados, satisfazer suas necessidades e tratá-los como seres humanos no sentido de transformar pessoas, onde se utiliza quatro comportamentos: influência idealizada (carisma), motivação inspiradora, estimulação intelectual e consideração individualizada (CUNHA *et al.*, 2011).

Sob o ponto de vista bioético, este debate de uma nova organização do trabalho em equipe, público ou privado, deve ir além do desenvolvimento da capacidade de liderança do CD na equipe, indo em direção ao tipo de comunicação, informação e deliberação coletiva, quando a comunicação dialogada promotora de uma verdadeira intersubjetividade em saúde bucal tem que ser desenvolvida entre: profissional-paciente, profissional-equipe de saúde bucal, equipe-paciente-familiares, profissional-equipe-público alvo, profissional-equipe-público em geral, profissional-equipe-sistema de saúde. Como produção imaterial comum que pode e deve ser voltada para uma relação de comprometimento em equipe, devem ser ressaltadas as necessidades/interesses do paciente, da família, da comunidade e da sociedade.

Assume importância para a bioética, a relação intra-equipe que aponta um caminho diferente de uma relação meramente utilitarista ou hierárquica voltada ao aumento de produtividade e eficiência, onde a adaptação em equipe equivale a um treinamento técnico individualizado, normalmente, associado a interesses mercadológicos que secundarizam a ética. Há que se transformar a ação profissional para construção de uma relação ética entre os membros da equipe, com compartilhamento do valor intrínseco da vida humana, do ser humano como

insubstituível e da pessoa como uma totalidade, integral. Para tanto, deve ser observada a dimensão subjetiva do cuidado como saber não-técnico, destacando a importância da produção individual e coletiva de *afetos*, numa relação em saúde que envolve *sofrimento, drama e dor*. Só faz sentido o *convívio com o outro* quando há interesse em compatibilizar uma relação de vida em comum, de interação, que reconstrua nesta perspectiva, a própria percepção de si e do outro (BOFF, 1999).

Além disto, a bioética vislumbra uma nova relação da equipe com o paciente-família ou comunidade-sociedade que ultrapasse o meramente individual profissional-paciente, percebendo a equipe não somente como uma organização com treinamento e motivação voltados ao cumprimento de metas, mas também, de respeito mútuo e estímulo à satisfação no trabalho voltados ao crescimento da equipe como um todo. Neste sentido, construir espaços e desenvolver aptidões do CD, bem como dos demais membros da equipe, para efetivação de um diálogo verdadeiro e uma deliberação coletiva, parece ser o caminho capaz de efetivar uma relação democrática e comprometida com a construção de uma ética cível de respeito aos direitos humanos e vulnerabilidades sociais.

No modelo neo-liberal contemporâneo, o engajamento profissional à metodologia deliberativa parece impossível quando confrontado quotidianamente com uma ideologia que aposta no desinteresse por instâncias participativas e na perda da cidadania, impulsionando a substituição de uma ação público-coletiva pela defesa de interesses pessoais, no ambiente restrito da vida privada (KOTTOW, 2014). Uma concepção hedonista “moderna” de ser humano e de Estado mínimo que impõe restrições à saúde como direito, enfraquecendo a consolidação dos sistemas universais de saúde e a participação ativa dos cidadãos como seres sociais. Uma realidade que mantém como desafio à bioética um horizonte de construção e engajamento ético-político singular, ao mesmo tempo em que socialmente comprometido.

Na perspectiva de uma democracia radical seguindo a concepção dos estados de bem estar social, o “liberal” estaria subsumido a uma dimensão pública, de convivência com outros, pois o ser humano não estaria restrito somente ao âmbito do privado, mas também, subsumido a uma lógica de máximos sociais de liberdade e igualdade ou autonomia e beneficência (CORTINA, 2001). A convivência social estaria garantida na construção coletiva de mínimos morais, pois *enquanto o princípio*

da não-maleficência é o elemento básico que assegura os mínimos na intervenção sanitária com sentido individual, o princípio da justiça reforça os mínimos na dimensão social (GRANDE, 2009). Mínimos morais consubstanciados por uma unanimidade possível, quando considera todos como iguais - humanos -, e que se contrapõe aos modernos máximos hedonistas. Em países com imensas desigualdades sociais e de classe como o Brasil, acostumadas a uma construção histórica escravista e de exploração no trabalho construtora de fossos econômicos e culturais entre pobres e ricos, liberal e público, a bioética não pode deixar de considerar como um importante desafio, o princípio da solidariedade para a conquista da cidadania, pautada em mínimos morais e em uma formação voltada à deliberação coletiva nas equipes de saúde.

3 MARCO CONCEITUAL

3.1 BIOÉTICA SOCIAL NO BRASIL

Já ao final da década de 1960, com o advento da terceira revolução industrial e o assenso do capital financeiro sobre a atividade produtiva associado a débâcle dos Estados de bem-estar-social europeus, são re-estruturadas novas relações de trabalho, vida e valores. Um patamar diferenciado de civilidade começa a se consolidar quando o pensamento, a comunicação e a informação passam a ser estratégicos na configuração de novas trajetórias ocupacionais e quando o diálogo democrático e social é mais inclusivo e transformador. Contraditoriamente, no entanto, esta nova civilidade coexiste com grandes retrocessos na combinação do novo com o velho nas relações de trabalho e de vida, agora, fortemente precarizados e associados a um analfabetismo funcional excludente, especialmente sentidos em países menos desenvolvidos como o Brasil. Novas formas de riqueza imaterial como sensibilidade ética, criatividade e comunidade passam a conviver com hedonismo ascendente, intolerância, fanatismos religiosos, neo-fascismos e exclusão social (POCHMAN, 2012).

O resultado de décadas de forte incremento tecnológico, em especial, nos países de capitalismo desenvolvido pós-segunda grande guerra, associado ao advento da terceira revolução industrial pautados na reestruturação da produção e na financeirização do capital, trazem consigo a necessidade das éticas aplicadas darem resposta aos variados problemas éticos associados às pesquisas com seres humanos e, também, no campo da atividade clínica em saúde. A bioética é, então, chamada ao debate dos problemas construídos na intersecção entre avanço técnico, científico e práticas em saúde, direitos humanos e interesses públicos - como inequidades e injustiça social. Consolidada como novo diálogo inter e trans-disciplinar reconfigurador da moralidade, a bioética significa uma nova forma de saber para resolução de novas necessidades, bem como de antigos e persistentes problemas morais não solucionados no âmbito das sociedades modernas plurais, onde a convivência entre diferentes códigos morais pode significar conflito, tanto quanto, convergência, se respeitadas condições de intercomunicação.

Em realidades como a brasileira e a latino americana, além de objetivar a educação para a competência ética que permita avaliações da moralidade relacionada

às intervenções na vida humana, a bioética é também instigada a dar respostas aos conflitos morais advindos de políticas públicas - como as neoliberais - que aprofundam as imensas desigualdades sociais historicamente configuradas. A bioética brasileira passa, então, a questionar a real contribuição desta nova realidade de funcionamento prático do debate contemporâneo da ética para o melhoramento das práticas em saúde; a construção de uma ética cívica e de proteção aos vulnerados; o reforço da dialogicidade entre paciente/usuário-profissional-serviço de saúde; bem como, o sentido mais amplo de proteção à própria existência humana e planetária.

No Brasil, o debate bioético foi deflagrado junto ao processo de construção do SUS, ocorrendo numa intersecção epistemológica e prática com a saúde coletiva. Como o direito universal à saúde é confrontado às políticas neoliberais de austeridade do Estado desde sua conquista constitucional em 1988, numa realidade de grandes vulnerabilidades sociais, o eixo autonomista da bioética pautada nos quatro Princípios de Beauchamp e Childress (2002) não dão conta de responder a esta conjuntura social. O insuficiente financiamento do sistema associado a formas de financiamento público de serviços e assistência privada, com permanência da hegemonia de relações de mercado na saúde, resultam em problemas na qualidade da atenção e gestão-administração do SUS. A bioética brasileira, então, em intersecção com as temáticas da saúde coletiva, passa a assumir um perfil que expressa a bandeira da universalidade no acesso aos serviços e recuperação à saúde, correlacionando saúde e qualidade de vida numa dimensão social de promoção e proteção; e multidisciplinar de alocação de recursos, gerenciamento, financiamento e políticas públicas (PORTO; GARRAFA, 2011).

A dimensão pública, coletiva e social da bioética brasileira construída nesta intersecção com as temáticas da saúde coletiva, passa a questionar a redução do objeto de estudo, métodos e tipos de procedimentos da bioética às finalidades e tarefas da biomedicina, neutra e positivista na relação clínica profissional-paciente ou pesquisador-participante, como um modelo que diminui a possibilidade de amplitude teórica e prática na articulação entre ciência e moral. Transcende a esta bioética clínica principialista, que em seu debate inicial se pautava numa visão individualizada de mercado, focada nas práticas curativas ou como acessório destinado a regular as falhas nos códigos deontológicos, tornando-se “uma ferramenta asséptica que não questionava as relações de poder, a ética ou a moralidade na dimensão social, nem

associava tais questões ao processo de saúde e adoecimento” (PORTO; GARRAFA, 2011, p. 723), pensar a pobreza, a injustiça e a desigualdade em saúde.

A construção deste novo debate bioético brasileiro e latino americano influenciou definitivamente a inclusão de temas sociais no processo de construção da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos homologada durante a 33ª Conferência Geral da Unesco, em 19 de outubro de 2005, em Paris. Este marco diferenciador da agenda bioética internacional se dá através da politização para além dos temas habituais já contemplados inicialmente pela ética biomédica. Um novo posicionamento de debate das questões sanitárias, sociais e ambientais, de grande interesse para as nações pobres e/ou em desenvolvimento, resgata o sentido original dado por Van Rensselaer Potter ao neologismo bioética, de uma ética que se relacionava com os fenômenos da vida humana no seu mais amplo sentido, incorporando não somente questões biomédicas, mas também as ligadas à sustentabilidade do planeta. A bioética passa a incluir em sua pauta, nos mais recentes eventos que acontecem pelo mundo, temas como: direitos humanos, cidadania e responsabilidade dos Estados; priorização na alocação de recursos sanitários escassos, formação de pessoal sanitário, e iniquidades sociais e econômicas no mundo; preservação da biodiversidade; finitude dos recursos naturais do planeta; equilíbrio do ecossistema; alimentos transgênicos; racismo e outras formas de discriminação, entre outros (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).

A aproximação da bioética brasileira do modo e do método usado pela saúde coletiva, quando ambas as disciplinas se desenvolvem sob a perspectiva da complexidade e se constroem em tempos e lógicas semelhantes, também é responsável por conformar campos científicos afins representados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Ambas as entidades destacam a centralidade da participação social em movimentos pela garantia dos direitos humanos; inserção comunitária; implementação de políticas afirmativas; busca de empoderamento, libertação-emancipação autônoma; e proteção do Estado (JUNGES; ZOBOLLI, 2012; PORTO; GARRAFA, 2011). No campo de abrangência desta bioética chamada de “social”, constroem-se outras formas de compreender o debate bioético:

Bioética da Proteção: advoga a importância do Estado protetor como garantia de qualidade de vida, priorizando os vulnerados como pessoas que não dispõem de

meios que os capacitam para realizar sua vida, onde a equidade é percebida como condição *sine qua non* para efetivação do próprio princípio de justiça com alcance de igualdade (SCHRAMM, 2008);

Bioética da Intervenção: reconhece o conjunto social como campo legítimo de estudos e intervenção bioéticos, debatendo as relações de poder entre indivíduos, grupos e segmentos, e os padrões éticos que regulam tal relação (PORTO; GARRAFA, 2011);

Bioética Clínica Amplificada: nasce do insuficiente debate bioético voltado à Atenção Primária à Saúde, onde se opera a densidade das relações intersubjetivas em contraposição à hegemonia do referencial principialista, voltado à assistência terciária e à biotecnologia (ZOBOLLI, 2009).

Como os referenciais bioéticos apontam para as exigências dos contextos em que se inserem, uma conjunta de profunda desigualdade social e de falta de garantias mínimas de direitos humanos encontrada nos países em desenvolvimento como os latino-americanos, proporcionaram um campo fecundo para a construção da denominada Bioética Social (GARCÍA ALARCÓN; MONTAGNER, 2017), no Brasil. Um amplo campo de debate da bioética que acaba por influenciar novas concepções de princípios bioéticos, muito além da Bioética Principialista, efetivando-os especialmente, na aprovação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, em 2005. Este novo olhar bioético é conduzido por constitutivas solidário-libertárias que procuram contextualizar os problemas bioéticos onde eles ocorrem e sob uma ótica defensora dos direitos humanos e sociais, o que assume como características principais a justiça social e a cidadania, a equidade na efetivação das políticas públicas como na área da saúde, e o reconhecimento da finitude dos recursos naturais (HELMANN; VERDI, 2012).

Uma intersecção prática da Bioética Social com a Saúde Coletiva é configurada, também, na regulamentação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da resolução CNS 196/1996, ajustada pela Resolução 466/2012, e sua consolidação em nível nacional. Como estruturas de participação e controle social das políticas de saúde, os conselhos cumprem papel ético-político na formulação de estratégias e controle na execução das ações. Institucionalizados através da lei Federal 8142/90, possuem caráter deliberativo permanente que os vincula ao repasse federal de verbas

aos municípios e estados (BRASIL, 2012). Uma convergência entre conselhos de saúde e comitês de bioética que se pauta em dois paradigmas centrais no âmbito da representação em saúde: seu papel público e seu caráter coletivo-participativo-ativo. Uma participação popular para além da democracia formal ou puramente representativa, que reposiciona a importância de novos espaços democráticos de participação cidadã e debate ético-políticos, reposicionando também, o papel da Bioética Social.

No Brasil, o recente processo de democratização herdou do período ditatorial a falta de tradição participativa e cultura cívica, além de uma cultura política de tradição autoritária e centralizadora, historicamente dominante, que mantém restrito o espaço público, não transformando relações de poder centralizadora em autoridade partilhada, nem garantindo as condições que as tornam possíveis. Associado ao processo contemporâneo de hiperindividualização, essa democracia considerada de baixa intensidade, afeta profundamente o desempenho de participação dos atores sociais, inclusive dos profissionais da saúde, refletindo em fragilidade do associativismo, problemas de comprometimento (profissional), impermeabilidade à participação e defesa de interesses corporativos, privados ou clientelistas sobre os públicos (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Seguindo um novo *modus operandi* do SUS pautado na política de Estado humanizadora, passam a ser percebidos como desafios bioéticos novas situações vivenciadas na APS e na ESF, onde o envolvimento e a participação ativa de cidadãos, sociedade civil organizada e profissionais-trabalhadores da saúde, são fundamentais para que os indivíduos passem assumir responsabilidades sociais e identidade cidadã, essenciais para transformar relações centralizadas e tradicionais de poder em autoridade partilhada - numa democracia de alta intensidade (SHIMIZU *et al.*, 2013).

Como o desenvolvimento da bioética têm se dado historicamente a partir da motivação deflagrada pela acentuada sofisticação tecnológica dos hospitais e dos serviços altamente especializados na saúde, a assistência na APS acabou preterida em relação à reflexão e discussão dos problemas éticos enfrentados pelos profissionais no âmbito secundário e terciário da assistência. Segundo Zoboli e Fortes (2004), uma gama de autores contemporâneos têm pautado fatores indicativos de que

os problemas éticos enfrentados na atenção básica podem diferir dos identificados nas demais esferas de atendimento:

- a) os problemas de saúde diferem segundo o nível das ações e dos procedimentos oferecidos;
- b) os sujeitos éticos usuários, familiares, comunidade, trabalhadores e profissionais de saúde, também se diferenciam. Como nos hospitais os pacientes estão sob a condição de internados e, portanto, altamente vulnerados, acredita-se que sua capacidade de decisões autônomas esteja comprometida. Já nos serviços assistenciais da APS, os profissionais usualmente visam o acompanhamento e objetivos de mais longo prazo e a partir da atenção integral, não da cura a um problema pontual;
- c) o cenário em cada tipo de serviço de saúde é diferente, portanto, interfere nos problemas éticos do contexto ao qual estão inseridos. Nas unidades básicas de saúde, os encontros com os usuários são mais frequentes e em situações de menor urgência, diferentemente das situações vivenciadas, por exemplo, nos prontos-socorros ou nas unidades de terapia intensiva, por isto, na APS os problemas éticos apresentam-se de maneira mais sutil, passando, muitas vezes, despercebidos;
- d) como os sujeitos e os contextos são distintos, mesmo que se observe estrutura de equacionamento ético semelhante, as soluções para problemas éticos similares podem diferir. Os inputs do processo decisório distinguem-se (ZOBOLI; FORTES, 2004).

Assim, precisam ser pensadas novas formas de estruturação do debate da ética para a APS, desde Comitês Clínico-organizacionais para atuação complementar aos Conselhos de Saúde em questões éticas que envolvam a qualidade na atenção à saúde ou como estrutura de suporte às deliberações que acontecem nas equipes de saúde, até novos mecanismos que estimulem o debate da ética como o “Inventário de Problemas Éticos” (IPE) voltados a visibilidade e superação de problemas vivenciados nas relações ético-políticas da intersectorialidade profissional-estrutura/gestão do sistema (organização); profissionais/trabalhadores-usuários da saúde/comunidade); e no âmbito das equipes de saúde (inter-profissionais/trabalhadores) (VIDAL *et al.*, 2014; JUNGES *et al.*, 2014a; 2014b).

A clara indissociabilidade dos problemas entre atenção e gestão é evidenciada quando as decisões morais de deliberação clínica exigem condições e meios para sua concretização, o que sugere uma integração entre atividades de atendimento e planejamento estratégico territorial nos serviços (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015), unificando ética do cuidado e ética da administração, numa formação prática, contínua e persistente, voltada à remoção dos problemas bioéticos de sua invisibilidade ao conjunto de profissionais, trabalhadores, administradores e usuários. Para Ohira, Cordoni Júnior e Nunes (2014), os gerentes do SUS padecem de precário profissionalismo e insuficiente preparação, havendo necessidade de superação destas deficiências, especialmente, numa realidade onde práticas de gestão participativas e democráticas concorrem com o antiquado gerencialismo político-clientelista, funcionalista e centralizador.

Elma Zoboli (2013, p. 393) aponta que desenvolver competências (conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes) deliberativas nas ES seria importante instrumento da Bioética Clínica para aumento da qualidade na atenção, considerando-se a deliberação como um “meio de discussões e decisões feitas por um diálogo interpessoal que visa soluções prudentes e não a decisão ideal certa ou que maximiza resultados”. Para tanto, seria necessário incorporar esta competência deliberativa através de uma formação contínua dos profissionais, sob uma nova abordagem pluralista da ética. O debate bioético sobre situações reais do cotidiano profissional ou temas transversais vividos pela sociedade, parece ser mais efetivo na formação do que o ensino baseado em hipóteses dilemáticas estanques, absorvidas da literatura (FINKLER et al., 2011). Assim, os cursos de capacitação à deliberação (ZOBOLI; SOARES, 2012) seriam instrumentos usados para despertar a capacidade clínico-reflexiva do profissional além do contexto técnico, incluindo os âmbitos ético e político pautados: no conhecimento de teorias éticas (saber); nas habilidades para identificar conflitos e deliberar (saber fazer); e nas atitudes pautadas em valores nas relações entre usuários e equipe (saber ser-conviver).

No mesmo sentido, uma aproximação da bioética à ideia de educação libertária, comprometimento engajado do profissional e solidariedade crítica de matiz Freireana (SANTOS; SHIMIZU; GARRAFA, 2014), busca ampliar laços entre cidadãos e desenvolver a autonomia através de práticas políticas e sociais geradoras de mobilização social, militância e transformação da realidade. Neste sentido, a relação

entre espaços de debate, instrumentos da bioética na APS e a sociedade civil, podem servir à consolidação de uma prática cidadã em saúde que prime pela educação e consulta com vistas ao seu empoderamento e emancipação, aproximando a bioética de assuntos que preocupam a comunidade e que reflitam problemas reais da sua saúde (KOTOW, 2011).

Constrói-se, assim, a necessidade de ampliação do leque de discussões e espaços de aprimoramento de ações em saúde, para que os atores sociais cada vez mais conscientes dos seus direitos percebam que precisam, além de reclamá-los, também assumir algumas responsabilidades através de uma participação ativa e direta (CORTINA, 2001), em instrumentos como conselhos, comitês, trabalho em equipe, co-gestão, etc., onde se destacam algumas questões:

- a) necessidade de novos espaços de debate bioético ou novos formatos de comitês de bioética que englobem a APS, ultrapassando o âmbito da atenção hospitalar;
- b) novas formas de abordagem da clara indissociabilidade entre problemas na gestão-atenção;
- c) debate bioético sobre a hierarquização dos valores morais nas proposições políticas que norteiam as ações na APS de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, integralidade, responsabilização, participação social, equidade, etc.;
- d) ampliação do leque de deliberações em participações ativas dos profissionais desde a formação para redimensionar sua responsabilidade coletiva e o aprimoramento de suas ações, organização e comprometimento ético na construção e efetivação das políticas públicas;

Neste debate, dois paradigmas se destacam para a bioética brasileira: o público-social e o coletivo.

Processos públicos de reflexão-decisão ou deliberação instigam o questionamento e cumprimento de novas questões e deliberações públicas, assim como, a extensão de informações e convicções morais à opinião pública, quando possível, colaborando para forjar o caráter ético das sociedades e o caráter justo e prudente no âmbito da investigação biotecnológica, práticas e políticas de saúde. Práticas voltadas ao fim último do interesse público ou à construção de bens públicos são entendidas como uma produção em benefício próprio, tanto quanto, um benefício

desfrutado por toda a sociedade, não pressupondo necessidade de competição por ele (CORTINA, 2003).

O empoderamento das pessoas só pode acontecer em condições de democracia efetiva, quando a mão pública assume o papel de assegurar bens primários a todos e auxiliar na descolonização do espaço privado, recuperando os seus limites através da participação com sentido público. Mesmo o engajamento da sociedade civil sendo muitas vezes difícil, frustrante e pouco frutífero por inferência da ideologia neoliberal que aposta na perda da cidadania e interesse do indivíduo por instâncias participativas, substituindo-as pela defesa de interesses pessoais no ambientes restrito da vida privada, a participação cidadã e a força política da sociedade civil, precisam ser constantemente reinventados (KOTOW, 2011).

As éticas aplicadas encarnam a tarefa de conversão do poder comunicativo e da convicção de atuar para além de normas impostas externamente, mas livremente aceitas em poder social, ou seja, em poder gerador de relações sociais moralmente justificadas (GARCIA-MARZÁ, 2003). Assim, a construção de um *ethos* público-social pautado num que fazer moral cotidiano, encarna um papel educador de nova civilidade à sociedade de maneira geral e para o profissional da saúde de modo particular, quando passa a cumprir um papel precursor de comprometimento público-social em novos formatos democrático-participativos. Através da participação ativa extrapola-se a individualização das decisões e deliberação feitas em ato privado (KIPPER, 2013), onde a inclusão de representação da sociedade civil garante que todos os que possam ser afetados pelas resoluções tenham as mesmas oportunidades de acesso (GRACIA, 2011). Neste sentido, os Conselhos de Saúde se transformam em fato central na construção democrática do SUS e os novos espaços e instrumentos de debate bioético, em fato irreversível no desenvolvimento das éticas aplicadas.

Além disto, a construção de uma praxis coletiva parece potencializar valores como a solidariedade crítica e a cooperação entre indivíduos e grupos sociais, demonstrando a capacidade humana de transcender e superar interesses particulares egoístas. Os processos de deliberação ético-políticos se transformam em ferramenta pedagógica prática ao ampliarem o sentido de justiça social e proteção, orientadas de forma a transpor as fronteiras da relação profissional-paciente, pelo sentido indivíduo-todo social. A solidariedade, neste sentido, passa a ter significado não como ato de

caridade, mas como parte do viver em sociedade, situando o indivíduo como ser social, não como um átomo artificialmente isolado.

Buscar soluções aos problemas reais pautado na vontade comum, numa práxis em que está em jogo a responsabilidade pelas conseqüências das decisões coletivamente tomadas, re-posiciona o profissional como agente de mudança nas suas relações com o mundo e contradiz a tese de que uma motivação moral se reduziria ao cálculo estreito das vantagens e benefícios pessoais, superando a moralidade como mera consciência individual (VAZQUEZ, 2007). O ideal de participação coletiva socialmente engajada baseia-se: 1. num produto ético perpassado pelo político (sociedade civil, comunidades, qualidade de vida e determinantes sociais do processo saúde-doença); e 2. num compromisso intelectual assumido como uma responsabilidade coletiva recíproca de debate que pressupõe certa confiança no poder das idéias e nos valores que elas encarnam (CORTINA, 2001), onde a ética pautada na justiça social, direitos humanos, proteção aos vulnerados e necessidades-interesses do paciente/usuário e coletividades, se transforma num ato político de participação.

No nível da assistência na APS, diferentemente do nível hospitalar, o diagnóstico e a respectiva conduta se caracterizam apenas numa parte do processo terapêutico, e a submissão do usuário em relação à estrutura da assistência e ao profissional resultam numa dependência infinitamente menor, já que parte importante das condutas a serem tomadas fica na responsabilidade do próprio paciente-usuário, longe do serviço. O usuário adquire maior controle autônomo sobre seu próprio cuidado, por isso, *torna-se impossível cuidar e intervir nos problemas de saúde sem a participação e compreensão desses usuários*, uma participação que tem de ser conquistada e cultivada *através de novos saberes e nova ética na aceitação do outro em uma relação intersubjetiva*, o que implica em *disposição atitudinal e preparo técnico para a escuta e o diálogo*. Assim, o olhar clínico na APS deve ser ampliado para propiciar o entendimento ao paciente-usuário em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, com co-responsabilização pela saúde desse usuário e pactuando os acordos no processo do cuidado (ZOBOLI, 2009).

Uma construção intersubjetiva das decisões e/ou deliberações que adquire implicações de cuidado no seu sentido técnico e, também, humano, o que deve,

necessariamente, passar por um diálogo verdadeiramente significativo, onde a comunicação lingüística acaba assumindo papel conceitual-estratégico. Uma nova excelência profissional é solicitada para ultrapassar o modo de ser e agir meramente clínico-contratual, em direção a um diálogo que reconheça a reciprocidade de seres dotados de competência comunicativa. Em contraposição às velhas relações instrumentais profissional-paciente e hierarquizadas entre profissionais e trabalhadores ou entre estes e os gestores do sistema, assume centralidade a formação do profissional através de fóruns, espaços e instrumentos bioéticos voltados ao debate coletivo de problemas da assistência na APS, antes e de forma contínua no serviço (GOMES; RAMOS, 2015a).

Espaços e instrumentos que solicitam uma ampliação de sentidos e comportamentos dos seus participantes, traduzidas em novas relações. Um inventário de problemas éticos na atuação do profissional e da equipe de saúde bucal na APS, destacando-se as relações entre profissional-usuário, equipe-sistema e inter-profissional-trabalhador, desperta para além do contexto técnico uma capacidade clínico-reflexiva, incluindo as dimensões ética e política do trabalho em saúde (ZOBOLI; SOARES, 2012). A adaptação e aplicação deste inventário (IPE-APS) para as equipes de saúde bucal (IPE-ESB), coadunam-se aos objetivos da Odontologia em Saúde Coletiva e da investigação ética na APS.

Apoiada na noção coletiva de pertencimento a uma mesma sociedade e em políticas cidadã-participativas que privilegiam a maioria, resultando o bem comum, a Bioética Social no Brasil, volta-se ao resgate de conceitos como qualidade de vida, problematizando a relação sociedade-indivíduo e valorizando o sujeito como co-partícipe do processo saúde-doença, a partir de um autonomia como princípio não absoluto, mas como possibilidade construída na relação clínico-sistêmica; na aliança inter-pessoas consideradas iguais em sua humanização; e no comprometimento profissional como beneficência alicerçada na solidariedade crítica para com o outro vulnerado (GOMES; RAMOS, 2014). Um perfil autóctone assumido pela bioética brasileira que resgata a questão da participação coletiva e seu poder de decisão, em especial, na APS, onde a deliberação como metodologia de reflexão e debate sobre problemas éticos, assume posição central.

3.2 O MÉTODO DA DELIBERAÇÃO E A BIOÉTICA CLÍNICA AMPLIFICADA

Na prática clínica, o diálogo deve possibilitar a troca entre profissional-paciente não somente para desvelar sinais e sintomas de doenças, mas também, para compreender emoções, sentimentos, crenças, valores e contextos socioeconômicos, culturais e históricos. Isto porque, nas decisões morais necessárias à atividade clínica, as faculdades cognitiva (fatos e contextos), emocional (valores) e volitiva (deveres) da inteligência humana estão envolvidas. O mundo dos valores não está utilizando apenas da razão, mas pertence também, ao âmbito dos afetos, sentimentos e vida. Assim, uma ética de valores exige uma objetividade que parte dos próprios objetos, fatos e/ou contextos, ou seja, a partir de um processo de decodificação de valores, onde se passa a perceber os objetos, fatos e/ou contextos, comparando-os, analisando-os e julgando-os. Os valores se apresentam como qualidades das coisas em si mesmas, próprias e independentes da relação que tenham com outras coisas, fatos e/ou contextos. “Todo valor, por ter um caráter de qualidade, postula ser referido a uma coisa concreta” (ORTEGA Y GASSET, 2004, p. 33). Entretanto, a possibilidade de comparação que se dá através do intelecto, se refere a uma subjetividade no valor, onde “só a pessoa pode captar em seus diferentes graus a realidade valiosa e realizar, assim os valores morais” (ORTEGA Y GASSET, 2004, p. 8).

Sempre se clinica atribuindo valores aos fatos, visto que os valores estão ancorados nos fatos. Como os valores têm ao mesmo tempo algo de intuído individualmente e de construído socialmente, incorporam facetas sociais, históricas e culturais. Valores não podem apenas basear-se em preferências subjetivas individuais (sentimentos e desejos ou prazer proporcionado), mas existem valores que devem ser assumidos por e para todos, como a liberdade ou a solidariedade, por exemplo. Ancorado nos fatos e contextos, os valores conferem conteúdo aos deveres, e por isto devem ser pesados na sua concretização. Quando há um problema ético que desvela-se no contraditório, no conflitivo, o profissional encontra-se em uma situação que o paralisa, impedindo-o de atuar. Uma situação que pesa sobre sua consciência moral e que o faz considerá-la um problema ético, exigindo para a tomada de decisão, algo que venha em seu auxílio (ZOBOLI, 2012).

A deliberação recuperada modernamente da teoria aristotélica por Diego Gracia (2011) passa a ser utilizada nos casos de conflito moral, onde uma deliberação

no formato coletivo deve apontar um *que fazer* em sua ação prática e intersubjetiva, através do aprofundamento da análise ética deste conflito, ou seja, de um conflito entre valores. Para tanto, adota-se o caminho da problematização de possibilidades que fujam de extremos dilemáticos - alternativas ambíguas em dois pólos distintos -, procurando identificar um curso ótimo recomendado de ação, onde pesam fatos, valores e deveres para esta deliberação.

A deliberação é considerada, portanto, um processo de maturação das decisões para se alcançar um curso de ação prudente. Uma deliberação coletiva serve para auxiliar o profissional a reconhecer outros cursos de ação possíveis, mesmo sendo o próprio profissional quem deve tomar as decisões, consideradas intransferíveis (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Quadro 1- Diferenças entre as abordagens dilemática e problemática dos conflitos de valores

Abordagem Dilemática	Abordagem Problemática
Todo conflito moral tem sempre uma solução.	Nem todo conflito tem solução
A resolução do problema ético geralmente é escolhida entre dois cursos de ação antagônicos, insatisfatórios e incompatíveis.	A resolução do problema ético é escolhida entre mais de dois cursos de ação, sempre considerando as singularidades do caso e buscando conciliação dos valores em conflito
Os cursos de ação se digladiam, haja vista possuírem perspectivas opostas.	Os cursos de ação são apresentados em forma de leque, onde todos os envolvidos buscaram, de forma dialogada e coletiva, um curso de ação ótimo, aquele que mais protege os valores em conflito.
“Critério ético: utilidade”.	“Critério ético: prudência”
“Teoria da escolha racional”.	“Deliberação Moral”
Ênfase nos resultados e nas consequências esperadas.	Ênfase no processo e nas condições que a possibilitam
Visão reducionista da realidade.	Visão ampliada da complexidade e riqueza da realidade
Soluções extremadas.	Soluções mediadoras
“Direito-dever-individualismo”.	“Compromisso – responsabilidade - intersubjetividade”
Ilude-se com a certeza das decisões.	Reconhece a incerteza das decisões

Decisão.	Compromisso
Linguagem baseada nos princípios.	Linguagem baseada nos valores
“Juízos apodícticos, perenes”.	“Juízos prováveis, provisórios”
“Risco de fundamentalismo ou relativismos axiológicos”.	“Pluralismo, respeito à diferença, sem cair no relativismo”
“Dedutivo”	“Indutivo”
O dever é visto como uma resposta a uma exigência	A obrigação é vista a partir do reconhecimento do vínculo intersubjetivo
Julgam-se casos e pendências	Interpretam-se narrativas e compreendem-se biografias
“Racionalidade abstrata, descolada da realidade, especulativa e sem afetos”	“Racionalidade concreta, encravada na integralidade da realidade e da experiência humana, permitindo-se por essas se afetar”

Fonte: Adaptado de Zoboli (2010, p. 108) por Santos (2014).

A deliberação moral não versa sobre os fins, pois os ‘bens em si’ que tem condições de fins, funcionam mais como ‘valores intrínsecos’, mas a deliberação versa sim, sobre os meios do qual depende a realização dos fins, ou seja, das características concretas da ação. A deliberação torna-se, então, uma forma de reflexão que quebra os pronunciamentos auto-evidentes e absolutos à mente humana, de mais fácil execução por serem construídos como uma heteronomia moral que exige submissão e obediência, e elege um caminho mais complexo, longo e difícil da autonomia humanamente construída e conquistada, como objeto central da ética aplicada e irrenunciável ao processo deliberativo. Fugindo da ideia clássica que concebia princípios absolutos como leis morais de obrigado cumprimento, auto-evidentes e intuídos de modo imediato, constrói-se uma ética aplicada em direção ao dever real e efetivo, como dever concreto que não se identifica necessariamente com o dever idealmente puro.

Neste sentido, muito já se avançou no entendimento da deliberação como processo de argumentação em direção à prudência nas decisões, uma deliberação racionalmente consubstanciada que tem por objetivo determinar o que devemos fazer prudentemente, em situações concretas, onde o único juízo está na avaliação da situação. Uma prudência que pode ser entendida como saber conviver, saber discutir

sobre o que é bom e conveniente para viver bem em toda plenitude, deliberando bem sobre um amplo leque de possibilidades práticas, analisando distintas alternativas possíveis consideradas entre o particular e o universal (SIURANA-APARISI, 2011). Um saber viver em comum educado e educando em um ambiente coletivo de deliberação, que segue os quatro pilares da educação da UNESCO e que é percebido como um dos maiores desafios da educação. Pois este conviver que visa a participação e a cooperação para resolução de conflitos, contradiz a prioridade dada no mundo moderno ao espírito de competição e sucesso individual para a ascensão profissional. Através do respeito mútuo como consequência da descoberta progressiva do outro, passa-se a valorização do que é comum e, conseqüentemente, transforma-se através da experiência e do prazer do esforço comum, as tensões existentes em solidariedade (CABRAL, 2007).

A deliberação consiste em um procedimento fundamental na ética, o método principal para tomar decisões interpessoais. Como método serve à formulação de políticas de atuação de governos; normatizações e legislações; ou num leque de possibilidades para decisão profissional, baseadas em fatos médicos, bem como, valores e deveres bioéticos de proteção ao paciente, em se tratando de comitês ou grupos de pessoas reunidas para debate das questões de caráter ético-profissional.

Uma deliberação coletiva que deve seguir como metodologia, distintos passos (GRACIA, 2011):

- a) Num primeiro momento, faz-se a análise dos fatos, que no mundo moderno é tudo aquilo produzido por nossa atividade e os dados extraídos da ciência e da técnica, sempre mediados por múltiplos fatores educacionais, históricos, culturais e pessoais, o que não nos permite esgotá-los ou considerá-los de caráter absoluto - mesmo as proposições científicas -, pois cada pessoa reúne um ponto de vista único sobre cada fato. A deliberação assume, então, um caráter individual ao mesmo tempo em que coletivo, onde o juízo dos fatos é caracteristicamente dialético, o que diminui a incerteza sobre seus limites de razoabilidade e prudência. Neste sentido, se parte primeiro da apresentação do caso para, depois, deliberar sobre os fatos do caso: diagnóstico (que se passa), prognóstico (como vai evoluir) e tratamento (o que se pode fazer);

- b) Num segundo momento, se procura fazer a identificação dos valores como um momento autônomo da técnica, muito confundidos na modernidade com a própria técnica. Na tradição platônica os valores são realidades objetivas que o ser humano tem que aceitar, evidentes por si mesmas, impositivas e beligerantes. No pluralismo, os valores não se devem impor, tampouco, devem ser tolerados, mas sobre eles se deve deliberar, tanto individual quanto coletivamente, procurando se chegar a uma pactuação de normas públicas. Para tanto, se faz a identificação dos problemas morais do caso, a eleição do problema moral a discutir e a explicitação dos valores em conflito;
- c) No momento terceiro, acontece a deliberação propriamente moral, construída sobre a análise de valores, fatos e contextos. A deliberação sobre deveres sempre é uma decisão sobre o que se fará no futuro, assim, além de levar em conta fatos e valores, é necessário analisar as circunstâncias concretas em que se vai tomar a decisão (espaço e tempo) e fazer a previsão das conseqüências relevantes, pautando princípios morais universalizantes. Em perspectiva teleológica o viver humano tem uma dimensão de fim em si e uma dimensão enriquecida na experiência cultural das diferentes tradições. Existem críticas filosóficas que perguntam não somente pelas condições das estruturas *a priori* do sujeito, como também das condições materiais e sociais que fazem possível ou impossível a vida digna, o respeito às pessoas e o reino dos fins nos diferentes contextos “*hoy ningún principio es primero en cuanto tal; solo es primero desde una determinada perspectiva que se adopte. La primacía de los principios es relativa a los contextos y a las metas individuales o sociales*” (HORTAL, 2000, p.110);
- d) Neste ponto, deve-se levar em conta não somente os valores em jogo, mas também, os conflitos entre eles, pois a opção por um curso extremo de ação leva à lesão completa do outro extremo oposto, e o que deveria ser um processo deliberativo, se converte em uma discussão que impossibilita enxergar os cursos intermediários. Então, deve-se identificar os cursos extremos de ação buscando os cursos intermediários (as possibilidades de atuação em cada momento), para se eleger um curso ótimo.

- e) O passo seguinte é provar a consistência da decisão através da prova de sua legalidade, publicidade e tempo.

No Brasil, o recente processo de re-democratização tem significado uma constante batalha pela mudança de fatores socioculturais históricos como falta de tradição participativa e cultura cívica, além de uma cultura política dominante de tradição autoritária e de Estado centralizador. A ampliação de espaços de participação democrática dos cidadãos e da sociedade civil organizada segue um sentido de concretização paulatina rumo à utopia de uma democracia participativa que vá além do formal e puramente representativo. Entretanto, ao se reposicionar a importância dos espaços coletivos de deliberação com perspectiva transformadora das práticas dos profissionais da saúde e da vida social em geral, percebe-se que o desempenho da participação desses atores têm sido dificultada pela cultura da não participação ou omissão (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Mesmo assim, se amplia o leque de discussões e participações, mais propriamente, nos conselhos de saúde e comitês de bioética, aprimorando novas ações afirmativas, de organização e comprometimento para ampliar a responsabilidade coletiva na construção e efetivação das políticas públicas. O que faz a deliberação coletiva sobre problemas éticos adquirir centralidade: até recentemente, a decisão profissional que era paternalista e privada em ato é, paulatinamente, ampliada como deliberação coletiva e socialmente ativa, o que sugere a necessidade de uma nova excelência profissional, para além do meramente técnico e clínico-individual. Na procura por caminhos opostos ao modo de ser e agir contratual, a bioética amplia o debate sobre a necessidade de nova dialogicidade que reconheça a reciprocidade entre seres dotados de competência comunicativa pautada na ideia do comum como motor da ação; da responsabilidade na decisão que pressupõe necessidade de convencimento recíproco; e da atuação com sentido e legitimidade social.

Neste ponto, a Bioética Social no Brasil, adquire papel preponderante de transformação da excelência profissional em coletivos de deliberação pautados numa solidariedade crítica, que considere a qualidade de vida da população e o comprometimento com o público e social. Em especial, quando a potência criativa, participativa e dialógica de coletivos profissionais esbarra na condição pós-moderna de subjetivação e sociabilidade (HARVEY, 2011), que nega a alteridade pelo narcísico

individual e a solidariedade pela auto-suficiência (CORTINA, 2001). No Brasil e na América Latina, esta potência construtiva versus atomização social é acrescida de um forte componente de desigualdade social que sustenta, na prática, um separatismo socioeconômico e cultural, refletido na saúde como uma duplicidade de sistemas, para pobres e para ricos. Um separatismo naturalizado quotidianamente em relações instrumentais profissional-paciente, hegemônicas pelo ideal privatista e de mercado, fragmentação das especializações e novas tecnologias, hierarquias arraigadas e gerências que dificultam o espírito em equipe (GOMES; RAMOS, 2015).

Na saúde esta realidade é ainda agravada e sustentada por um forte corporativismo das categorias profissionais, em especial, a categoria médica, que privilegia o capital em detrimento das reais necessidades da população e que desconsidera o outro diferente ou vulnerado como igual, e a si mesmo, como sujeito participativo-ativo de novos paradigmas democratizantes propostos pela bioética e pela saúde coletiva.

Na sua origem, as comunidades profissionais desenvolveram uma solidariedade grupal guiada pelo desejo de identidade ou corporação, pressupondo maior prestígio social e assenso econômico, onde os próprios profissionais desenharam regras morais da profissão para evitar seguir, através dessas regras, interesses egoístas não-solidários no sentido de manutenção do espaço comum e de elevação da moral da sociedade no seu conjunto. A profissão médica compartilhava, então, com o sacerdote e o jurista, um comprometimento identitário juramentado, que transcendia a profissão em si mesma: representava uma vocação que separava este conjunto de profissionais do restante da sociedade. Pelo bem social grandioso e, ao mesmo tempo, divino originalmente atribuído a estas três profissões, elas deveriam ser exercidas com excelência na busca por vencer a si mesmo na luta pela perfeição, dentro de um comprometimento paternalista beneficente (GRACIA, 2011).

Através dessa socialização é construída uma identidade que tradicionalmente diferencia profissão de ofício, mas que nas sociedades modernas, perde a capacidade de gerar e fortalecer redes sociais e potencializar virtudes sociais de excelência, frente à mediocridade do burocratismo e da mera legalidade. Assim, a excelência moral acaba compreendida de forma hegemônica e distorcida, como corporativismo: o entendimento da ética restrito a aplicação de um código condizente com a defesa corporativa, onde boas intenções e bons exemplos parecem suficientes para

assegurar o caráter ético das ações profissionais. Uma mentalidade individualista associada ao paternalismo hipocrático, da excelência profissional como comprometimento beneficente, que ainda é apreendida desde a formação, mas que entra em crise como:

- a) Descrédito social: quando as corporações formam uma solidariedade grupal de defesa de privilégios frente à sociedade, a ética do dever se perde espaço para relações dificilmente preenchidas por laços sociais fraternos e coletivos, tornando-se presa fácil do corporativismo, assim, são enfatizadas as responsabilidades profissionais com enfoque estritamente jurídico, ressaltando aspectos técnicos em detrimento dos humanos, o que acaba construindo sentimentos de insegurança e receio no restante da sociedade (GRACIA, 2011);
- b) Traço empresarial de compromisso: tanto os ofícios como as profissões parecem imbuídos na busca de uma excelência com traço empresarial de compromisso, uma excelência associada ao saber-fazer técnico e competitivo, “necessária” ao sucesso profissional e identificada com o capital mais do que com o trabalho;
- c) Perda na capacidade de compartilhamento de valores: os coletivos profissionais resultantes do processo de divisão social do trabalho e especialização tecno-científica, perdem capacidade de compartilhamento de valores ligados a uma experiência comum – sindical, política ou profissional -, em especial, na reestruturação produtiva, sob uma fragmentação hiperindividualizante que vulnerabiliza no trabalho e relativiza a ética (GOMES; RAMOS, 2014);
- d) Alteração de paradigmas: mudanças no conceito de beneficência atestam alteração de paradigma, quando ampliam o sentido do respeito à autonomia do paciente e engajamento para alcançá-la, incluindo uma prática solidária de proteção e cálculo social que destaca a obrigação moral de agir em benefício de outros, onde estão em jogo as necessidades/interesses sociais;
- e) Novo enfoque da ética na formação: a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária brasileira e do SUS no ensino formal da ética - para ultrapassar um dever ser deontológico em direção ao ser, onde o

profissional assumiria uma postura ética vinculada à capacidade autônoma de percepção, reflexão crítica e decisão prudente com relação às condutas humanas - que concorre com forte tendência à persistência de práticas arraigadas, percebida como resistência do corpo acadêmico e profissional às mudanças propostas (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2014).

Na atualidade, o limite cada vez mais difuso entre profissão e ofício significa não somente a quebra da distinção aristocrática e religiosa das profissões, mas o rebaixamento da identificação profissional com a responsabilidade moral, com perda evidente da identidade moral profissional, para algo como bem de consumo. A profissionalização passa a ser compreendida pelo senso comum, como característica de um trabalho qualificado ou possuidor de habilidades técnicas de determinado ofício, fugindo do ideal de compromisso forjado em longa e complexa formação, caracterizado por uma competência técnica e humana. A responsabilidade moral deixa de ter ampliado o seu caráter social ao mesmo tempo em que o corporativismo amplia certa impunidade jurídica em novos saberes e práticas que desencadeiam complexos problemas morais, colocando em xeque a incapacidade de formulação da moral clássica deontológica, o que define a necessidade da bioética (HORTAL, 2000).

A Bioética Clínica-amplificada, ao questionar o poder tanto nas relações entre profissionais e usuários da saúde, quanto na dimensão social nos aspectos concernentes às políticas públicas destinadas a promover qualidade de vida, aponta valores de dimensão pública, coletiva e participativa, necessários à responsabilização e envolvimento do profissional com comunidades, sujeitos e processos. Repensando o ato relacional-clínico profissional-paciente como ato de responsabilidade para com seus beneficiários diretos, os cidadãos, que sofrem ou desfrutam das decisões profissionais cotidianas, aponta a necessidade de calibrações nas conseqüências das decisões, em função de uma meta social. Uma convivência com novo formato de participação democrática, mesmo limitado ao espectro clínico-organizacional, pode fugir do meramente normativo para se perguntar: “os interesses sociais são pauta na singularidade da relação profissional/paciente?” (GOMES; RAMOS, 2014, p. 3). Uma indagação que desvela outras duas entrelaçadas:

- a) Como a deliberação coletiva pode transcender uma concepção liberal de associativismo?

Um modelo de associativismo no âmbito da concepção liberal de pessoa descuida dos seus vínculos constitutivos quando ignora um sentido de identidade. Uma identidade em que os interesses dos indivíduos são estabelecidos nas suas relações com os outros, o que lhes vincula de forma estreita e profunda à comunidade a que pertencem. No associativismo liberal clássico e/ou neo-liberal, a união e a cooperação em sociedade, somente existem como possibilidade, quando os indivíduos não podem continuar vivendo sem a interferência dos outros, como se o ser humano pudesse existir como átomo social e o Estado pudesse funcionar de forma neutra, sem interferir na vida das pessoas pautado numa concepção de bem e de justiça social (MULHALL; SWIFT, 1996). O engajamento profissional à metodologia deliberativa está quotidianamente sendo confrontado com uma concepção “moderna” e hegemônica de ser humano e de Estado mínimo (ideologia neo-liberal) que impõe restrições à saúde como direito, enfraquecendo a consolidação dos sistemas universais de saúde e a participação ativa dos cidadãos como seres sociais, apostando na perda da cidadania e no interesse por instâncias participativas, e impulsionando a substituição de uma ação pública pela defesa de interesses pessoais no ambientes restrito da vida privada (KOTTOW, 2014).

Assim, além de pensar como ideal a metodologia deliberativa no formato coletivo-participativo, deve-se pensar nestes membros participantes, incluindo o profissional da saúde, como engajados na construção de um produto ético-político singular, ao mesmo tempo em que, socialmente comprometido. No ideal dos estados de bem estar social, o “liberal” estaria subsumido a uma dimensão pública, de convivência com outros, onde o ser humano não estaria restrito somente ao âmbito do privado e que seguiria a lógica da liberdade e da igualdade (autonomia e beneficência como máximos) (CORTINA, 2001). A construção coletiva de mínimos morais garantiria esta convivência, pois enquanto o princípio da não-maleficência é o elemento básico que assegura os mínimos na intervenção sanitária com sentido individual, o princípio da justiça reforça os mínimos na dimensão social (GRANDE, 2009). Mínimos morais consubstanciados por uma unanimidade possível, quando considera todos como iguais - humanos -, se contrapondo aos modernos máximos hedonistas.

Entretanto, a democracia deliberativa seria a melhor via para resolução dos conflitos e tomada de decisões, pautada em mínimos morais, em contextos de

extrema desigualdade socio-econômica e cultural como no caso do Brasil e América Latina, sem reproduzir um *status quo* injusto?

- b) A crítica de que a democracia deliberativa como concepção formal, normativa de inclusão, participação e legitimação democrática, seria fechada, excludente e impraticável em contextos contemporâneos de desigualdade social estrutural injusta e que, além disto, guardaria uma distância intransponível entre teoria deliberativa e praxis, deve ser trazida ao debate quando a bioética brasileira pauta a questão da solidariedade crítica e libertária. Haveria necessidade de um parâmetro mínimo de justiça social e igualdade como pré-condições à legitimidade dos procedimentos deliberativos para resultados justos?

As respostas parecem passar por uma conduta política que, guiada à um cenário de legitimidade deliberativa, não pode renunciar às manifestações e outros meios estratégicos possivelmente considerados disruptivos para resolução dos problemas, tampouco perceber a deliberação como único meio de solvência de conflitos ético-políticos. Mesmo que a democracia deliberativa tenha como ideal mudanças fundamentais nas bases da tomada de decisão política, este ideal continua requerendo condições políticas, sociais e econômicas mais igualitárias que as que existem em qualquer sociedade contemporânea, o que mantém a distância entre real e ideal em qualquer contexto dado, sem inviabilizar a deliberação. Ao contrário, um comportamento cooperativo do coletivo em deliberação assumindo caráter normativo não excludente, pode servir como critério de avaliação de contextos políticos estruturalmente injustos e excludentes, que conflituam com a justiça e a legitimidade dos procedimentos deliberativos coletivos e seus resultados. Acrescenta-se, então, à metodologia da deliberação ética postulada por Diego Gracia, a necessidade de uma análise crítica do contexto sociocultural e político-econômico no qual se realiza a deliberação, não bastando a caracterização metodológica e dialógico-coletiva do processo deliberativo. Adquire importância a assunção de uma ética hermenêutica crítica, voltada a desvelar as dinâmicas (políticas, ideológicas, culturais, socioeconômicas) que configuram o contexto no qual se realiza a deliberação.

Neste sentido, o ideal deliberativo se converte também em um teoria avaliativa da própria democracia, expondo as estruturas sociais que tornam contra-producentes a instrumentação de esquemas deliberativos (MAREY, 2012).

Como o valor da deliberação enquanto fenômeno social depende, em grande medida, do contexto social, ou seja, da natureza do processo e dos seus participantes, postula-se certa igualdade e autonomia aos participantes na tomada de decisões (não meramente formais), com uma comunicação deliberativa que possa neutralizar possível relação de dominação e hierarquia, para que não haja vulneração de direitos e interesses da cidadania como coletividade e, também, de qualquer minoria. Ao contrário, deve existir inclusão de suas vozes, pois o princípio normativo da política deliberativa se fundamenta na idéia de que democracia implica a participação efetiva de todos os afetados. A participação política deliberativa assume dever de civilidade e pode ser eficaz para conseguir maior equidade social em contextos injustos, se fugir de uma concepção meramente descritiva da ação política - não normativa ou avaliativa - o que exige, para tanto, uma ampla ideia de participação e capacidade de atuar ético-politicamente, frente a contextos concretos (MAREY, 2012).

No campo da saúde, buscar soluções aos problemas reais pautando a vontade comum, situado numa realidade histórica e vital de comunidades e pessoas, faz a ética assumir uma feição política, pois se torna ato de comprometimento e participação social ativa. Para Volnei Garrafa (2012), o controle democrático de todas as ações que sejam planejadas e executadas no campo da saúde, torna-se indispensável. Assim, os bioeticistas comprometidos com a democracia e o direito à saúde como conquista social, não devem incorporar o discurso ascético da despolitização dos conflitos morais, ao contrário, devem engajar-se numa ação capaz de transformar a praxis social, deixando explicitada a imprescindibilidade de uma nova excelência profissional e o papel da Bioética brasileira nesta transformação de paradigmas. Uma participação cidadã que precisa ser constantemente reinventada, tanto em novas versões dos comitês de bioética que ampliem o debate clínico-organizativo no sentido público-coletivo-social, quanto de educação prática do deliberativo-coletivo em equipes de saúde, pautado numa nova civilidade que sirva à sociedade de maneira geral.

Assim, a deliberação coletiva como praxis profissional, transforma-se em um novo paradigma da Bioética Clínica Amplificada. A deliberação sem relação única com a ética aplicada já acontece no campo individual quando o sujeito projeta uma ação, propondo e pesando, conectando e inter-relacionando as partes decompostas ou fatores que interferem nessa ação, do contrário, seria um ato instintivo, automático

e inconsciente. A imaginação deliberativa que é própria dos animais dotados de razão se diferencia da imaginação sensitiva que existe também nos outros animais, por ser seletiva, valorativa, comparativa e discriminatória, dentro de um cálculo prático de conjunto, que aponta quais ações seriam mais indicadas para se chegar a um determinado fim. Deliberamos, então, não sobre os fins, mas sobre os meios que nos conduzem a estes fins (CATTANEI, 2009). A deliberação ao antecipar e projetar uma ação, possibilita a adaptação humana e sua sobrevivência como espécie, mas significa além de uma simples adaptação ao meio natural, uma responsabilidade, tendo em vista a consequência dessas ações, o que eleva os humanos a seres morais. Ao transformar a natureza por meio do trabalho, damos origem ao mundo da cultura (GRACIA, 2011).

Assim, a deliberação não pode estar pautada somente no egoísmo biológico como gerador do egoísmo moral, mas também no altruísmo que considera em favor da espécie. Para o ser humano como ser social, o universo da compreensão e da interpretação são essenciais à deliberação e sempre acontecem em comunidade, na comunicação com os outros. A lógica dialética (método) de primeiro apresentar o problema ou questão a tratar, seguido da formulação das objeções pelo defensor e dos contra-argumentos apresentados, com esgotamento de todos os argumentos, pode possibilitar a compreensão e interpretação dos problemas com perspectiva de análise, discussão e posterior determinação do curso ótimo de ação. Este marco de apresentação de prós e contras e de sintetização de assuntos relevantes, faz uma aproximação problemática e não dilemática à bioética, onde o reconhecimento dos problemas morais e suas ambigüidades são tão significativos quanto sua própria resolução (HAVE, 2011).

Uma deliberação que segue uma estrutura lógica, a partir de um raciocínio dialético não apoiado em verdades absolutas, mas sobre opiniões racionais – diferentes ou até mesmo opostas -, se converte em intercâmbio através do diálogo. Mesmo o monólogo como um diálogo consigo mesmo é atado a condição de sociabilidade do ser humano e tende a ser compartilhado, a ser transformado em coletivo - uma deliberação que acontece em comum. Entretanto, no coletivo, o diálogo pode alcançar toda sua plenitude e as decisões alimentadas pela interdisciplinaridade, podem ser consideradas realmente prudentes. A deliberação coletiva alcança a perfeição ontológica, moral e lógica, porque a vida propriamente humana não

acontece fora de uma comunidade ou à sua margem. É no interior da comunidade que os indivíduos desenvolvem a sua humanidade e moralidade, possibilitando o discernindo sobre justiça e virtudes “*la deliberacion es por su propia naturaleza dialógica, y por ello mismo colectiva*” (GRACIA, 2011, p. 114).

A participação ativa dos profissionais em fóruns coletivos e públicos de debate e deliberação ético-política acontece como cerne do sistema de saúde brasileiro, desde a carta Constitucional de 1988, assumindo um sentido de descentralização da deliberação do âmbito meramente clínico-hospitalar para a área de políticas públicas, alocação de recursos, empoderamento social e atenção integral à saúde. Entretanto, uma das dificuldades da implantação da deliberação nas sociedades ocidentais modernas, consideradas liberais e democráticas como a brasileira, diz respeito ao grave problema relacionado à falta de cidadãos autônomos e responsáveis em lugar de súditos normalizados, visto que a ideia que segue imperando é de que o correto é aquilo que se ajusta à lei e que o bom cidadão é o cidadão obediente a ela, sem questionar propriamente a eticidade deste agir e suas consequências (GRACIA, 2011).

Os sistemas educacionais modernos não formam à deliberação, ao contrário, ainda se educa para o triunfo, para se sobressair sobre os demais, dentro de um fanatismo e um narcisismo que sobrevaloriza sempre o ponto de vista deste indivíduo, de que suas idéias são as melhores e que suas crenças e valores não devem ser contestados. Uma postura que, por princípio, anula o outro, não lhe concedendo *competência comunicativa*, que é um passo essencial à deliberação (GRACIA, 2011). Ver os demais como seres humanos que vivem em sociedade, ultrapassa a ideia dos outros como objetos, o que propõe uma nova educação para cidadania, pois quando a imaginação, a criatividade e o pensamento crítico perdem terreno para o fomento de capacidades utilitaristas e práticas voltadas à geração de renda a curto prazo (empreendedorismo), se constrói uma crise educacional que pode significar uma crise da própria democracia (NAUSSBAUM, 2012).

Ampliando ainda mais este fosso educacional, o Brasil ainda não incluiu o conteúdo bioético nos currículos dos ensinamentos fundamental e médio, nem em muitos casos, no ensino superior, como preconizado pelo Art. 23 da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005, p. 1):

Com vista a promover os princípios enunciados na presente Declaração e assegurar uma melhor compreensão das implicações éticas dos progressos

científicos e tecnológicos, em particular entre os jovens, os Estados devem esforçar-se por fomentar a educação e a formação em matéria de bioética a todos os níveis, e estimular os programas de informação e de difusão dos conhecimentos relativos à bioética.

Acresce ainda a esta realidade educacional no Brasil, a ascensão social como desigualdade: os seres humanos não são considerados em suas relações de igualdade uns com os outros, mas ao contrário, são separados e cada vez mais segregados por aquilo que têm, tornando ainda mais crucial ao profissional da saúde, a construção de uma autonomia moral condizente com a deliberação coletiva.

Questões como hierarquia e desigualdade de classe devem assumir importância como pauta na educação em saúde, pois a busca da unanimidade na definição de um curso ótimo de ação, não pode se dar num ambiente onde ainda são enaltecidas posturas profissionais centralizadoras e autoritárias, que assumem feição corporativo ligado ao capital. O conflito entre o novo e o velho modo de entender a ética pautado na interdisciplinaridade como forma de produção coletiva e solidária, ainda sofre forte resistência de um saber/poder instituído para ganho pessoal, corporativo ou empresarial, reproduzidor de uma ideologia da ética restrita e de mercado, como um código predefinido ao qual o profissional se submete. Num sentido contrário, o controle do próprio inconsciente e do narcisismo, possibilitam ao profissional assumir uma postura de humildade intelectual e comprometimento social, frente às desigualdades socio-econômicas e singularidades relacionais - individuais e coletivas.

Fica cada vez mais evidenciada a necessidade do ensino universitário formar o aluno para reflexão crítica e compreensão ética sobre a realidade instituída e novas formas de existência coletiva e cidadã, quando a decisão profissional de engajamento na construção de instâncias deliberativo-participativas e o tipo de engajamento ao qual este profissional está disposto a fazer, transforma-se numa decisão ético-política que incrementa a pauta da bioética brasileira. A racionalidade instrumental heterônoma que camufla relações de saber-poder previamente constituídas e ainda hegemônicas na biomedicina, precisa ser superada por uma postura profissional que possibilite a transformação de si mesmo e do mundo, não pelo caminho da simulação ou coerção, mas como comunidade de deliberação que busque condições justas de cooperação no lugar da confrontação, numa atitude favorável a uma interação construtiva entre pessoas.

Uma necessidade que se reflete como possibilidade em mudanças nos processos educacionais, pela implantação de novos projetos políticos pedagógicos nos cursos da saúde a partir das DCNs de 2002, que preconizam a articulação das transformações do modelo de atenção à saúde com a formação profissional com sentido público prioritário. Aliado às propostas do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, as mudanças vão no sentido de uma excelência profissional que abarque o aprimoramento ético-humanístico dos estudantes para o trabalho em equipe. Entretanto e apesar desse esforço, a formação ética dos profissionais da saúde ainda clama pelo ensino da bioética nos novos currículos e por uma formação no serviço para construção de uma ética civil que valorize os direitos humanos com liberdade, igualdade e solidariedade, pautado no diálogo como melhor meio de lidar com os conflitos morais (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2014).

A necessidade de competência ética acaba se entrelaçando com a competência deliberativa, na ideia de que a discussão política e a prática democrática devem conviver juntas no ensino universitário e não ser mantidas fora da universidade, como preconiza o pensamento ainda hegemônico de uma formação meramente técnica. Partindo do princípio de que para se viver numa democracia se requer praticar a democracia, esta prática democrática pode e deve ser estimulada na formação universitária, devendo envolver capacidades para lidar com as diferenças, dialogar, ouvir o outro, reconhecendo o direito do outro ser e pensar de acordo com suas convicções. Uma mudança paradigmática da formação profissional que significa romper com a lógica da memorização, conhecimento fragmentado e separação entre teoria e prática no desenvolvimento de uma competência ética e deliberativa, que requer novos mecanismos de socialização profissional, interativos e participativos. Desenvolver no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania - consciência crítica, autonomia e consciência social - significa uma educação libertadora, em ações concretas para construção de nova excelência técnico-humanizada (REGO, 2012).

Neste sentido, o debate bioético sobre situações reais do cotidiano profissional ou temas transversais vividos pela sociedade, parece ser mais eficaz do que o ensino baseado em hipóteses dilemáticas estanques, absorvidas da literatura (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2014). Elma Zoboli (2013) aponta que desenvolver hábitos,

habilidades e competências deliberativas se torna importante instrumento da bioética clínica, fundamental para aumento da qualidade da atenção à saúde, visto a deliberação como um “meio de discussões e decisões feitas por um diálogo interpessoal que visa soluções pendentes e não a decisão ideal certa ou que maximiza resultados” (ZOBOLI, 2013, p. 393). Para tanto, seria necessário incorporar esta competência deliberativa através de uma formação contínua dos profissionais, sob uma nova abordagem pluralista da ética. O formato de cursos e disciplinas pautados nas teorias éticas, valores e princípios na atitude profissional em relação com usuários e equipe, desperta para além do contexto técnico, uma capacidade clínico-reflexiva do profissional, incluindo os âmbitos ético e político (ZOBOLI; SOARES, 2012).

Dois sentidos assumidos pela bioética acompanham a democracia deliberativa: 1. quando se coloca além de uma ferramenta para resolver conflitos relacionados à saúde e à vida, mas também, como reflexão racional transformada em ética civil, com melhora da comunicação coletiva na busca de soluções transpostas ao interesse de todos e em consideração aos vulnerados, o que faz trespassar no debate de mínimos morais, a questão do poder, desigualdade e política; e 2. num sentido clínico, no desenvolvimento das capacidades dialógicas e narrativas: a. capacidade linguística e interpretativa, para entender o relato do paciente; b. capacidade crítica, para situar as ações dentro de um marco mais amplo de sentido; c. capacidade reflexiva, para considerar e valorizar as múltiplas narrativas; e d. capacidade de comunicação, para escutar, expressar e negociar no terreno da relação clínica (empatia, observação e outras capacidades interpessoais) (MORATALLA; GRANDE, 2013).

A perspectiva narrativa que considera a igualdade-identidade humana a partir dos relatos de uma história particular, concreta e singular, e não redutora da dimensão política - que tem a ver com o discurso e o intercâmbio de opiniões em um espaço público comum -, possibilita articular a universalidade, cultura e comunidade sem prescindir da defesa dos direitos dos mais vulneráveis por razão sócio-econômica, de enfermidade ou de gênero. Assim, a ética não está limitada aos mínimos, em uma perspectiva de obrigações legais, mas tem que se referir também aos máximos numa perspectiva singular de vida, acordando um equilíbrio entre ambos. A atenção ao relato do paciente desde a sua própria vivência contextualizada, promove uma versão mais humanizadora da prática com construção de sentidos, que não significa somente

explicitar valores, mas promovê-los, difundi-los, configurá-los (MORATALLA; GRANDE, 2013).

Um diálogo verdadeiramente significativo na relação profissional-paciente/usuário-comunidade e entre profissionais e trabalhadores da saúde, experts de diversos campos, éticos, juristas, teólogos e público afetado, constituem um papel conceitual-estratégico, intersubjetivo e cooperativo, das deliberações bioéticas. A unanimidade sugerida nas deliberações como mínimos morais compartilhados em direção, também, aos máximos dentro das singularidades relatadas, transforma a ação e interação dos sujeitos que deliberam num problema de primeira magnitude, pois muitos dos ganhos intelectuais e práticos desta deliberação se devem às tarefas desenvolvidas por estes sujeitos (CORTINA, 2003). Assim, a construção de um diálogo em espaços de reunião e deliberação tem que ser assumido como nova postura profissional. Uma nova excelência pautada numa práxis solidária diferenciada, voltada a ação e reflexão qualificada na utopia da justiça social e no autogoverno do profissional e do trabalhador da saúde em seu processo de trabalho vivo, intelectual e artesanal, ao mesmo tempo em que, intersubjetivo-relacional e coletivo-social.

O desenvolvimento desta excelência deliberativa como nova excelência profissional sugere para a educação em saúde a necessidade da formação fazer-se na e além da sala de aula, engajando o estudante e o profissional em serviço numa participação efetiva em fóruns de debate bioéticos, democráticos e cidadãos, para que de uma maneira prática se possa significar o comprometimento ético dos profissionais com o público, o coletivo e o social. Em vias de mão dupla, a capacitação para a deliberação bioética no ensino formal é fundamental para o aperfeiçoamento da democracia ao mesmo tempo em que a participação cidadã efetiva em fóruns bioéticos de deliberação coletiva é significativa para a formação profissional.

Autores como Guedert (2012); Zoboli *et al.* (2013); Jungues *et al.* (2014); Gomes e Ramos (2014); Vidal *et al.* (2014); Zoboli e Soares (2012), têm problematizado a questão da ética no cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam no SUS, apontando a necessidade de novos espaços de debate bioético para construção de uma nova prática mais humana e cidadã, tanto nos ambientes hospitalares quanto na atenção primária à saúde. Considerando a relação entre qualidade e financiamento-gestão do sistema, a necessidade de elucidação dos

problemas éticos nas práticas do SUS, problematizados: 1. nas relações ético-políticas da intersetorialidade estrutura-gestão do sistema (organização); 2. nas relações entre os profissionais/trabalhadores e usuários da saúde (profissional-usuário/comunidade); e 3. nas relações no âmago da equipe de saúde (inter-profissionais/trabalhadores), indicam que novos espaços bioéticos de educação permanente são necessários para dirimir dificuldades teóricas e práticas removendo-os da sua invisibilidade ao conjunto dos profissionais.

O que nos leva a questionar se a bioética brasileira pode efetivar o debate de problemas crônicos das práticas em saúde do SUS, sem passar pela deliberação coletiva em comitês ou equipes de saúde; sobre qual envolvimento do corpo de pacientes/usuários e profissionais/trabalhadores no debate bioético voltado à qualidade nas práticas cotidianas e administração-gestão do SUS; e como conceber a deliberação em coletivos, quando a formação ainda está aquém do desenvolvimento de capacidades dialógicas e deliberativas.

O processo contemporâneo crescente de hiperindividualização, indiferença e desolidarização social precisa ser quotidianamente combatido por uma prática deliberativa como formação bioética continuada, pautada na solidariedade crítica, na equidade como disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um a partir de suas diferenças, e na ação democrática participativo-ativa, dentro de uma concepção de saúde e justiça como direito social. O fortalecimento de ações e associações da sociedade civil como fonte de moralização social e de novos espaços dialógico-relacionais-interdisciplinares, mantém a ética como utopia de um novo sujeito-profissional. Neste sentido, as deliberações coletivas no formato dos comitês, conselhos ou equipes de saúde, podem adquirir importância não somente como espaços de debate e deliberação ética, mas como movimento de transformação das práticas dos profissionais e suas excelências.

A construção de espaços bioéticos que perpassam a clínica como publicização real de problemas éticos na relação profissional-paciente-comunidade - até então privada em ato - e a formação permanente na praxis coletiva, pode potencializar valores como a solidariedade crítica e a cooperação entre indivíduos e grupos sociais, demonstrando a capacidade humana de transcender e superar interesses particulares e egoístas, por um indivíduo como ser-sujeito social. Certamente, a decisão de deliberar coletivamente contradiz a tese de que a motivação ética se reduz ao cálculo

estrito das vantagens e benefícios pessoais, reposicionando uma visão amplificada de moralidade com sentido de pertencimento coletivo-social, o que supera a moralidade como mera consciência individual (VÁZQUEZ, 2007). Uma nova excelência profissional pautada na metodologia de deliberação coletiva chama a bioética brasileira a assumir seu papel protagonista no debate da ética na formação permanente do profissional da saúde.

As experiências em processos deliberativos podem ser transformadas em ferramenta pedagógica prática que amplia o sentido de justiça social e da proteção ao outro vulnerado, transpondo as fronteiras da relação profissional-paciente/usuário pelo sentido indivíduo-todo. Uma praxis e uma moralidade em que está em jogo a responsabilidade pelas conseqüências das decisões morais, pode re-posicionar o profissional como agente de mudança nas suas relações com o mundo, a partir de novas lealdades aos sujeitos do diálogo, reforçadas por laços entre humanos, enquanto pessoas em coletivo e comunidade. A prática da deliberação faz o indivíduo adquirir o hábito e a consciência de qualidades de caráter necessários para deliberar, especialmente sendo uma forma de agir que rompe paradigmas estabelecidos. Revitalizar as profissões a partir de um novo profissional que compete consigo mesmo para oferecer uma produção de qualidade em saúde, sem se conformar com a postura medíocre de apenas fugir de acusações legais de negligência e sem se limitar à burocracia, mantendo um compromisso fundamental de benefício com pessoas sentido de atividade social (CORTINA, 2001), sustenta um novo horizonte relacional: com o cidadão usuário dos serviços de saúde, a sociedade e, principalmente, inter-pares e inter-disciplinar.

No diálogo inter-coletivo, as possíveis mudanças individuais conseguidas através do esforço empregado para a compreensão dos diferentes argumentos pautada numa vontade de entendimento para busca de possíveis soluções razoáveis do conflito, auxilia na construção de uma relação mais humana de respeito e escuta recíprocos e enriquece os participantes da deliberação, ao mesmo tempo em que os transforma. Posturas arrogantes, centralizadoras e hierárquicas na relação com outras profissões e inter-cidadãos, como acontece ainda de forma hegemônica na atualidade, devem ser ultrapassadas pelo dialógico-relacional de troca e construção de novos saberes como produtos de cooperação, significando que o que eu faço não tem repercussão somente como ação para mim, mas é espelhada nos outros. A

facilidade das certezas absolutas deixada de lado na argumentação dialética, constrói a autonomia e a responsabilidade necessárias à deliberação coletiva. A formação do profissional para além dos conhecimentos teóricos e habilidades técnicas não pode exilá-lo na própria especialidade, mas deve ser capaz de relacionar umas ciências às outras, contribuindo com a humanização de todos (GRACIA, 2011).

Na deliberação coletiva, a excelência e as competências profissionais devem ser afirmadas deixando de lado o medo da decisão em conjunto, pois se realmente seguras, as diferentes posições e visões não competem entre si, ao contrário, passam a se respeitar como iguais na diferença e a assumir uma postura de acordo e cooperação para a proteção do paciente e construção do bem comum. Entretanto, se as condições de incerteza que ocupam o lugar do absoluto, são mal manejadas, elas podem gerar angústias como sentimentos inconscientes que, por sua vez, repercutem como mecanismos de defesa de negação, agressão, etc., configurando uma postura que impossibilita a deliberação. Por isto é tão mais difícil atuar sob argumentos dialéticos, porque se tem que ter o inconsciente oxigenado, um treinamento e exercícios de autocrítica aos próprios valores e crenças, e o enfrentamento das próprias debilidades argumentativas (GRACIA, 2011).

Assim, o esforço do exercício coletivo antes e de forma permanente no serviço, requer a construção, reconstrução e valorização dos espaços de debate bioético nas práticas de saúde e o desenvolvimento de estratégias de educação e participação-ativa deliberativa, possibilitando a incorporação de habilidades de intervenção por parte do profissional. Considerando a interlocução de sujeitos autônomos e participativos, mas também, realidades socialmente condicionadas e vulnerabilidades estabelecidas, são colocados em xeque o formato hegemônico da formação bancária e voltada ao mercado, e a postura hostil ou indiferente de profissionais à existência dessas instâncias coletivas de deliberação. Conselhos, equipes de saúde e novos formatos de comitês de bioética, se transformam em espaço de aperfeiçoamento profissional, de conhecimentos e técnicas de domínios profissionais diferenciados e de satisfação de mínimos morais na construção de vínculos sociais e comunicação (inter) humanizante, com sentido de aproximação possível aos máximos singulares. Profissionais que alimentam a intercomunicação em saúde se auto-alimentam da sua própria construção intersubjetiva, como excelência moral solidária e crítica.

3.3 A TEMÁTICA DA ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO DESAFIO

A garantia constitucional do SUS no Brasil e sua real efetivação vão acontecer tardiamente em relação aos países guiados pelo ideal do “bem estar social”. A conquista a saúde como direito universal e dever do Estado, já ao final da década 1980, é confrontada, desde o princípio, às políticas neoliberais de austeridade do Estado, pautadas em privatizações e enxugamento da máquina estatal, acompanhadas de insuficiente financiamento público do sistema de saúde. A dualidade constante de interesses público-privados estimula um forte crescimento do mercado de planos e seguros de saúde e do financiamento público de serviços de assistência privada. Um cenário onde prevalece o tradicional modelo biomédico-liberal (CECCIM *et al.*, 2009) que transgride a assistência e a gestão-administração públicas como referencial de qualidade, o que repercute como problema ético persistente na consolidação da atenção público-gratuita à saúde.

O investimento num novo *modus operandi* na saúde vai ser iniciado já ao final da década de 1990, com a introdução das Equipes de Saúde da Família e posterior implementação das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Em 2004, somam-se neste processo as políticas de humanização que visam modificar a qualidade no atendimento do SUS, pautando-se na primazia das tecnologias relacionais sobre as de maquinário, em articulação aos avanços tecnológicos, acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado, condições de trabalho e co-gestão dos profissionais (BRASIL, 2004). Uma nova lógica assistencial que passa a ser assumida como política de Estado, transformando-se em uma estratégia pautada nas necessidades sociais, como Estratégia de Saúde da Família. Na formação, as novas competências incorporadas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), passaram a ressaltar a importância do aluno cultivar uma nova relação de atenção, confiança, respeito e cuidado com o paciente/usuário e sua comunidade.

Entretanto, na atualidade, esta política pública humanizadora ainda permanece como desafio, pois estes novos modos intersubjetivos de saber e fazer, exigem novo posicionamento ético-político do corpo acadêmico e profissional. Um desafio que chama a saúde coletiva a ampliar as fronteiras da comunicabilidade com potencial epistemológico transformador com a bioética, fazendo-a suplantar os procedimentos

de tipo neutro e positivistas da perspectiva principialista, redutores do objeto de estudo e métodos à mera relação clínica profissional-paciente ou pesquisador-participante da pesquisa. Este modelo principialista está pautado em quatro princípios fundamentais como base para a ação humana: a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia. Nasce a partir de um debate norte-americano na década de 1970 sobre a eticidade das pesquisas científicas, transformando-se em uma ética biomédica a partir dos escritos de Beauchamp e Childress (2002).

Constrói-se um movimento original na América Latina e Brasil que busca ultrapassar esta bioética principialista considerada individualizada, associada ao mercado e focada nas práticas curativas ou acessórias na regulação das falhas nos códigos deontológicos, para assumir temas como justiça social, igualdade, equidade, qualidade de vida e vulnerabilidade. A bioética brasileira, então, transforma-se numa ética aplicada de perfil autóctone que se aproxima dos problemas concretos do cotidiano e da ação real das pessoas, passando a englobar a dimensão social da promoção e proteção à saúde da população; uma visão multidisciplinar sobre alocação de recursos, gerenciamento, financiamento e políticas públicas; além de uma dimensão subjetiva pautada nos direitos humanos, pluralidade moral e ação do Estado como garantidor de cidadania (JUNGES; ZOBOLI, 2012; PORTO; GARRAFA, 2011).

A abordagem, agora em equipe interdisciplinar e com resgate da participação social e comunidades, impele os profissionais a repensarem o seu papel no cuidado. Especialmente em se tratando do campo da saúde, referenciado em realidades complexas permeadas por inúmeras contradições, com demanda de conhecimentos distintos integrados à questão da intervenção; e perpassado por modos específicos de compreender e realizar projetos, reconhecer problemas, assumir conflitos e tomar decisões éticas no cotidiano de trabalho. Assim, a qualidade da assistência na APS no SUS, em especial, na ESF que engloba as ESB, propõe o reforço de compromissos éticos das equipes de saúde, a partir de uma nova prática marcada pela humanização do cuidado, em busca de cidadania.

Neste sentido, a temática da ética é assumida como um desafio desde o ano 2000 por um grupo de pesquisadores que procuraram desenvolver um “Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde” (IPE-APS), objetivando reconhecer o as questões éticas cotidianas na atenção primária. Vários estudos de validação

deste instrumento foram desenvolvidos em diferentes regiões do país, voltados ao trabalho das ESF na APS: o primeiro estudo qualitativo foi desenvolvido em 2000-2003 e direcionado a enfermeiros e médicos das ESF do município de São Paulo, apresentando como resultado 41 problemas que originaram a primeira versão do inventário, sob a forma de um questionário estruturado e fechado; um segundo estudo foi feito em 2004-2005 para reconhecer os problemas apontados no primeiro; outros dois estudos qualitativos aconteceram entre 2005-2009, em unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais e centros de saúde escola, comprovando a abrangência da lista de problemas que compunha a primeira versão do IPE-APS; entre 2006-2008 foi realizado outro estudo para validar a clareza, facilidade de leitura e confiabilidade do constructo, através de um painel de especialistas em Saúde da Família, com uso da técnica de Delphi. Em sua terceira versão, encontra-se composto por 24 questões, incluindo os seguintes domínios de avaliação: gestão da APS (seis questões), longitudinalidade (4), práticas das equipes (4), perfil profissional (3), privacidade (3), e sigilo (4). A partir de 2009, iniciou-se a validação por meio de técnicas quantitativas, com amostras maiores (JUNGES *et al.*, 2014a; 2014b).

O IPE-APS é, portanto, um instrumento desenvolvido a partir de um construto emanado da realidade do SUS, validado por meio de pesquisas qualitativas e quantitativas, e ancorado teoricamente na Bioética Deliberativa de Diego Gracia (2014) e na Ética do Cuidado. Permite traçar perfis confiáveis das questões éticas na APS, bem como desencadear a reflexão das equipes e profissionais para a reformulação de atitudes pessoais e de processos de trabalho (JUNGES *et al.*, 2014b). Entretanto, todo este esforço de construção e validação do instrumento IPE-APS ainda não foi direcionado às especificidades dos problemas éticos presentes na realidade dos profissionais e trabalhadores da SB. Haveria, então, a necessidade de construção de um Inventário voltado à realidade de trabalho na SB (IPE-APS-SB)? Buscando identificar problemas éticos que permeiam o cotidiano dos trabalhadores da saúde bucal, o instrumento traria subsídios para se repensar a produção de saúde em busca de uma maior qualidade? Desvelando as especificidades dos problemas éticos vivenciados por trabalhadores da SB, o IPE-APS-SB poderia se transformar em potente tecnologia auxiliar de auto-avaliação das práticas em saúde bucal, bem como em instrumento avaliativo programático, como por exemplo, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)? Este instrumento

forneceria subsídios para um planejamento estratégico do serviço voltado à incorporar a deliberação coletiva como prática na atenção primária? Perspectivas que exigem observação atenta das especificidades de atuação da saúde bucal na APS.

Historicamente, o funcionamento da odontologia moderna foi amalgamado por uma base de conhecimento estomatológico derivado da medicina (BOTAZZO, 2000) associada a uma prática de mercado (CARVALHO, 2006) - nem sempre vinculada a uma intelectualização profissionalizante - que se transformou numa atuação clínica hegemônica pelo curativo-privado-individual e especializado. Um ideal de profissão que se conserva como referência de boa prática, satisfação e sucesso, e que trespassa, conseqüentemente, o trabalho profissional no serviço público-gratuito do SUS, ocasionando problemas éticos ligados à qualidade da atenção, bem como, à contemporânea conformação das equipes de saúde bucal. Segundo Narvai (2006) o fracasso histórico na tentativa de construção de um serviço bucal forjado na odontologia sanitária do método incremental, utilizado para eliminar as necessidades acumuladas e voltada aos escolares iniciado já na década de 1970 no Brasil, não fez a odontologia pública avançar na APS: “a odontologia sanitária teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado – e fracassou” (NARVAI, 2006, p. 143).

Assim, a democratização no acesso à saúde bucal, o comprometimento profissional com o outro – desconhecido –, com o sistema público de saúde e com a equipe de trabalho multidisciplinar, ainda conforma importantes problemas éticos, específicos da saúde bucal. A dualidade de interesses no mix público-privado reforça a idéia do serviço privado-liberal como *status* e ganho financeiro, enquanto o serviço público aparece como mera garantia de estabilidade trabalhista, muitas vezes concebida como “bico”. Por outro lado, o saber universitário mantém uma prática de classe social que identifica o exercício da profissão com o capital ao invés do trabalho, construindo uma intersubjetividade que concebe o trabalho no público como voltado às pessoas que não podem pagar direta ou indiretamente o atendimento nos marcos do contrato liberal (pobres) e que, portanto, não tem poder de reivindicação do bom serviço. Um processo construtor de um sentimento de desvalorização profissional em relação à odontologia coletiva que abre espaço a uma qualidade de ação questionável, mas muito pouco ou quase nunca, (auto) questionada.

Uma ideologia profissional (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012) centrada no CD que naturaliza a evasão de responsabilidade e comprometimento para com o público-gratuito e para com o trabalho multidisciplinar em equipe. Entretanto, a consolidação de um coletivo exclusivo de profissionais e trabalhadores da saúde bucal coletiva (SBC), ainda que minoritário frente ao hegemônico mercado de trabalho odontológico no Brasil, promove um espaço de saber-fazer que pode ser ético-politicamente reconstruído como espaço de reflexividade. Vai sendo edificado um sentimento de inadequação profissional que questiona a introspecção da lógica privada pelo profissional da saúde coletiva, contrapondo a pulsão de desejo por *status* e ascensão social do ideário liberal, em uma nova formatação identitária coletiva. Uma excelência profissional voltada ao direito à saúde como conquista de cidadania e em bases distintas dos constructos exclusivos do mercado que assume um sentido de transformação profissional, sob novos paradigmas de trabalho: em equipe, interdisciplinar, não biologicista, não mercadológico, inclusivo e participativo (GOMES; RAMOS, 2015).

Uma transição epistemológica que incorpora ações humanizadoras pelo coletivo, mas que esbarra, inicialmente, numa perspectiva humanista reduzida ao sentido da produtividade/cura, também nos marcos da odontologia coletiva – pela defasagem existente entre necessidade social e amplitude de cobertura; e dificultada, ainda, por problemas estruturais de financiamento do sistema e de falta de políticas de valorização dos profissionais – salarial e de investimento na satisfação no trabalho. A necessidade de um trabalho ético-político engajado em uma nova realidade para a saúde bucal, que se pretende seguidora de uma lógica coletiva e participativa e em condições favoráveis às mediações éticas trabalhador-profissional-paciente/usuário/comunidade-sistema de saúde, instiga o debate em torno dos problemas éticos existentes na sua prática cotidiana e na importância social da construção de um instrumento, IPE-APS, voltado às especificidades de trabalho da saúde bucal.

4 MÉTODO

4.1 PESQUISA QUALI-QUANTI

Neste trabalho de pesquisa, procurou-se unir as metodologias qualitativas às contribuições do método quantitativo, com sentido de melhor validar o IPE-APS às especificidades da Saúde Bucal. Segundo Uwe Flick (2009), a pesquisa quantitativa pode apoiar a pesquisa qualitativa e vice-versa, sendo ambas combinadas visando a fornecer um quadro mais geral da questão em estudo. Uma combinação das duas estratégias que têm ganhado corpo enquanto perspectiva metodológica, que vem sendo discutida e praticada de diversas maneiras, partindo-se do princípio de que um estudo pode incluir ambas abordagens em diferentes fases do processo de pesquisa sem reduzir, necessariamente, uma delas a um patamar inferior ou sem definir uma ou outra como a verdadeira abordagem da pesquisa. Neste estudo, far-se-á utilização das abordagens lado a lado, bem como, uma após a outra, com diferentes graus de inter-relações entre si.

A falsa dicotomia entre pesquisas quantitativas e qualitativas é cada vez mais rejeitada na atualidade, por sua construção artificial e inútil às ciências, especialmente sociais e humanas. Ao abordar temas relacionados à saúde ou doença abraça-se uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode estar contida em levantamentos matemáticos e/ou estatísticos apenas. A complexificação das idéias no mundo moderno trouxe a possibilidade do confronto de diferentes perspectivas de entendimento da realidade e a superação da tradição quantitativa como única alternativa possível. As abordagens qualitativas adquirem, assim, uma grande importância na saúde para o questionamento de paradigmas de práticas hegemônicas, onde o pesquisador passa a se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão de grupos sociais, organizações, políticas ou representações (TRIVIÑOS, 1987).

A ciência quantitativa, inicialmente com caráter fortemente positivista, seria caracterizada por um instrumento técnico com vistas a dominar a realidade vista de fora, sem necessariamente, discuti-la – posição que constrói a pecha da neutralidade científica. Para as ciências humanas não são restritos os horizontes da vida social à formalidades mecânicas, mas também, às necessidades humanas, como felicidade, democracia e identidade cultural, além de aparecer a dimensão do cientista, também,

como ator político. No qualitativo, o critério de cientificidade é o da discutibilidade, pois só pode ser científico o que for discutível. Dependendo da concepção de realidade social defendida pelo pesquisador, vai variar o método para trazer à luz um novo conhecimento científico, entretanto, alguns critérios devem fazer parte da tessitura da ciência: a coerência, que significa sua propriedade lógica; a consistência, como capacidade de resistir à argumentações contrárias; a originalidade; e a objetivação, que seria a tentativa de “descobrir” a realidade social. Como critério externo aparece a intersubjetividade da comunidade científica, ou seja, uma opinião coletiva de construção e reconhecimento como marca social do conhecimento (DEMO, 2011).

Como as metodologias de pesquisa qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, o debate qualitativo é trazido para a saúde com intuito de aproximar a realidade complexa deste campo a conhecimentos distintos, como o das ciências sociais. Ao mesmo tempo em que busca um olhar integrado, procura enfatizar as questões da intervenção “é preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam” (MINAYO, 1999, p. 16).

Incorporadas as vantagens da estratégia qualitativa às ciências da saúde, as abordagens de metodologia mista surgem como uma combinação pragmática entre pesquisa qualitativa e quantitativa, estabelecendo a relação micro e macro de um ponto essencial. A perspectiva dos pesquisadores orienta as abordagens quantitativas, enquanto a pesquisa qualitativa ressalta o ponto de vista dos sujeitos (FLICK, 2009).

4.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE PESQUISA

O referencial teórico que subsidiou o processo da pesquisa foi embasado nos estudos já realizados no campo da Bioética Clínica Amplificada, voltados à construção e validação do Inventário de Problemas éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS), utilizado neste estudo como Inventário padrão-ouro. O uso de um instrumento de referência ou padrão ouro como o IPE-APS, validado em diferentes regiões e realidades da APS, permitiu observar a influência de fatores culturais, locais, sociais

e de organização dos serviços da atenção primária sobre os problemas éticos vivenciados na saúde bucal, identificados pelos participantes deste estudo.

Para a construção do Inventário de Problemas Éticos na SB (IPE-APS-SB), desenhou-se a necessidade de um levantamento de problemas éticos junto a profissionais da SB como uma primeira etapa de desvelamento de problemas éticos específicos, compondo um processo comparativo. Um comitê de juízes composto pelas pesquisadoras neste processo de pesquisa e pela pesquisadora construtora do Inventário original, desenvolveu uma equivalência de face e de conteúdo entre os itens (problemas) resultantes deste levantamento na SB, com os itens do IPE-APS utilizado como referência neste estudo (considerado padrão ouro). Na sequência, visando ampliar a compreensibilidade do Instrumento proposto, uma segunda etapa abarcou uma validação de face e de conteúdo da proposta do novo Inventário construído para a SB. Em uma terceira etapa, posterior à proposta deste estudo, poderá ser executada uma validação de constructo ou psicométrica.

Buscou-se aprofundar o debate já sistematizado sobre a construção e validação de inventários deste tipo, para além da mera descrição dos problemas éticos desvelados, bem como os debates no campo da Bioética Social, em especial a Bioética Clínica Amplificada, voltados à deliberação coletiva e participação política, para potencializar ações de transformação das práticas da atenção à saúde, no sentido de torná-las mais éticas, humanizadas e cidadãs.

4.2.1 Levantamento dos problemas éticos na SB

Nesta fase da pesquisa há predominância de uma abordagem qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais da Saúde Bucal, para levantamento dos problemas éticos. São feitas perguntas controladas pela teoria e direcionadas para as hipóteses, para tornar mais explícito o conhecimento implícito do entrevistado, já que todos possuem uma reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo. A condução da entrevista caracteriza-se por uma aproximação aos tópicos e formulação intencional das questões a partir das teorias científicas relacionadas (FLICK, 2009). Como as entrevistas não são consideradas sob o ponto de vista de “dados neutros”, encontram-se localizadas numa arena de conflitos e

contradições: a fala individual reveladora de códigos e valores contraditórios e à luz de uma interação social entre pesquisador e pesquisado – com implicações sócio-políticas, culturais e ideológicas. Através da interação dada pela palavra, as pessoas poderão refletir e relatar conflitos e contradições em uma relação dialética de resistência e submissões indivíduo/coletivo/sistema. O significado da palavra ou da fala são reveladores das condições estruturais, valores e as representações de um grupo social pré-determinado, no caso os profissionais e os trabalhadores da saúde bucal. Em um contexto histórico específico, tem o poder de apontar a densidade e a particularidade do fato social de forma privilegiada. Assim, a entrevista como a fala gravada de sujeitos, não reflete apenas uma consideração individual em si mesma, mas uma amostra da relação inter-cruzada de uma consciência coletiva e individual (MINAYO, 1999, p. 113).

Posteriormente às entrevistas, os dados são analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin. Um processo que segue três fases: (a) a pré-análise; (b) a exploração do material; (c) o tratamento dos resultados e interpretação. A Análise de Conteúdo é considerada uma técnica de pesquisa caudatária das metodologias quantitativas por recorrer a uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das falas, com finalidade de interpretá-los. Traz a objetividade dos números aliada à subjetividade, procurando ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação, procurando atingir um nível mais aprofundado de conteúdo além dos significados manifestos (MYNAIO, 1999). Uma das características da análise de conteúdo é a utilização de categorias que são obtidas a partir de modelos teóricos e levadas para o modelo empírico, não desenvolvidas, necessariamente, a partir deles. Uma análise explicativa do conteúdo procura esclarecer trechos difusos, ambíguos ou contraditórios, por envolver o contexto na análise (FLICK, 2009).

- a) Pré análise: fase de organização para operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais conduzindo a um esquema, um plano de análise. Nesta etapa, busca-se escolher os documentos que serão submetidos à análise, formulação das hipóteses e objetivos, e elaboração de indicadores para fundamentação da interpretação final.

Constituição do *corpus*: para fazer falar o material, deve-se seguir a 1. Regra dos documentos: constituição de um corpus, ou seja, conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos à análise; 2. Regra da exaustividade: não se pode

deixar de fora qualquer um dos elementos por nenhuma razão; 3. Regra da representatividade: a amostra deve ser representativa do universo inicial e depois generalizados ao todo; 4. Regra da homogeneidade: os documentos devem ser homogêneos, obedecendo a critérios precisos de escolha, sem apresentar demasiada singularidade fora desses critérios; e a 5. Regra da pertinência: os documentos devem ser adequados enquanto fonte de informação para responderem ao objetivo da análise. Para esta exploração do material, podem ser usadas técnicas taxonômicas para classificação de elementos dos textos em função de critérios internos e externos; ou técnicas sistemáticas (nomeadamente automáticas), onde a partir do próprio texto se apreendem as ligações entre diferentes variáveis, facilitando a construção de novas hipóteses.

Neste trabalho de pesquisa, a pré análise significou: construção do documento a partir da transcrição das entrevistas, edição do texto ou recorte das falas (transformando-se em dados), com padronização ou agregação dos dados seguindo regras precisas (definição das regras de contagem); e posterior classificação por equivalência.

- b) Exploração do material: consistiu em operações de codificação, decomposição ou enumeração a partir de regras previamente formuladas, voltada a atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão. No caso, a unidade de significação.
- c) Tratamento dos resultados e interpretação: os dados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, fornecendo quadros, diagramas, figuras e modelos que colocam em relevo as informações conseguidas na análise. O confronto sistemático com o material e tipo de inferências alcançadas servem de base para outra análise, em torno de novas dimensões teóricas.

Codificação: transformação dos dados brutos do texto, segundo regras precisas, através de recorte, agregação e enumeração, voltado a atingir uma representação do conteúdo ou de sua expressão. As unidades de registro e de contexto pode ser a unidade de significação codificada correspondente ao segmento de conteúdo considerado unidade de base para categorizarão e contagem; a palavra, a precisão linguística pode ser suscitada se for pertinente; o tema, unidade de

significação que se liberta naturalmente de um texto sob a teoria que serve de guia à leitura.

4.2.2 Construção do Instrumento de Pesquisa

No projeto inicial deste trabalho de pesquisa, esta etapa do trabalho consistia em uma adaptação transcultural do IPE-APS para a realidade da SB. Entretanto, devido a problemas encontrados neste processo de adaptação, este método tornou-se incompatível com os objetivos do estudo. Percebeu-se, no caminhar do processo, que estava-se dando origem a um novo inventário de problemas éticos. Por isto, esta etapa antes considerada de “adaptação”, passa a ser assumida como uma etapa de construção da proposta do IPE-APS para a SB. Por este motivo, no primeiro artigo resultado deste trabalho, por já ter sido publicado à época da defesa desta tese, ainda consta esta etapa como “adaptação”, bem como nos questionários aplicados aos *experts* na segunda etapa, de aplicação da técnica de Delphi.

O levantamento de problemas éticos feito como etapa primeira deste processo metodológico, serviu à um processo de comparação de itens com o Inventário referência, devido às especificidades do trabalho na Saúde Bucal, buscando contemplar o contexto cultural, especificidades linguísticas, organização dos processos de trabalho e relações em equipe. Para tanto, primeiro se procurou investigar a existência efetiva de conceito diferentes ou de interpretações similares, para depois se estabelecer uma equivalência entre conceitos por meio de metodologia própria. A equivalência conceitual e de itens normalmente envolve uma discussão com um grupo de especialistas, para explorar se os diferentes domínios abarcados pelo instrumento original na definição dos conceitos de interesse seriam relevantes e pertinentes ao novo contexto. No processo, avalia-se a pertinência dos itens para a captação de cada um desses domínios através de estudos bibliográfico associado a um envolvimento com membros seletos e indivíduos representativos das população-alvo, por meio de entrevistas abertas individualizadas ou atividades coletivas como, por exemplo, grupos focais (REICHENHEIN; MORAES, 2007). Neste caso, este processo foi levado a cabo por um Comitê de juízes, composto pelas pesquisadoras

envolvidas diretamente neste trabalho de pesquisa e a responsável pela elaboração do IPE-APS original.

4.2.3 Validação de Face e de Conteúdo

A validação pode ser concebida como construção social do conhecimento por meio do qual avalia-se a fidedignidade das observações, interpretações e generalizações desenvolvidas ao longo da pesquisa. A validação tem a finalidade de envolver um pouco mais os atores (sujeitos e grupos) no processo de pesquisa. A avaliação da validade de uma escala ou instrumento para coleta de dados consiste em desenvolver uma nova escala, quando outras escalas já existem para medir o mesmo atributo ou atributos semelhantes. O processo de validação consiste em aplicar o instrumento sob análise a uma amostra de modo concomitante ao instrumento já existente e validado, considerado padrão ouro. Este processo de validação de um instrumento de pesquisa inclui as etapas de validação de face, validação de conteúdo e validação de constructo (GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006).

A validação de um instrumento é um processo para examinar a precisão de uma inferência a partir dos escores de um teste. Um processo de validação pressupõe continuidade, ou seja, deve ser repetido inúmeras vezes para um mesmo instrumento (RAYMUNDO, 2009).

A técnica de validação de Face pode ser empregada para a análise conceitual do objeto de estudo de um instrumento. Este processo de validação consiste em aplicar o instrumento sob análise a uma amostra, de modo concomitante ao instrumento já existente e validado, o qual será considerado padrão ouro. O padrão ouro estabelece a medida aceita como referência para que se tente estabelecer a correlação entre os instrumentos. Este processo de adaptação-validação precisa justificar-se na necessidade de uma nova escala, quando outras escalas já existem. Apresenta como dificuldade a identificação de falhas, no caso de a correlação entre escalas (ou instrumentos) diferentes não ser perfeita. A validação de face é realizada por um comitê que irá comparar a versão original com a versão intermediária ou adaptada do Instrumento (GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006).

A validação interna ou de conteúdo refere-se ao julgamento sobre o instrumento e não é determinada estatisticamente, ou seja, não é expressa por um coeficiente de correlação, mas resulta do julgamento de diferentes especialistas que analisam o conteúdo e a relevância dos objetivos a medir. Esta validação determina se o conteúdo de um instrumento de medida abrange, efetivamente, os diferentes quesitos para mensuração do fenômeno investigado. Ela envolve o exame crítico da estrutura do instrumento, uma revisão dos procedimentos utilizados para desenvolvê-lo e a sua aplicabilidade. Neste caso, a análise da equivalência cultural e conceitual, e a análise de conteúdo têm objetivo principal de ampliar a compreensibilidade sobre o inventário proposto. Para tanto, utilizou-se o método de Delphi modificado, com sentido de obter concordância e consenso para se chegar à versão final (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015).

O método de Delphi, proposto para a validação neste trabalho, é uma técnica onde se analisa e discute a avaliação de *experts* ou especialistas sobre um tópico específico. Este método foi criado, inicialmente, em Santa Mônica, Estados Unidos, e serviu para investigar o impacto da tecnologia na guerra. Delfos foi uma antiga cidade grega situada na base do Monte Parnasso, onde localizava-se o Templo de Apolo, lugar utilizado para consultar as pitonisas sobre o desenlace de questões. As sacerdotisas respondiam às perguntas entrando em um tranze e suas palavras pouco inteligíveis eram consideradas profecias. O não cumprimento dessas profecias era atribuído a um possível erro de interpretação. Entretanto, os lendários acertos do *Oráculo de Delfos* permitiram sua grande influência sobre a vida e a política grega durante séculos. Como método, é estruturado para coletar de forma sistemática juízos de *experts* sobre determinados problemas, processar as informações e construir, através de recursos estatísticos, um acordo geral no grupo. Assim, permite a transformação, na investigação, das apreciações individuais dos *experts* em um juízo coletivo superior (VALDÉZ; MARÍN, 2013).

Como o termo *expert* é ambíguo, pode ser definido como aquele cuja formação e experiência prévia podem permitir alcançar um domínio que exceda o nível médio de seus iguais, sobre um determinado assunto. São pessoas consideradas para emitir critérios certos por quem os solicita.

Os princípios básicos para realização de um estudo pela técnica de Delphi são:

1. um processo iterativo que consiste na realização de rodadas sucessivas de

consultas para que os participantes revisem suas opiniões; 2. requer retroalimentação: os *experts* recebem as valorações de todos os participantes antes das rodadas, para contrastar seus próprios critérios com os do resto do grupo e oferecer novamente seu juízo; 3. requer o anonimato para as respostas individuais; 4. tem como propósito a construção de um consenso: um acordo geral de grupo a partir do processamento estatístico das diferenças e coincidências entre as apreciações individuais e suas modificações através das rodadas (VALDÉZ; MARÍN, 2013).

Esta técnica estrutura-se a partir de uma série de questionários com intuito de coletar informações, configurando um processo contínuo, até atingir o consenso entre os participantes. As etapas da técnica Delphi consistem no envio do questionário acerca do tema proposto em estudo, direcionados individualmente aos *experts*, e da avaliação de suas respostas de modo cumulativo, com vistas ao máximo de consenso possível. Após o envio, as respostas são coletadas e analisadas pelo pesquisador, que compila uma lista com todas as respostas não consensuais e envia novamente para os membros do grupo. Nessa etapa, os especialistas são solicitados a reconsiderar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens, sendo as respostas coletadas uma vez mais e o processo repetido até o consenso ser alcançado (JUNGES *et al.*, 2014a).

Nesta etapa da pesquisa foi utilizado o recurso de uma abordagem mista ou metodologia quali-quantitativa, onde a concordância ou discordância com um enunciado foi medida quantitativamente e analisada dentro de uma abordagem qualitativa.

4.2.4 Validação de constructo

A validação de constructo do tipo convergente requer que a medida utilizada no estudo se correlacione positivamente a outras variáveis, demonstrando que o resultado da nova medida é consistente com outras já comprovadas. Será aplicada em uma amostra mais extensiva e utilizando-se escalas de medida, sendo as mais usuais para avaliar os coeficientes de Spearman, Pearson e Phi (GÓES, FERNANDES, LUCENA, 2006). Esta fase da pesquisa não está prevista no âmbito deste tese, mas deverá ser realizada por pesquisa que dê continuidade ao desenvolvimento metodológico do Inventário.

4.3 CAMINHO METODOLÓGICO

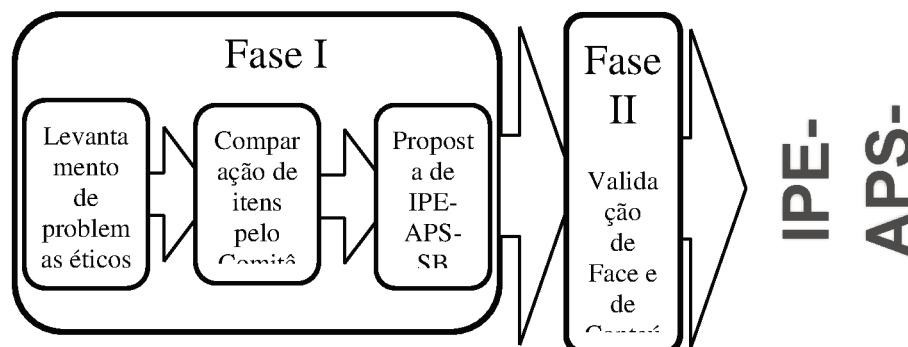
A pesquisa teve uma abordagem quanti-quantitativa, organizada em duas fases distintas, mas complementares:

Fase I - *Construção do IPE-APS-SB*: para conhecimento e análise dos problemas éticos específicos da saúde bucal foi desenvolvido um levantamento de problemas éticos junto a profissionais da saúde bucal (CD, ASB e TSB) dos municípios estudados, por meio de entrevistas semi-estruturadas. O resultado deste levantamento, analisado pelo método de análise de conteúdo de Bardin e associado a uma ampla revisão bibliográfica, foi posteriormente comparado com o IPE-APS referência, dando origem a uma proposta de inventário voltado à saúde bucal (IPE-APS-SB), elaborada pela equipe de pesquisadoras (comitê de juízes);

Fase II - *Validação de Face e Validação de Conteúdo do IPE-APS-SB*: esta validação foi realizada através do método de Delphi modificado, com profissionais considerados *experts* da saúde bucal na APS. Este segundo momento teve o intuito de adequar a compreensibilidade do novo instrumento.

Esta pesquisa teve como participantes não somente os cirurgiões-dentistas, mas também os demais trabalhadores da saúde bucal da APS, pertencentes ou não à ESF, visto que a realidade de implantação das Equipes de Saúde da Família se dá de forma distinta nos diferentes municípios a serem estudados: Florianópolis, Palhoça, São José e Biguaçu. A escolha destes municípios para efetivação do estudo se deu por serem os maiores municípios da região metropolitana de Florianópolis-SC; localizarem-se no entorno da capital; e apresentarem distintas realidade de trabalho aos profissionais da SB, dentro dos novos parâmetros da ESF e/ou como arranjos tradicionais da APS. As diferentes fases do projeto de pesquisa estão graficamente representadas na Figura 1.

Figura 1 – Representação gráfica das fases da pesquisa



Fonte: autora (2019).

A seguir apresenta-se um maior detalhamento das diferentes fases de trabalho da pesquisa qualitativa proposta, em termos de seleção de participantes, coleta, registro e análise de dados.

4.3.1 Levantamento de problemas éticos: seleção dos participantes nos municípios estudados

Como a primeira fase da pesquisa foi de entrevistas com profissionais da saúde bucal, buscou-se selecionar os participantes em municípios de uma região metropolitana que apresentassem diferentes arranjos de organização do trabalho na APS, chegando-se, então, aos quatro maiores municípios da grande Florianópolis: São José, Palhoça, Biguaçu e Florianópolis. A região metropolitana de Florianópolis, criada pela lei complementar estadual 162/1998, extinta pela lei 381/2007 e reinstituída pela lei 495/2010, abrange 22 municípios formando o maior aglomerado populacional do estado de Santa Catarina, com uma das melhores qualidades de vida do país. Nesta região fica evidenciado um claro zoneamento do espaço urbano segundo classes de renda: Florianópolis atrai populações de nível de renda mais elevado, seguida, respectivamente, pelos municípios contíguos de São José, Palhoça e Biguaçu. De acordo com o levantamento divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), levando em consideração dados de julho de 2014, a região metropolitana de Florianópolis conta com 1.111.702 moradores. A população de Florianópolis é de 461.524 pessoas e a cidade foi a oitava em crescimento comparada com o ano de 2013: 1,82% (IBGE, 2014).

A região da grande Florianópolis é um dos principais pólos da indústria tecnológica do Brasil, especialmente na capital, onde destacam-se também o turismo, a construção civil, o comércio e o setor de serviços. Nos municípios vizinhos, especialmente São José, Palhoça e Biguaçu, está instalado diversificado e crescente pólo industrial, além de importantes áreas de serviço, comerciais e agricultura. Santa Catarina adotou desde 2007 uma política de descentralização do Estado através de oito macro-regionais de saúde, consoante com a doutrina emanada do Pacto pela Saúde e a legislação do SUS, com objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a um conjunto de ações e serviços planejados e programados regionalmente pelos gestores municipais e estadual. A macro-região de Florianópolis possui forte intersecção do mix público-privado na saúde e é referência de alta e média complexidade, com oito municípios possuindo estruturas hospitalares, todas de gestão estadual (SANTA CATARINA, 2012).

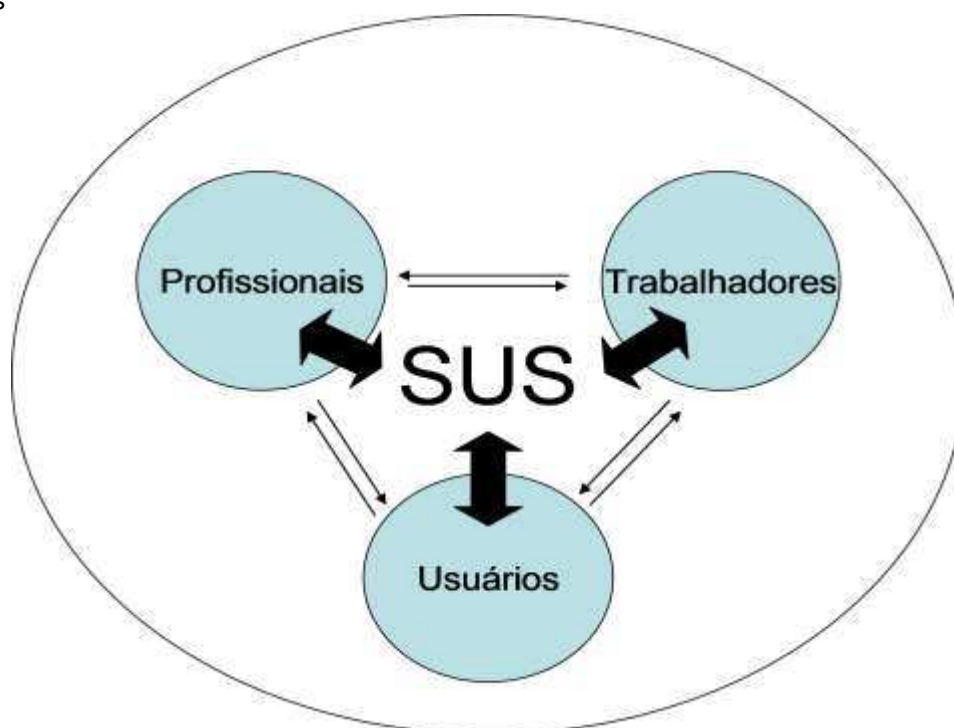
Neste levantamento, a coleta dos dados foi conduzida entre dezembro de 2016 e 2017 pela pesquisadora principal, profissional há 19 anos da APS em um dos municípios incluídos na pesquisa, com experiência em metodologias qualitativas de pesquisa. De um total de 15 entrevistas inicialmente previstas no projeto de pesquisa, foram feitas 14 entrevistas, distribuídas entre os quatro municípios. A amostra de participantes seguiu como critérios de inclusão: ser profissional da saúde bucal (CD, ASB e TSB) com experiência de trabalho na SB da APS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas direcionadas aos 14 trabalhadores da saúde bucal, atuantes na APS nos quatro municípios definidos para a pesquisa, selecionados por conveniência, sendo 7 cirurgiões-dentistas (CD), 5 auxiliares de saúde bucal (ASB) e 2 técnicos de saúde bucal (TSB). Para o contato direto com os profissionais, buscou-se horários compatíveis e lugares especificados por eles.

A seleção dos participantes elegeu os sujeitos sociais que detinham as características necessárias ao conhecimento buscado, ocorrendo de acordo com o método bola de neve “quando os participantes vão sendo definidos ao longo do estudo por indicação deles mesmos” (PRADO et al., 2008, p. 92). Um entrevistado inicial recomenda outro, repetindo-se o processo com os novos incluídos até atingir o critério de saturação de informações ou repetição dos dados: “o tamanho da amostra se

define durante o processo de coleta e análise dos dados, com base nos resultados obtidos pelo investigador, o que chamamos de saturação” (PRADO et al., 2008, p. 92). O primeiro contato com os participantes aconteceu por indicação da prefeitura ou por conveniência. Já os participantes subsequentes foram indicados pelo primeiro e assim sucessivamente até atingir-se aproximadamente 4 ou 5 participantes por município.

Tendo em vista que o IPE- APS foi construído a partir dos problemas éticos vivenciados por profissionais da APS, buscou-se construir um roteiro semi-estruturado de entrevistas em base ao IPE-APS referência. Seguindo a macro-divisão estabelecida pelo IPE-APS, a entrevista buscou levantar os problemas éticos vivenciados: 1. na relação intra-equipe; 2. entre profissionais ou trabalhadores e a organização/administração do sistema; e 3. entre profissionais ou trabalhadores e usuários (JUNGUES *et al.*, 2014b). Apesar disto, buscou-se ter em mente que a ocorrência de problemas éticos pode se dar em todo e qualquer âmbito das relações que se estabelecem na APS (Figura 2).

Figura 2 - Representação visual dos âmbitos das relações interpessoais onde ocorrem problemas éticos



Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Por problema ético compreende-se aqueles aspectos, questões ou implicações éticas que ocorrem comumente na prática da atenção à saúde da atenção primária, não configurando, necessariamente, um dilema ético (ZOBOLI; FORTES, 2004). Parte-se de um questionamento para além das aparências e que tem como objetivo principal resgatar de sua alienação, a subjetividade dos sujeitos. Sujeitos de investigação que em uma relação intersubjetiva de interação com o pesquisador, podem dar vida aos pressupostos teóricos e hipóteses levantadas, construindo o processo de conhecimento.

Para tanto, foi utilizado na entrevista individual um roteiro semi-estruturado, onde as perguntas foram estruturadas e abertas, dando a possibilidade do entrevistado discorrer livremente sobre o tema em pauta. As entrevistas foram gravadas com auxílio de gravador de voz e, posteriormente, transcritas. Os participantes desta etapa do estudo foram reconhecidos pela entrevistadora a partir da letra P (profissional), seguida de uma numeração crescente, garantindo o anonimato.

Quadro 2 - Construção do instrumento de pesquisa (roteiro para entrevista) a partir da divisão dos problemas éticos do IPE-APS.

Macro-divisão dos problemas éticos estabelecida pelo IPE-APS	Perguntas-Problemas éticos:
Pergunta-Problema disparador	1. Em relação ao trabalho aqui na Unidade de Saúde, o que você percebe como problema ético para o desenvolvimento do seu trabalho?
Relação intra e inter-equipe	1. Como se dá a relação com os outros trabalhadores-profissionais da ESB? 2. Quais os problemas relacionados à atuação técnica dos profissionais ou trabalhadores da saúde bucal? 3. Na relação com o trabalho do CEO, que problemas consegue identificar na relação entre CEO e APS? 4. Em relação à ESF, como tem sido a integração com a ESB?
Relação entre profissionais ou trabalhadores e a organização/administração do sistema.	1. E o atendimento de urgência? 2. Em que medida o atendimento odontológico tem dado conta da demanda? 3. Quais os problemas em relação à visita domiciliar? 4. E em relação promoção e prevenção na odontologia?
Relação entre profissionais/trabalhadores e usuários	1. Na relação com o usuário-comunidade, quais problemas poderias relatar? (prescrição; adesão ao tratamento; tratamento a portadores de doenças infecto-contagiosas). 2. Poderias relatar algum caso de problema ético no trabalho, como preconceito ou estigma a pacientes ou comunidades?

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

4.3.2 Construção de uma proposta de IPE-APS para a Saúde Bucal

A construção de uma proposta de IPE-APS para a saúde bucal foi realizada a partir do resultado do levantamento prévio de problemas éticos da SB, tendo este, servindo ao estudo das modificações propostas ao IPE-APS referência. Para obter-se a equivalência conceitual e de itens entre o IPE-APS referência e os problemas éticos levantados, desenvolveu-se um percurso metodológico em quatro etapas, a partir do trabalho de análise crítica de um Comitê de Juízes especialistas (REICHENHEM, MORAES, 2007). Neste estudo, este Comitê de juízes foi composto pelas duas pesquisadoras principais, que trabalharam presencialmente, e pela autora do IPE-APS original, que participou à distância, de forma virtual. Definiu-se como caminho metodológico: (1) uma aprofundada revisão da literatura científica voltada a experiências de adaptação e validação de constructos de pesquisa; (2) estudo dos referenciais da Bioética Clínico-amplificada e da Bioética Social; (3) experiências anteriores de pesquisa com este tipo de instrumento; (4) experiências próprias das juízas enquanto pesquisadoras e profissionais da APS. As seguintes etapas foram assim percorridas:

Etapa I Avaliação de equivalência dos problemas éticos: foi realizada uma equivalência direta entre as 40 questões do IPE-APS referência e os 32 problemas éticos levantados na saúde bucal, considerando-se a semelhança dos problemas éticos e experiências - situações já presentes no instrumento, mas que devem ser adequadas ao contexto cultural proposto (FREIRE; ARREGUY-SENA; MÜLLER, 2017).

Etapa II Avaliação da equivalência semântica: após consenso no Comitê, foram realizados ajustes na escrita dos itens equivalentes, pensando-se nas realidades da assistência e dos processos de trabalho em saúde bucal, bem como na facilidade de compreensão dos problemas. Nos itens que apresentaram a necessidade de uma equivalência de conteúdo, buscou-se explorar a definição dos conceitos de interesse, relevantes e pertinentes ao contexto da saúde bucal.

Etapa III Avaliação e definição dos itens do IPE-APS considerados não equivalentes aos problemas éticos em saúde bucal: a avaliação voltou-se para a definição entre a manutenção ou a retirada dos itens não equivalentes, considerados problemas éticos comuns aos dois campos (APS e saúde bucal na APS), ponderando-

se sobre sua pertinência e possibilidade ou não de agregação aos itens considerados equivalentes.

Etapa IV Avaliação e definição dos problemas éticos específicos da SB considerados não equivalentes aos itens do IPE-APS: analisou-se a necessidade de retirada de algum dos problemas éticos específicos que poderiam ficar dissonantes em uma avaliação conjunta dos itens.

A partir da proposta de IPE-APS para a SB (IPE-APS-SB), foi desenvolvida uma segunda etapa de validação de face e de conteúdo, feita por um comitê de especialistas (*experts*) que comparam e avaliam a versão de referência do instrumento com IPE-APS-SB, buscando-se concordância e consenso para elaboração da versão final (GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006).

4.3.3 Fase II: Validação de Face e Validação de Conteúdo do IPE-APS-SB proposto

4.3.3.1 Momento preparatório: Seleção dos experts

Nesta etapa, foram convidados a participar, além dos profissionais que já participaram da primeira etapa, profissionais indicados pelas prefeituras, bem como pelas próprias pesquisadoras. Buscou-se incluir nesta segunda etapa da pesquisa, CDs com algum tipo de pós-graduação na área de saúde coletiva, ética ou afins, seguindo os critérios de inclusão. Através de um contato direto (telefone ou pessoal) com os *experts*, obteve-se acesso aos seus e-mails para a aplicação dos questionários, segundo procedimentos previstos na técnica de Delphi.

A respeito de quantos devem ser os participantes nesta fase da pesquisa, não existe regras fixas, entretanto, estudos realizados pela *Rand Corporation* informam que devem constar de um mínimo de 7 participantes (VALDÉS; MARÍN, 2013). Outros trabalhos recomendam o número de especialistas entre 10 e 15, desaconselhando-se a utilização de um número maior, tendo em vista que os benefícios são muito pequenos em contraste com a maior complexidade da administração do grupo (CUTRIM; TRISTÃO; TRISTÃO, 2017). No caso deste trabalho, inicialmente optamos por seguir um estudo anterior de validação do IPE-APS conduzido por Jungues *et al.* (2014a), que estabeleceu um número de 10 experts. Para definir estes experts, avaliou-se: profissão, cargo, anos de experiência, categoria docente, grau científico,

pertencimento a determinado grupo ou centro, vínculo atual com a atividade, tipo de capacitação específica (investigações afins, publicações sobre o tema, etc). Em relação aos especialistas escolhidos para formar o painel, estes deveriam sentir-se pessoalmente envolvidos com problema em questão; possuir informações e experiências relevantes para o processo; estar motivados a participar e perceberem que os resultados podem fornecer informações por eles valorizadas. Além disto, deveriam ser selecionados de diferentes setores e entidades, como universidades e setores de trabalho (CUTRIM; TRISTÃO; TRISTÃO, 2017), no caso, clínico ou administrativo, de diferentes realidades municipais envolvidas no estudo.

Como um resultado de qualidade depende principalmente dos especialistas escolhidos, neste trabalho, a seleção dos *experts* teve como critérios de inclusão: ser profissional da saúde bucal, com curso superior de odontologia; possuir experiência no assunto estudado, com pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde da Família, ética, bioética ou equivalentes; e ter experiência de atuação na SB da APS. As principais características foram a experiência, o interesse e a representatividade. Neste sentido, foram convidados inicialmente 10 *experts* em uma amostra por conveniência, privilegiando os profissionais que se enquadravam nos critérios de inclusão participantes da primeira etapa da pesquisa. Como alguns destes convidados não mostraram interesse ou não conseguiram participar da pesquisa por motivos diversos, foram selecionados outros profissionais a posteriori, seguindo a indicação das secretarias de saúde dos municípios estudados, dos outros profissionais envolvidos e da equipe de pesquisadoras, chegando-se a um total de 23 participantes, subdivididos em dois grupos. Foram coletadas, também, informações relacionadas a local de trabalho, tempo e experiência de trabalho na APS, e curso de pós-graduação cursado.

4.3.3.2 Aplicação do Instrumento

Nesta etapa de aplicação da técnica de Delphi, a coleta de dados aconteceu entre julho de 2018 e abril de 2019. Depois de feito contato telefônico ou pessoal para participação na pesquisa, os *experts* selecionados foram distribuídos aleatoriamente nos dois grupos e receberam, de modo eletrônico e de forma individual, o questionário para ser preenchido. Assim, preservou-se a privacidade e o sigilo de suas identidades, podendo-se testar se o conteúdo e a redação da proposta no IPE-APS-SB estava de

acordo com os reais problemas éticos da saúde bucal. Os cursos de pós-graduação listados pelos participantes da pesquisa contemplaram as áreas de Especialização em: Saúde Coletiva, Saúde da Família, preceptoria no SUS, gestão da saúde pública, regulação no SUS, ativação de processos de mudança na formação de profissionais da saúde, metodologia do ensino superior, processos educacionais em saúde, gestão de políticas de saúde informadas por evidências; Residência multiprofissional em saúde da Família; Mestrado em: saúde pública, Odontologia em saúde coletiva; Especialização, mestrado e doutorado em odontopediatria; entre outras pós-graduações em áreas específicas. Nos resultados, os *experts* foram designados pela letra V seguida de um número, mantendo-se o anonimato.

Como a proposta de IPE-APS voltado à saúde bucal atingiu uma quantidade expressiva de itens, para o processo de validação houve necessidade de subdivisão dos itens em dois grupos, com seus respectivos questionários, não sobrecarregando, assim, o trabalho de julgamento de cada *expert*. Um grupo (n. 1) foi composto por 12 *experts* que ficaram responsáveis por comparar os itens do IPE-APS referência com os itens equivalentes do IPE-APS-SB, por este motivo, foi considerado um método de Delphi modificado (MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2015). Como a idéia defendida no projeto de pesquisa passava inicialmente por uma etapa de “adaptação” do Inventário referência à realidade da SB, toda a nomenclatura utilizada no questionário referiu-se à validação da adaptação, desta maneira, testou-se se “o item do Inventário Adaptado à saúde bucal está elaborado de acordo com o Instrumento original” e se “o item do Inventário Adaptado à saúde bucal está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta”. O outro grupo (n. 2) de 11 *experts*, referiu-se aos problemas éticos específicos da SB, sem equivalente com o IPE-APS referência, testando se “o item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta”. No caso de discordância da proposta de IPE-APS-SB, foi solicitado que o *expert* re-escrevesse uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão; que tecesse comentários e/ou explicitasse as suas razões de discordância.

4.3.3.3 Análise das respostas pelas etapas da técnica de Delphi

Neste ponto da pesquisa foi utilizado o recurso de uma abordagem mista ou metodologia quali-quanti lado a lado para análise das respostas, onde a concordância ou discordância com um enunciado foi medida quantitativamente e analisada dentro de uma abordagem qualitativa. *Construção do Consenso*: neste tipo de pesquisa, utiliza-se com frequência um nível considerado para o consenso de 75 % a 85 % entre todos os participantes (VALDÉS; MARÍN, 2013). Entretanto, neste estudo seguiu-se o consenso estabelecido no trabalho de Jungues et. al (2015), que foi de 51%. *Procedimento estatístico sucessivo*: para os itens não consensuais, ao final de cada rodada se processam reiteradamente as principais análises estatísticas, focada na média (VALDÉS; MARÍN, 2013). Neste trabalho, foram necessárias duas rodadas da técnica de Delphi para se chegar ao consenso mínimo estipulado entre todos os participantes, sobre todos os itens do inventário.

Primeira rodada: como foi o primeiro contato com os *experts*, o instrumento foi acompanhado de uma nota explicativa de apresentação que incluiu os objetivos da técnica de Delphi, as condições práticas para o desenvolvimento da entrevista e a solicitação da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico. Na sequência, os pesquisadores coletaram as respostas e analisaram-nas. Diante das modificações propostas, foi construída uma nova redação para os problemas éticos. Compôs-se uma lista com todas as respostas consensuadas e, outra, com as respostas que não atingiram consenso de 51% entre todos os participantes, através de análises estatísticas, especialmente focadas na média. Os problemas não consensuados foram posteriormente enviados aos participantes da pesquisa para uma segunda rodada.

Segunda rodada: juntamente com a análise das sugestões e comentários dos *experts* como resultante da primeira rodada, encaminhou-se os itens não consensuados para os respectivos grupos de *experts*, com os mesmos questionamentos, de forma individual e mantendo-se o anonimato.

Após esta etapa de validação de face e de conteúdo, o Instrumento deverá passar por uma avaliação externa ou por uma etapa de validação de constructo, demonstrando se o instrumento realmente mede aquilo a que se propõe medir (GÓES; FERNANDES; LUCENA, 2006).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), após contato com as Secretarias de Saúde dos municípios da região metropolitana de Florianópolis selecionados para o estudo e consentimento para execução do projeto de pesquisa. Somente após a autorização das Secretarias e o parecer com aprovação pelo CEPSH/UFSC foram iniciadas as atividades de campo.

Todos os profissionais e trabalhadores da saúde participantes da pesquisa foram convidados pessoalmente ou por telefone a participarem da pesquisa e orientados de forma clara e objetiva sobre seu propósito e objetivos, riscos e benefícios. Mediante todos os esclarecimentos necessários, foram sempre solicitados a assinar um TCLE, constando que “a participação ocorrerá de forma voluntária, sem remuneração, observando as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual”.

Os participantes da pesquisa foram reconhecidos por letras seguidas de números, garantindo sua privacidade, além do sigilo sobre suas identidades aos outros participantes da pesquisa e público em geral, em qualquer momento e em toda forma de apresentação dos dados. Na coleta dos dados, procurou-se estabelecer uma relação respeitosa de diálogo com os participantes, evitando qualquer tipo de constrangimento, invasão de privacidade, quebra do anonimato ou mobilização emocional de elementos traumáticos. Houve plena possibilidade de desistência da participação durante a pesquisa, bem como acesso a qualquer informação solicitada sobre o seu andamento. Os dados produzidos foram utilizados segundo preceitos éticos, apenas para os fins previstos neste projeto. Todo material coletado foi armazenado por responsabilidade da pesquisadora em uma pasta exclusiva, sendo mantido por cinco anos após o término da pesquisa a fim de comprovar os dados, caso em algum momento isto seja necessário.

Julgando ser este trabalho de pesquisa socialmente relevante e assegurando a inexistência de conflitos de interesse entre pesquisadores e participantes da pesquisa ou qualquer instância de gestão do SUS, afirmou-se o compromisso de divulgar e publicar todos os resultados encontrados neste estudo, de qualquer natureza, através da produção de artigos científicos e participação em Congressos da

área da saúde. Nas publicações resultantes deste projeto de pesquisa, está sendo garantido o sigilo quanto a identificação não só dos participantes, mas também das instituições envolvidas. Garantida está sendo, também, a devolução dos resultados a todos os participantes da pesquisa ou gestores do sistema, interessados em obtê-los.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

CONSTRUÇÃO DE UM INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA SAÚDE BUCAL

CONSTRUCTION OF AN INVENTORY OF ETHICAL PROBLEMS IN ORAL HEALTH

RESUMO

Frente à ausência de estudos voltados às questões éticas vivenciadas por profissionais de Saúde Bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e como primeira etapa de adaptação com validação do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS) para a saúde bucal, objetiva-se desvelar os problemas éticos que ocorrem nas relações de trabalho e na produção do cuidado em saúde bucal. Foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam no modelo da Estratégia Saúde da Família, no tradicional ou arranjos singulares da APS. Os dados coletados foram qualitativamente analisados à luz da Bioética Clínica Amplificada e de outros referenciais da Bioética Social brasileira. Os resultados evidenciaram 32 problemas ético-políticos em diferentes âmbitos: acesso e acolhimento, gestão, relações com usuários, intra e inter-equipes, entre os diferentes níveis da rede e relacionados a processos macro-estruturais, ficando pouco nítidos os limites de transformação de problemas cotidianos em problemas éticos. Tais problemas, majoritariamente de caráter técnico, administrativo ou estrutural, envolvendo questões materiais, financeiras e organizacionais, possuem uma dimensão ética e, também, política além da deontológica, pois influenciam os modos de viver, trabalhar e produzir cuidado.

Palavras chave: Odontologia. Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Bioética. Ética.

ABSTRACT

In view of the absence of studies focusing on ethical issues experienced by oral health professionals in the context of Primary Care, this research aimed to disclose ethical problems that occur in work relationships and oral care production. Interviews were conducted with professionals who work in the dentistry, both in the Family Health Strategy and in the traditional model. The collected data were analyzed qualitatively in light of an amplified clinical Bioethics and other theoretical frameworks of the Brazilian Social Bioethics. The results revealed 32 problems in different spheres: access, management, relationships with users, intra- and inter-teams relationships, and relations among different network levels. These problems, the majority of which are of a technical, administrative or structural nature, involving material, financial and organizational issues, have an ethical and a political dimension, as they influence the ways of living, working and producing care. They originate from the singular arrangements of Primary Care related to macro-structural processes that blur the limits of transformation of daily problems into ethical problems, thus contributing to their invisibility.

Key words: Dentistry. Oral health. Primary health care. Bioethics. Ethical problems.

INTRODUÇÃO

É na Atenção Primária à Saúde (APS) que acontece o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pelo encontro intersubjetivo entre profissional/equipe e usuário/comunidade (ZOBOLI, 2010). Sua expansão e qualificação está relacionada à reorientação do processo de trabalho, priorizando tecnologias não materiais, desde final dos anos 1990, com a instauração: do Programa de Saúde da Família, posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF); da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002; da Política Nacional de Humanização (2003); da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004 (BRASIL, 2018); e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006. Busca-se, assim, a consolidação de uma lógica assistencial para além da obrigação de resultados, em defesa dos direitos dos pacientes e da não discriminação (FORTES, 2011), solicitando novo posicionamento ético-político dos trabalhadores.

A inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF propõe uma articulação da saúde bucal (SB) com a rede de serviços, voltada à integralidade das ações (AUSTRAGÉSILO *et al.*, 2015), ampliação e qualificação da atenção especializada (implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e viabilização da fluoretação das águas de abastecimento público. Procura-se superar o histórico modelo da profissão odontológica calcado no imaginário liberal-privatista (FRAZÃO, NARVAI, 2014), construindo uma clínica ampliada, multiprofissional e interdisciplinar, centrada na dialogicidade-comunicação entre os sujeitos e nas necessidades epidemiológicas e sociais da população (CAMPOS, 2013).

Mantém-se, no entanto, variados e singulares arranjos de APS, resultado da convivência de diferentes modelos, estruturas, composição de equipes, operacionalização e oferta de serviços. Evidencia-se um quadro nacional disforme que favorece a tradicional descontinuidade na atenção, com hierarquização e fragmentação da rede em pontos isolados e incomunicados (FORTE; PIRES, 2017; COSTA *et al.*, 2014), e conflitos na interpretação do seu funcionamento (SCHERER; SCHERER, 2016; POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017). Como o trabalho em saúde foi historicamente reduzido à incorporação de tecnologia material e à hiper-especialização, associado aos processos de estratificação do acesso pelos interesses de mercado, aponta-se a necessidade de uma re-significação de conhecimentos, valores, responsabilidades e fazeres na APS (THUROW; CASTILHOS; COSTA, 2015; AUSTRAGÉSILO *et al.*, 2015; AMORIM; SOUZA, 2010).

Segundo Cangussu, Passos-Soares e Cabral (2016), apesar do expressivo crescimento na oferta de serviços, com quase o dobro de ESB entre 2004-2010 somado à implantação dos CEO, o impacto nos padrões de acesso e efetividade dos serviços ou seu resultado na SB da população brasileira ainda não se mostra significativo, nem diferencia-se substancialmente do tipo de cuidado ofertado pelo modelo tradicional, contribuindo pouco para a melhoria dos indicadores epidemiológicos e assistenciais. Um quadro que impõe uma reflexão sobre estratégias de ação voltadas a grupos vulnerados; realidades epidemiológicas com reorientação de futuras ações da PNSB (CANGUSSU; PASSOS-SOARES; CABRAL, 2016), e uma “des-re-construção” da clínica, desde o papel do Cirurgião-dentista (CD), Auxiliar de

Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) até um novo modo de saber-fazer socialmente comprometido e em equipe.

O Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), desde 2011 entende como atributos desta melhora: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, tornando o conceito de "qualidade" relativo e complexo, exigindo redefinições sucessivas e esforços múltiplos voltados ao seu entendimento, na concretude das ações em saúde (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017). No mesmo sentido, esforça-se por desvelar problemas éticos cotidianos, surgidos nos diferentes arranjos da atenção, e entendidos como aqueles aspectos, questões ou implicações das práticas em saúde que revelam conflitos morais, não necessariamente dilemas (ZOBOLI; FORTES, 2004). Nos últimos 15 anos, o seu reconhecimento e a produção de espaços de debate bioético têm sido possíveis pela construção de um Inventário de Problemas Éticos (IPE-APS) original e oriundo das realidades de trabalho no SUS, em formato de questionário fechado e estruturado, já validado quali e quantitativamente para diversificadas realidades (JUNGES *et al.*, 2014a; 2014b).

Este rol de pesquisas voltado aos problemas éticos na APS, desencadeado pela intersecção prática e epistemológica da Bioética com a Saúde Coletiva (JUNGES; ZOBOLI, 2012; PORTO; GARRAFA, 2011), deu origem ao IPE-APS e a um novo ramo da Bioética Social brasileira: a Bioética Clínica Amplificada. Um referencial teórico-prático fundamentado na Bioética Deliberativa de Diego Gracia e na Ética do Cuidado. Buscando desnaturalizar e dar visibilidade aos problemas éticos cotidianos da APS, diferencia-se da tradição principialista da bioética, predominantemente focada na assistência clínico-hospitalar e nos conflitos decorrentes do avanço da biotecnologia (ZOBOLI, 2010). Este estudo constitui-se, então, de uma primeira etapa da adaptação e validação do IPE-APS para a SB, levantando os problemas éticos vivenciados nas relações de trabalho e na produção do cuidado pela SB.

METODOLOGIA

Este levantamento de problemas éticos consistiu a primeira etapa de adaptação com validação do IPE-APS para a SB, servindo como base para o entendimento e descrição destes problemas e voltado à comparação e equivalência de itens, semântica e de conteúdo com o IPE-APS original. Posteriormente, o IPE-APS adaptado à SB será validado por meio da técnica de Delphi para melhora da compreensibilidade e, finalmente, será submetido a uma análise fatorial após aplicação do instrumento em uma amostra representativa de profissionais da SB.

Esta pesquisa descritiva foi de abordagem qualitativa, feita na região metropolitana de Florianópolis-SC, englobando os quatro maiores municípios: Florianópolis, Palhoça, Biguaçu e São José. Destes, Florianópolis é o único que incorpora o trabalho do TSB e tem todos os trabalhadores da SB inseridos na ESF - o município de São José não aderiu à Estratégia e os de Palhoça e Biguaçu aderiram parcialmente. Iniciou-se a partir da autorização da Secretaria Municipal de Saúde de todos os envolvidos e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 60739716.1.0000.0121) (Ver Apêndice A). A coleta dos dados foi conduzida entre dezembro de 2016 e 2017 pela pesquisadora principal que é cirurgiã-dentista, profissional há 19 anos da APS, em um município incluído, doutora em Filosofia da Enfermagem e doutoranda em Odontologia, com experiência em metodologias qualitativas de pesquisa. As entrevistas semiestruturadas foram guiadas por um roteiro previamente elaborado a partir dos problemas éticos do IPE-APS, e gravadas. A seleção dos participantes deu-se a partir da indicação das coordenações de SB dos municípios, seguindo o método bola de neve, no qual os participantes vão sendo definidos ao longo do estudo por indicação deles mesmos, até atingir o critério de saturação ou repetição dos dados.

Foram entrevistados 14 profissionais da APS (12 mulheres e 2 homens), dos quais 9 atuam no modelo ESF (4 CD, 2 TSB, 3 ASB), e 5 atuam no modelo tradicional (3 CD e 2 ASB). Os participantes foram convidados via contato telefônico ou pessoalmente, sem nenhuma recusa, manifestando consentimento livre e esclarecido após conversa acerca dos objetivos e procedimentos de pesquisa. Tinham idades variadas e atuavam a mais de um ano na função (apenas 1 ASB trabalhava a menos tempo). Cada profissional foi entrevistado uma única vez, em ambiente reservado, com duração média de 30 minutos. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e, posteriormente, submetidas à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016), em três

etapas: pré-análise, com leitura das transcrições, edição do texto e agrupamento do material coletado em 13 categorias iniciais; exploração dos dados para identificação das idéias centrais, com reagrupamento dos conteúdos configurando 56 problemas éticos iniciais; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, desvelando-se uma importante dimensão política nos problemas éticos levantados, reconfigurados em 32 problemas e 6 categorias.

RESULTADOS

Desvelou-se uma concepção hegemônica de ética restrita ao deontológico na identificação dos problemas éticos pelos profissionais da SB, como: quebra de sigilo, privacidade, precariedade nas condições materiais de trabalho, processos éticos e jurídicos que envolvem a responsabilidade civil. A partir dos deveres formalmente prescritos pelos códigos de ética profissionais, limita-se o debate da moralidade às relações contratuais profissional-paciente na esteira do modelo biomédico, onde a racionalidade instrumental é seu principal elemento. Para além desta concepção de moralidade, foram também considerados os problemas da APS de caráter técnico, administrativo ou estrutural, responsáveis por desencadear conflitos morais. Oriundos dos arranjos singulares do funcionamento da APS e associados a processos macro-estruturais transversais à assistência, questões materiais, financeiras, relacionais e organizacionais apresentaram uma dimensão ética e também política do trabalho em saúde, visto que influenciam modos de viver, trabalhar e produzir cuidados. Como são pouco nítidos os limites de transformação destes problemas cotidianos em problemas éticos, normalmente permanecem na invisibilidade. Seguindo esta compreensão, os problemas foram denominados ético-políticos e apresentados no quadro abaixo.

Quadro 1 – Problemas éticos vivenciados por profissionais da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde com exemplos de falas das entrevistas, agrupados por categorias.

ACESSO AO TRATAMENTO EM SAÚDE BUCAL: OFERTA, DEMANDA E ACOLHIMENTO

1. Dificuldades para finalização dos tratamentos em saúde bucal.
 “geralmente são os homens que trabalham, tu dás declaração de comparecimento, porque não vai dar atestado toda vida, mas chega uma hora que eles dizem, “não posso mais porque o meu chefe disse: o dentista ou o trabalho” CD4/ “tem vários problemas, da fila, tem que chegar as 4 horas da manhã” ASB4/ “eles vem resolver aquilo que está machucando, que incomoda e eles não vem mais, mais por medo, outros visam só o estético” TSB1.

2.	O acolhimento dos usuários que buscam atendimento odontológico não segue o preconizado pela ESF. “passa pelo balcão, elas é que fazem a triagem, mas elas não sabem fazer a triagem da odonto” CD4/ “é a porta de entrada de tudo, está no papel, mas a gente tem dois tipos de acolhimento: o médico e o odontológico” CD2/ “ela faz uma recepção não é acolhimento, não é tão bom como eu acho que deveria ser” CD5.
3.	Insuficiência de profissionais para cobertura das áreas. “não é suficiente, o ideal seria ter mais uma equipe para ter o atendimento redondinho” TSB2/ “se tivesse o número de profissionais proporcional à população que é atendida, teria mais resolutividade” CD1.
4.	Dificuldades no atendimento de urgência odontológica. “a conduta quanto às urgências, tem problema, tem profissional que parte só para a medicação, deixa um pouco a desejar” ASB2/ “nem todos os casos realmente são urgência, o critério do que é uma urgência ou não, muitas vezes o paciente quer ouvir do próprio profissional” CD1.
5.	Ausência/ insuficiência de TSB para potencializar as atividades individuais e coletivas de promoção à saúde bucal. “quando tinha uma atividade mais continuada, uma orientação de higiene bucal na cadeira, a gente conseguia fazer um tratamento completado com mais frequência. A dentista mesmo sozinha ela está fazendo a promoção nas creches (...), quando eu estava na área eram quase 500 crianças por semestre” TSB1.
6.	Ausência ou insuficiência de ASB para desenvolvimento de atividades preventivas e clínicas. “talvez a falta de profissionais auxiliares para potencializar mais essas ações (preventivas)” CD1/ “eu não tenho auxiliar, este é outro problema ético que eu não levantei, estou a 3 meses sem” CD2.
7.	Dificuldade na realização das ações preventivas devido a problemas nas relações inter-setoriais saúde-educação. “o PSE também é furado, tinha que ter o pessoal da saúde integrado com o pessoal da educação para realmente funcionar (...), o TSB colaborando na escovação supervisionada nas escolas e nas creches, não tem nenhum” CD2.
RECURSOS PARA VISITA DOMICILIAR	
8.	Dificuldades técnicas e estruturais para as ESB realizarem visitas domiciliares. “a limitação de procedimentos, já que não é possível fazer procedimento mais complexos no domicílio, por não ter todo o equipamento necessário, o trajeto para essas residências, muitas vezes através de ruas que não são asfaltadas” CD1.
9.	Potencial de ação conjunta ESB-EqSF diminuído. “é muito difícil o CD se deslocar do consultório, havendo demanda, havendo necessidade dos pacientes sobre a agenda dele... A médica localizou a necessidade, ela convida a gente e nós iremos, a gente ainda não é modalidade II, a gente não tem TSB” CD2.
RELAÇÕES COM OS USUÁRIOS: PRECONCEITOS E DISCRIMINAÇÃO	
10.	Violência vivenciada no trabalho. “infelizmente a violência bate na nossa porta vez ou outra (...) a gente teve um problema com um paciente usuário de droga, como ele não teve acolhimento ele não compreendeu e quando eu fui buscar o prontuário dele de papel, ele veio com bastante agressividade pra cima de mim, entrou na minha sala, pegou uma caneta bic que estava na minha mesa e falou, eu podia te matar com isso, e botou para perto do meu pescoço” CD2.
11.	Profissionais da ESB e/ou da UBS discriminam os usuários. “soro-positivo a gente atende, só que geralmente eu coloco no fim para depois a gente esterilizar tudo” CD4/ “o balcão é muito responsável por chegar e já dizer no médico, dentista ou enfermeira, fulando já está aí, fazendo bafão, bem atacado... daí a pessoa quando chama, faz com o pé atrás, eu já sou vacinada” CD4.

12.	Profissionais da ESB testemunham discriminação entre usuários. “a gente também atende a penitenciária agrícola, eles estão em final de pena, muitos deles fazem trabalho para a prefeitura, manutenção no nosso posto de saúde, na creche, mas na hora que eles vão ser atendidos por nós a comunidade solicita que eles sejam algemados” CD2.
13.	Profissionais da saúde bucal entendem que os usuários apresentam problemas cognitivos relacionados à vulneração social. “sabe quando você fala e a pessoa te olha, parece que você está falando inglês, aqui as pessoas conseguem entender” CD5/ “a comunidade é bem complicada, não sei se chega a ser um problema ético, mas é da comunidade, da compreensão sabe, as vezes a gente enfrenta problema no atendimento, o paciente não entender que não dá para extrair assim infeccionado, dos lugares que eu já trabalhei aqui eu acho que é mais complicado, no entendimento e na comunicação” CD6.
GESTÃO DA APS: QUESTÕES TÉCNICAS E ESTRUTURAIS NO ATENDIMENTO À SAÚDE BUCAL	
14.	Insuficiência de condições materiais para a integralidade do cuidado “problema no equipamento, falta de material...” ASB3/ “questões de limitação de procedimentos inerentes à atenção básica, por exemplo, uma restauração que a indicação correta seria uma restauração em bloco, tem essa limitação” CD1.
15.	A estrutura física dos consultórios odontológicos dificulta o trabalho em equipe e facilita doenças do trabalho à equipe auxiliar. “falta de ergonomia no consultório, a gente não tem espaço para auxiliar...podendo causar dor ou doença por repetição ou por posição errada ao longo do tempo, isto é uma coisa que falta muito na prefeitura e nenhum consultório segue este padrão” TSB1.
16.	Profissionais apontam problemas na conduta clínica (técnica), no compromisso e envolvimento do CD. “já trabalhei em lugares com bastante dentistas, tem bastante divergência em conduta(...) eles realmente não são resolutivos, eles dão umas enroladas” CD2/ “o trabalho público hoje em dia se faz muito curativo e esta forma de trabalhar eu sou contra” CD7.
17.	Desvalorização do serviço público e falta de corresponsabilização do usuário. “a nossa auxiliar vem de um trabalho anteriormente no sistema privado, então ela não tem qualquer tipo de preguiça de fazer as coisas” CD1/ “o SUS ele é feito para ser exemplo, o SUS não deveria ser um sistemazinho, o postinho” CD2/ “já trabalhei com profissional que colocou prótese removível e cobrou em consultório do SUS” TSB1/ “a falta aqui na UBS, talvez porque não seja tão difícil conseguir uma ficha, as pessoas não valorizam” TSB2.
18.	Diminuição ou ausência de atendimento odontológico de urgência nas UPA. “até início do mês a gente tinha acesso à UPA, agora eles vão tirar os dentistas do dia, vão ficar só os dentistas da noite e do final de semana, e os postos de saúde na situação em que se encontram não tem condições de atender esta demanda que iria para as UPAS” TSB1/ “a gestão não consegue compreender a necessidade da urgência odontológica mesmo nas UPAs... é subestimada e é desumano” CD2.
19.	Dificuldades no sistema de exames radiográficos. “é um grande fracasso, hoje a prefeitura oferece para o paciente exames periapicais, com um tempo quantitativo pequeno, de uma forma onde eles conseguem economizar com a gente, eu já tive duas visões: uma de não ter o Rx no consultório, onde tivesse uma central radiológica que não expusesse a gente a alguns agentes. Hoje, mesmo sabendo que é uma tecnologia cara, seria essencial que isso fosse oferecido na APS, tem que oferecer qualidade, qualquer consultório de esquina tem pelo menos uma radiografia periapical para oferecer” CD2.
20.	Condições de trabalho precarizadas. “eu tive problema com o RX, as paredes não são baritadas, a porta não é chumbada, eu questionei isso e o coordenador veio me dizer que eu era uma simples auxiliar que eu não tinha capacidade para discutir isso com ele” ASB2.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: RELAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	
21.	Demora para se conseguir o tratamento especializado em saúde bucal. “consulta especializada... quando chega a sair, talvez não tenha mais interesse, resolveu por fora” TSB2.
22.	Problemas estruturais para alocar adequadamente os profissionais no CEO “o CEO não tem uma estrutura que caiba todos os profissionais que são especialistas, então, a sensação que passa é que é uma enrolação” CD5/“o problema é que aqui no CEO a periodontista não é periodontista” CD7.
23.	Dificuldades na referência devido ao excesso de exigências administrativo-burocráticas ao acesso aos serviços de média complexidade em saúde bucal. “às vezes faltou um detalhe, questões que a própria regulação poderia presumir e esses exames são devolvidos por esses detalhes, talvez a minha queixa em relação ao CEO seja burocrática” CD1.
24.	Falta de transparência na fila de espera pelos serviços de média complexidade em saúde bucal. “como o CEO não tem regulação via SISREG, não tem transparência na fila do atendimento” CD2.
RELAÇÕES INTERPESSOAIS INTRA E INTER-EQUIPES	
25.	Dificuldades dos profissionais de saúde bucal para realizar trabalho em equipe. “nós não temos muito entrosamento, falta um pouco mais de trabalho em equipe tem pessoas que tem dificuldade na mudança” ASB2.
26.	Subestimação e desvio de função de TSB para ASB. “hoje eu posso dizer que TSB na prefeitura já tem o seu espaço, porque quando eu entrei era uma profissão nova e a gente não tinha especificações de serviço, e a gente foi rebaixado para auxiliar, mas com o passar dos anos isto foi mudando com a mentalidade dos próprios dentistas, não a rede em si que visa o técnico como uma pessoa de artifício, um curinga, para ajudar no auxílio das atividades” TSB 1.
27.	Engajamento dos profissionais à ESF está relacionado à formação específica para a área. “existe muita diferença quando há especialista em saúde da família, porque eles interagem, há muito mais interconsulta, agora quando o médico não tem esta especialidade, ele não vê a odontologia como complemento de tratamento, ele nem lembra” TSB 1.
28.	Subestimação do ASB. Engajamento dos profissionais à ESF está relacionado à formação específica para a área. “uma vez que eu questionei o graal cirúrgico e questionei a seladora, de chegar a fazer piada, como se no serviço público não fosse necessário, só no consultório particular” ASB2.
29.	Falta de união dos trabalhadores para maior valorização no trabalho na APS e em saúde bucal. “a gente não se une como categoria, os médicos também não, a gente acredita que isso não existe” CD2.
30.	Incompreensão da atuação do CD para além da ação curativa e como parte da ESF. “outros colegas da equipe não entendem o trabalho da odonto, dentista só é bom se estiver sentado na cadeira, com a broca” CD6.
31.	Profissionais criticam os (as) colegas CD. “percebi situações em relação a outros colegas da equipe, assim, de falar, fica falando por trás” CD6.
32.	Falta de apoio da gestão para resolução de problemas éticos vivenciados. “Já teve caso de paciente processar médico da minha equipe, Na discussão de equipe a gente escutou, parece que ele fez tudo que era possível, mas que as pessoas queriam achar algum culpado e acabou que envolvendo ele, mas ele ficou muito abalado, a equipe toda ficou muito abalada, uma

coisa bem complicada, porque a gente não sente muito suporte da prefeitura nesses casos, meio que realmente fica por conta da pessoa” CD5.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

* Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família; UBS - Unidade Básica de Saúde; ESB - Equipe de Saúde Bucal; EqSF - Equipe de Saúde da Família; ASB - Auxiliar de Saúde Bucal; TSB - Técnico de Saúde Bucal; CD - Cirurgião-dentista; CEO = Centro de Especialidades Odontológicas; UPA- Unidade de Pronto Atendimento.

DISCUSSÃO

O contrato do tipo liberal pautado no utilitarismo hedonista e no ideário biopolítico do indivíduo-empresa, hegemoniza a intermediação das relações humanas nas sociedades capitalistas modernas, dificultando a reflexividade sobre a ação cooperativa e comunicativa em saúde, especialmente necessária no setor público por seu compromisso social. Contrapondo-se a este contratualismo, o modelo do cuidado humanizado da Saúde da Família propõe transformar a qualidade das relações inter-profissionais-gestão e entre profissionais-usuários, aumentando o grau de co-responsabilidade e os vínculos de solidariedade destes diferentes atores. Um novo *modus operandi* pautado no valor intrínseco da saúde e no valor de uso do trabalho que solicita novos posicionamentos ético-políticos na tomada de decisão e implementação de ações, com base na troca dialógica de saberes e cogestão, especialmente em contextos de vulneração socioeconômica (GOMES; RAMOS, 2015). A moralidade deontológica, nestes casos, precisa ser superada, conduzindo a uma abordagem qualificada dos problemas éticos.

A Bioética Clínica Amplificada, por se referir a práticas concretas envolvidas em conflitos morais entre profissional-equipes-usuário-comunidade-sociedade, constitui um novo pragmatismo que unifica teoria e prática, experiência e reflexão. Na vivência de casos concretos como práticas assistenciais e em cenários institucionais, o conhecimento dos fatos sempre pressupõe uma estimativa dos valores envolvidos, tornando-os inseparáveis. Assim, os valores são percebidos como reais e necessários ao estabelecimento do vínculo entre o conhecer e o agir, conectando-se idéias-fatos-valores-praxis. Buscando-se uma análise dialética do problema por meio de um enfoque interdisciplinar e uma argumentação deliberativa, destacam-se três aspectos:

um fato real constituído de conflitos morais na inter-relação profissional-usuário; uma competência ética específica por parte do agente moral; e um contexto sociológico e antropológico de pluralismo moral (sociedades democráticas). Mesmo vivenciando modernamente o “colapso do consenso”, busca-se algum tipo de relação pautada na comunicação e na análise crítica dos fenômenos morais através da problematização, para se chegar a acordos práticos. Para tanto, torna-se central desvelar o lugar da conflituosidade nas práticas em saúde, intrínseca às relações humanas e manifestada como relações políticas (SCHRAMM, 2015).

Na APS, percebe-se a porta de entrada exclusiva da SB como um problema ético-político do acolhimento, pois arrisca a perda da integralidade do cuidado, do trabalho ampliado inter-equipes e de um fluxograma que atenda as reais demandas do usuário. A unificação no acolhimento acontece mais frequentemente nos serviços voltados a grupos, entretanto, geralmente como encaminhamento automático, sem planejamento e ação conjunta das ESB-Equipe de Saúde da Família (EqSF). Além disto, este acolhimento perde-se muito como trabalho de recepção ou triagem administrativa, na disposição de vagas de demanda ou urgência e acesso ao profissional, deixando de significar uma qualificação do acesso (CARNUT *et al.*, 2017), com reorganização do processo de trabalho para um cuidado ampliado, com escuta e diálogo qualificado e resolutivo - fora do ambiente operatório (GRAFF; TOASSI, 2018).

A gestão dos problemas relacionados à alta demanda e acesso precário, que significam filas de espera e horários dificultadores ao agendamento - na APS e, também, na atenção secundária -, devem passar por uma política de melhora constante do acolhimento e da rede de urgências (MARTINS *et al.*, 2016; GOMIDE *et al.*, 2017). Apesar da cobertura do acolhimento nos modelos que seguem majoritariamente ou exclusivamente a Estratégia encontrar-se acima de 50% na média da realidade brasileira e o PMAQ atestar altas coberturas no atendimento por cinco ou mais dias na semana, em dois ou mais turnos, outros indicadores atestam baixas coberturas potenciais, a exemplo de atendimento nos finais de semana, horários noturnos e de almoço, falta de profissionais e o excesso de usuários por área adstrita (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017; THUROW; CASTILHOS; COSTA, 2015).

Problemas complexos de operacionalização da interface AP-urgências odontológicas são acentuados pela ausência deste serviço nas Unidades de Pronto

Atendimento (UPA) ou pelo baixo aprimoramento, expansão e adequação onde existem, como sugerem as diretrizes da PNAB (POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017). Especialmente desde 2016, verifica-se uma diminuição dessa cobertura nas UPA, seguindo um processo de alinhamento das administrações municipais às políticas federais neoliberais de austeridade do Estado (BRAZIL, 2019). À escusa de financiamento insuficiente, força-se a diminuição dos horários e impossibilita-se a utopia desta cobertura onde não existe, desconsiderando-se que a população socioeconomicamente vulnerada é a mais acometida pela dor de dente. Percebida como uma das piores sensações e fonte de grande sofrimento, a odontalgia tem impacto negativo na produção e na qualidade de vida da população (LUCAS *et al.*, 2014). Comunica-se com o absenteísmo no trabalho em via de mão dupla: quando este acontece pelo sofrimento da dor e quando inviabiliza a continuidade ao tratamento como determinante macro-estrutural, na prioridade da manutenção do emprego.

A carência do trabalho técnico, que equivale à razão de 7 TSB para cada 100 dentistas (AGUIAR; FRAZÃO, 2016), ocasiona problemas éticos em variadas esferas da produção, com diminuição do impacto na melhoria dos indicadores em SB na população. A sua inclusão ao serviço emperra na formação clínica não inclusiva do trabalho em equipe a quatro ou seis mãos; na ausência de calibração para procedimentos de acolhimento e urgência; na baixa construção de vínculos solidários e aperfeiçoamento das redes de atenção; e no desvio de suas funções pelas gerências, transformando-os em “curingas” no processo produtivo, não diferenciando suas funções das competências do auxiliar (WARMILING *et al.*, 2016) e diminuindo substancialmente uma potencial comunicabilidade ativa e construção de projetos comuns. O seu trabalho de promoção à saúde na clínica potencializa a conclusão do tratamento (THUROW; CASTILHOS; COSTA, 2015), desconstruindo a busca pontual por soluções a problemas estéticos ou dolorosos. A sua capacidade de implicação através da sensibilização e diálogo, além de melhorar o acesso, atua na diminuição do medo e das incertezas que, frequentemente, envolvem a assistência odontológica.

Apesar de avanços na relação intersubjetiva entre os diferentes profissionais da ESB, permanecem conflitos importantes, especialmente na relação do CD com o corpo auxiliar, como: ausência de entrosamento e afetividade; excesso de individualismo; preconceito, inferiorização e ridicularização do auxiliar; problemas na

comunicação inter-CD e entre profissionais e coordenação. A escassa comunicação e padronização de procedimentos entre os CD, com acentuada divergência de condutas, incluindo os procedimentos de urgência, diminuem a resolutividade. Especialmente quando amplificados pela ausência ou subestimação do trabalho em equipe, falta de vontade e insuficiente comprometimento profissional e gerencial com o usuário e o sistema de saúde. Pressupõe-se uma tendência à persistência de relações hierarquizadas e corporativas pautada na “autoridade” clínico-operatória do CD (ZOBOLI; FORTES, 2004), refletida na baixa descentralização do trabalho clínico, geradora de insatisfação, limitadora de potencialidades e do protagonismo técnico.

O ideal profissional de atuação exclusiva do CD na cadeira, voltada à cura no ambiente individualizado e hermético do consultório e a partir da ideiação do “cirurgião dentário”, é reforçado também por gestores e profissionais de outras áreas da saúde, que se contrapõem, na prática, a um trabalho cooperativo interpessoal e intersubjetivo - com produção do comum (FONSECA *et al.*, 2016; FARIAS *et. al*, 2018; LIMA *et al.*, 2017). Diferentemente de outras pesquisas, as condições de trabalho no SUS (salários e estabilidade) não ficam evidenciadas como fonte maior de valorização e comprometimento ético-político do profissional (CARNUT *et al.*, 2017). Adquire maior importância a construção de nova subjetividade de engajamento-disposição dos profissionais e gerências dentro de novos paradigmas de ação, especialmente através do investimento na pós-graduação em Saúde da Família - residências ou especializações.

Esta formação dirigida à saúde da família estaria voltada a superar problemas ainda presentes na formação, como o insuficiente treinamento no enfoque da Saúde Bucal Coletiva, sobre o papel da APS e do contexto social, também suplantando o aprendizado prático que acaba acontecendo no serviço, na experiência individual-coletiva (SCHERER; SCHERER, 2016). Como essa pós-graduação problematiza os problemas cotidianos a partir do próprio processo de trabalho, amplia-se a disposição do profissional à transformação de práticas e relações. Prioriza-se valores coletivos, relações solidárias e democrático-cooperativas, onde o usuário aparece como fim, primeiro e último do trabalho em saúde, buscando-se superar incompreensões na reorganização do processo de trabalho; hierarquizações de poder e competitividade associados aos processos de mercantilização da saúde; além da desconexão existente com o trabalho voltado ao conjunto da sociedade (FONSECA *et al.*, 2016).

O funcionamento dos procedimentos radiológicos de forma centralizada é reconhecido como obsoleto e insuficiente, significando tempo de espera relativamente grande do usuário por um serviço limitado, normalmente, à radiografias periapicais e, em alguns casos, com precarização das condições de trabalho. Mesmo considerado um modelo ultrapassado pela odontologia de mercado, este padrão de produção acaba naturalizado para o serviço público, subsumido a problemas estruturais como insuficiente financiamento e refletindo falta de debate coletivo sobre a real viabilidade do modelo de mercado como referencial de boas práticas, também para o serviço público-estatal. Uma pauta invisibilizada por falhas no modelo formador e nas pesquisas científicas voltadas à qualificação do serviço radiológico no SUS; ausência de mobilização da população na abertura de processos de responsabilização civil aos profissionais do SUS; participação em fóruns democráticos de controle social; e des-responsabilização do próprio profissional para com a melhoria desse serviço.

Apesar dos avanços na oferta de atenção especializada em SB, chegando-se a conclusão do tratamento para a maioria da demanda no tratamento especializado (aos que deram entrada), com finalização dos procedimentos restauradores pela clínica da AP na mesma proporção (SALIBA *et al.*, 2013), alguns problemas funcionam como obstáculos ao avanço da qualidade na relação APS-CEO: demora e falta de transparência na fila de espera; estruturas aquém das necessidades que não comportam todos os profissionais especialistas contratados; e problemas burocráticos de protocolos de encaminhamento e adesão a estes protocolos. Aponta-se a necessidade de revisão dos critérios de implantação dos CEO (SILVA; GOTTEMS, 2017), com avaliação continuada da relação APS-CEO.

As limitações no atendimento odontológico domiciliar, face às dificuldades de ação clínico-cirúrgica e no acesso do odontomóvel, associadas à ausência do TSB para o trabalho de promoção à saúde, transforma-a em ação secundária, como apoio, em cooperação ou indicação da EqSF (NORO; TORQUATO, 2015). Apesar de uma relação de respeito entre as ESB e EqSF, poucas ações de planejamento e execução são desenvolvidas conjuntamente, ainda não existindo adequada articulação intersubjetiva e interprofissional inter-equipes (BARROS *et al.*, 2016).

No desenvolvimento de ações coletivas de prevenção e promoção nas escolas, além da ausência de trabalho técnico-auxiliar, configura-se fonte de problemas ético-políticos a falta de comunicação e cooperação do setor educação com saúde, em

especial, no desenvolvimento do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) Saúde da Família. Esta ação intersetorial torna-se meramente burocrática quando não há esforços para construção de uma gestão colegiada (NORO; TORQUATO, 2015; MADRUGA *et al.*, 2015). Além disto, torna-se insatisfatória pela pouca inclusão de grupos populacionais vulnerados, ainda pouco observando: determinantes socioeconômicos e dados epidemiológicos; referenciais pedagógicos problematizadores e dialógico-comunicativos; e práticas de empoderamento e autonomia (MATOS; CRISTINO; ALMEIDA, 2016).

Preconceitos e estigmas em relação aos usuários acontecem veladamente a pacientes com doenças transmissíveis como o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), onde “o paciente é deixado por último em função da esterilização dos instrumentais” (CD4). Quando ocorrem na recepção da UBS, afetam os processos de acolhimento e humanização. Atitudes preconceituosas também por parte dos usuários para com outros usuários (como os oriundos do sistema presidiário) atestam estigma social pré-concebido sob uma biopolítica do medo e “segurança”, segregadora e discriminatória. No mesmo sentido, a violência interpessoal que atropela profissionais na clínica é relacionada a problemas no acesso e acolhimento, tanto quanto a problemas molares transversais como pobreza e uso de drogas. Trata-se de uma demanda ainda pouco debatida pela responsabilidade difusa associada, sendo esta relegada a entes morais e lugares não nominados do sistema; à concepções de relação contratual profissional-paciente alicerçadas na odontologia de mercado; e em uma sub-cidadania socialmente introjectada ao usuário do SUS - que nega direitos e qualidade de atenção por seu (não) poder de compra. Assim, culpabiliza-se o paciente pela violência, anulando conflitos morais e, por conseguinte, a reflexividade sobre os processos de trabalho que engloba os determinantes socioeconômicos e culturais.

Problemas ergonômicos no trabalho auxiliar e falta de material-instrumental aparecem como contextos adversos, buscando-se alternativas para manutenção da eficiência clínica (SCHERER; SCHERER, 2016). Desvelam-se como fonte de sofrimento moral, a limitação de procedimentos ou serviços não oferecidos no SUS e a não conclusão de tratamento associada a fatores socioeconômicos, vulneração social e cultural do usuário, incluindo dificuldades cognitivas. A impotência na solução de casos e a falta de protagonismo no atendimento, explicativa da ocorrência de parte dos problemas éticos na APS, é detectada como vulneração programática dos

profissionais (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2018). Assim, apontam-se vertentes interconectadas de responsabilização e problematização ético-política, associadas à transversalidade na clínica da (des) informação midiática; (des) estímulo à participação democrática (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015); ideologias e biopolíticas dominantes, para além dos problemas vinculados diretamente ao sistema de saúde (VIDAL *et al.*, 2014).

A quase absolutização do pragmatismo e de valores instrumentais (individuais e paternalistas) na relação profissional-paciente e serviços de saúde-usuários, coloca em questão a ética no setor público, desvelando o comportamento e a responsabilidade social do Estado, usuários e profissionais, para além da velha dicotomia do bem/mal, certo/errado. A ética adquire identidade pública, não sendo considerada apenas “uma questão de consciência a ser resolvida na esfera privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo”. Na contemporaneidade, a hegemonia global do setor financeiro sustentada em regras democráticas fracas e no individualismo hedonista fragmentador, acentua um relativismo moral que sacrifica os direitos sociais como a saúde. No atual contexto brasileiro, acentua-se a face neoliberal do capitalismo que desnuda os interesses fraticidas do capital sobre o trabalho e sobre a solidariedade como valor necessário à cooperação, comprometimento e participação. A profunda desigualdade socioeconômica e cultural confere-se como fator patógeno das doenças “modernas”. Contrasta-se uma medicina tecnicamente avançada e cara com a realidade de milhões de vulnerados sem acesso, transformando a (bio) ética em instrumento de libertação e intervenção cidadã, com centralidade para a organização e participação democrática em deliberação ético-política (GARRAFA, 2004).

Na superação do desequilíbrio entre ser humano e natureza, e entre os próprios seres humanos, faz-se necessária uma democracia ampliada, participação direta e discriminação positiva, contrária à loteria determinada pela posição de classe e estamento social, com investimento deliberado para mudanças na organização social e no nível da solidariedade compactuada. Seguindo o princípio de justiça dos sistemas de saúde solidaristas, as liberdades e decisões individuais podem ser restringidas na priorização de investimentos para o bem comum e para o aumento da qualidade de vida geral da população, não tanto como uma oposição entre interesses, mas como complementaridade. A ética das escolhas públicas questiona em que medida o Estado

pode e como deve intervir para construir uma relação de qualidade na atenção em saúde, o que significa não somente a melhora dos serviços e processos de trabalho, mas a compreensão do papel dos determinantes sociais que influenciam as políticas públicas e as escolhas dos indivíduos co-partícipes enquanto sujeitos sociais. O foco da (bio) ética é amplificado na dimensão coletiva e cooperativa nas relações sociais e de poder, e no controle coletivo da economia e dos processo de trabalho pelos próprios trabalhadores (BERLINGUER, 2015; GARRAFA, 2004).

Em se tratando de planejamento, implementação e avaliação moral de programas e políticas sanitárias de governo e de Estado, não há obrigação de resposta concreta a alguém ou de alguém individualizado e identificável. Trata-se de um outro “indeterminado”, de escolhas de agentes morais que atuam em nome do bem público (suas deliberações individuais ou coletivas e suas consequências), um sujeito impessoal (Estado, deliberação coletiva, equipe e rede de saúde) e sem destinatário identificável - população, objeto principal de atuação da saúde coletiva. É considerada relativa a autonomia do indivíduo “paciente” desta ação, visto que está vinculada à competência de discernimento do sujeito, conhecimento de direitos, nível de participação coletiva e realidade democrática que a permeia (incluindo ação de meios de comunicação, informação e fundamentação religiosa). A ética da responsabilidade individual, assim, torna-se limitada e insuficiente, pois a responsabilização vai depender de condições como: o grau de liberdade de cada pessoa envolvida, seu estágio de desenvolvimento moral e maturidade psicológica, seu poder efetivo, seu nível de engajamento e participação ético-política, conhecimentos epidemiológicos, socioeconômicos, do contexto e das situações concretas de ação no território. O princípio da proteção, alicerçado no consequencialismo/utilitarismo e direitos humanos, valorada a saúde como bem intrínseco e direito individual e social, supre a lacuna da responsabilização individual dos agentes morais difusos, como integração entre responsabilidade moral e eficácia pragmática, acrescentando a Bioética clínica amplificada (SCHRAMM, 2004).

CONCLUSÃO

Este levantamento de problemas éticos vividos no âmbito da SB da APS corrobora a assertiva de que tais problemas estão naturalizados nas relações e circunstâncias comuns e cotidianas da atenção à saúde, não pautados

necessariamente em situações limite ou dilemáticas como em outros níveis da rede de atenção à saúde. A construção da clínica ampliada e não hierarquizada, que quebra o tradicional modelo do profissionalismo, não toma como centralidade as especificidades profissionais, mas as necessidades de saúde dos usuários e território, requerendo a participação comprometida e engajada de todos os componentes da SB.

Aponta-se a existência de uma prática em SB mais próxima de ações que compatibilizam a atuação técnica com a luta pela melhoria da vida social, potencializando, concomitantemente, uma melhora dos processos de trabalho na clínica a partir de um profissional reflexivo e politicamente mais comprometido. Com isto, destaca-se a necessidade da formação voltar-se ao trabalho clínico em equipe, vinculado aos preceitos humanizadores e cidadãos da ESF, somados a um empreendedorismo solidário e a uma dialogicidade-comunicação para a cogestão.

Os resultados desta pesquisa podem ajudar a fomentar o debate coletivo sobre os problemas éticos na SB. Especialmente quando corrobora trabalhos anteriores (ZOBOLI; FORTES, 2004; GUEDERT; GROSSEMAN, 2011) que sugerem a estrutura dos serviços como não potencializadora de apoio, nem conformadora de espaços voltados à percepção, análise e solução destes problemas, mesmo constituindo-se em importante fator causal. Faz-se necessário construir fóruns ou espaços de debate da ética na APS em separado do debate bioético nos ambientes especializados ou hospitalares.

A superação do conflito entre um Estado austero e mínimo e a manutenção de um sistema de saúde solidarista, em uma sociedade desigual como a brasileira, mantém no centro do debate da Bioética Clínica Amplificada a questão da ética pública, com democracia participativa e garantia da saúde como valor e direito humano; e do conceito de proteção aplicado ao planejamento, efetivação e avaliação das políticas públicas. Neste sentido, precisam ser quotidianamente considerados como desafio, o nível de coesão, participação cidadã e solidariedade pautados em conhecimentos e valores basilares do comprometimento pessoal e coletivo dos trabalhadores da saúde, com a equipe e projetos democráticos de co-gestão e deliberação ético-política.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. A insuficiência da política pública para inclusão do técnico em saúde bucal na atenção primária no Brasil. *In: CHAVES, S. C. L. (org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EDUFBA, 2016. p. 297-318.

AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciênc Saúde Coletiva*; v. 15, n. 3, p. 869-878, 2010.

AUSTRAGÉSILO, S. C.; LEAL, M. C. C.; FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*; v. 20, n. 10, p. 3111-3120, 2015.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; Almedina Brasil, 2016.

BARROS, S. G.; *et al.* Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. *In: CHAVES, S. C. L. (org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EDUFBA, 2016. p. 173-201.

BERLINGUER, G. *Bioética Cotidiana.* 1. Reimp., 1. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil Sorridente. Portal do Departamento de Atenção Básica.* Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRAZIL ENTERS THE BOLSONARO ZONE (Editorial). *The Lancet Global Health*, v.7, Feb, 2019. Disponível em <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930002-6>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In: CAMPOS, G. W. S (org.). Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 39-78.

CANGUSSU, M. C.; PASSOS-SOARES, J.; CABRAL, M. B. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. *In: CAMPOS, G. W. S (org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática.* Salvador: EDUFBA, 2016. p. 47-76.

CARNUT, L.; *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. *Rev ABENO*; v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017.

COSTA, S. M.; *et al.* Q. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. *Cad Saúde Coletiva*; v. 22, n. 3, p. 292-299, 2014.

FARIAS, D. N.; *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia de Saúde da Família. *Trab Educ Saúde*; v.16, n. 1, p. 141-162, 2018.

FONSECA, G. S; *et al.*. A clínica do corpo sem boca. *Saúde Sociedade*; v. 25, n. 4, p. 1039-1049, 2016.

FORTE, E. C.; PIRES, D. E. P. Enfermeiras na Atenção Básica: entre a satisfação e insatisfação no trabalho. *Trab Educ Saúde*; v. 15, n. 3, p. 709-724, 2017.

FORTES, P. A. C. *Ética e saúde*. 6. reimp. São Paulo: EPU, 2011.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei n. 11889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trab Educ Saúde*; v. 9, n. 1, p. 109-123, 2014.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: ZOBOLI, L.E.C.P.; FORTES, P.A.C. *Bioética e saúde pública*. 2. ed. São Paulo: São Camilo; Loyola, 2004, p. 49-69.

GOMES D, RAMOS F. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. *Saude Soc*; v. 24, n. 1, p. 285-297, 2015.

GOMIDE, M. F. S.; *et al.* Satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface*; v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3, p. 280-313, 2018.

GUEDERT, J. M.; GROSSMAN, S. Abordagem dos Problemas Éticos em Pediatria: Sugestões Advindas da Prática. *Rev Bras Ed Méd*; v. 35, n. 3, p. 359-368, 2011.

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciênc Saúde Coletiva*; v. 17, n. 4, p. 1049-1060, 2012.

JUNGES, J. R.; *et al.* Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm*; v. 35, n. 1, p. 148-156, 2014a.

JUNGES, J. R.; *et al.* Construção e validação do instrumento “inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev Bioetica*; v. 22, n. 2, p. 309-317, 2014b.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI E. L. C. P. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. *Trab. educ. saúde*, v. 16, n. 3, p. 935-953, 2018.

LIMA, M. M.; *et al.* Indications of comprehensiveness in the pedagogical relationship: a design to be constructed in nursing education. *Rev Esc Enferm USP*; v. 51, p. 32-77, 2017.

LUCAS, S. D.; *et al.* Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*; v. 19, n. 6, p. 1933-1942, 2014.

MADRUGA, L. M. S.; *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface*; v. 19, n. 1, p. 805-816, 2015.

MARTINS, A. B.; *et al.* Availability of dental treatment is associated with satisfaction derived from Primary Health Care Services accessed by elderly. *Rev odontol UNESP*; v. 45, n. 6, p. 344-350, 2016.

MATOS, M. S.; CRISTINO, P. S.; ALMEIDA, T. F. Educação em saúde bucal do trabalhador. In: CHAVES, S. C. L. (org.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 273-95.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita Domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? *Trab Educ Saúde*; v. 13, n. 1, p. 145-157, 2015.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saúde*; v. 26, n. 2, p. 275-284, 2017.

PORTO, D.; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*; v. 16, n. 1, p. 719-795, 2011.

SALIBA, N. A.; *et al.* Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP*; v. 42, n. 5, p. 317-323, 2013.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Rev Saúde Pública*; v. 49, n. 98, 2016.

SCHRAMM, F.R. A Bioética da Proteção em saúde pública. In: ZOBOLI, L.E.C.P.; FORTES, P.A.C. *Bioética e saúde pública*. 2. ed. São Paulo: São Camilo; Loyola, 2004, p. 71-84.

SCHRAMM, F. R. Três ensaios de Bioética. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 177 p.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. *Cien Saude Colet*; v. 22, n. 8, p. 2645-2657, 2017.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; *et al.* (Bio) ética e Estratégia Saúde da família: mapeando problemas. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.

THUROW, L. L.; CASTILHOS, E. D.; COSTA, J. S. D. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*; v. 24, n. 3, p. 545-550, 2015.

VIDAL, S. V.; *et al.* Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 2, p. 347-357, 2014.

WARMILING, C. M.; *et al.* Competências de Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal e o vínculo com o Sistema Único de Saúde. *Trab Educ Saúde*; v. 14, n. 2, p. 575-592, 2016.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, A. C. F. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*; v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. *Deliberação*: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

5.2 ARTIGO 2

CONSTRUÇÃO DE UM INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE BUCAL

CONSTRUCTION OF AN INVENTORY OF ETHICAL PROBLEMS IN PRIMARY CARE FOR ORAL HEALTH

RESUMO

Introdução: O Inventário de Problemas Éticos da Atenção Primária à Saúde (IPE-APS) busca desvelar problemas éticos para qualificação dos serviços. Objetivo: construção de uma proposta de IPE-APS voltado às especificidades dos serviços públicos de saúde bucal (SB), tomando-se o IPE-APS como referência. Método: Estudo metodológico de construção de um instrumento de pesquisa, desenvolvido por um comitê de três juízes especialistas. Após levantamento prévio de 32 problemas éticos específicos, onde participaram 14 trabalhadores da SB com atuação na APS, partiu-se para sua equivalência com 40 itens do IPE-APS referência, seguindo quatro etapas: 1. equivalência de itens; 2. equivalência semântica e de conteúdo; 3. avaliação da manutenção ou exclusão dos itens considerados não equivalentes ao IPE-APS referência; e 4. avaliação dos problemas éticos específicos da SB não equivalentes. Resultados: A equivalência de conteúdo e semântica apontou 18 itens do IPE-APS equivalentes a 17 problemas éticos em SB, confluindo para 16 itens finais. Dos 22 itens do IPE-APS não equivalentes, 5 foram mantidos e adaptados para o contexto da SB. Todos os 15 problemas éticos não equivalentes específicos da SB foram

incluídos. Discussão: O processo de construção do IPE-APS para a SB evidenciou a complexidade do trabalho de equivalência de inventários de natureza ética, exigindo diversas rodadas de debate no Comitê de Juízes. O levantamento preliminar de problemas éticos em SB mostrou-se essencial, tendo em vista ampla quantidade de itens não equivalentes, bem como problemas éticos específicos, suscitando modificações substanciais no inventário-referência. Em alguns casos, ao modificar-se o foco das ações, mesmo mantendo-se a centralidade do problema, mudou-se conteúdo. Conclusão: O trabalho de avaliação da equivalência e de manutenção ou exclusão de itens não equivalentes por um Comitê de juízes foi bem-sucedido, resultando em uma proposta de IPE-APS voltado à SB de 36 itens.

Palavras-chave: Ética. Bioética. Atenção Primária à Saúde. Saúde Bucal. Adaptação Transcultural.

ABSTRACT

Introduction: The Inventory of Ethical Problems of Primary Health Care (IPE-APS) seeks to unveil ethical problems to qualify services. Objective: To build a proposal for IPE-APS focused on the specificities of public oral health services (SB), taking IPE-APS as the gold standard. Method: Methodological study of the construction of a research instrument, developed by a committee of three expert judges. After a previous survey of 32 specific ethical problems, in which 14 workers from the SB working in PHC participated, it was started to be equivalent to 40 items of the IPE-APS reference, following four steps: 1. equivalence of items; 2. semantic and content equivalence; 3. evaluation for maintenance or exclusion of items considered non-equivalent present in the IPE-APS reference; and 4. the specific ethical problems of SB. Results: The equivalence of content and semantics pointed to 18 items of IPE-APS equivalent to 17 ethical problems in SB, converging to 16 final items. Of the 22 non-equivalent IPE-APS items, 5 were maintained and adapted to the SB context. All 15 specific non-equivalent ethical problems in SB were included. Discussion: The doubts that arose in this construction process were analyzed by the group of 3 researchers (judges' committee), evidencing the complexity of the work of equivalences under exhaustive rounds of de-

bate. The preliminary survey of ethical problems in SB proved to be essential, considering a large amount of non-equivalent items, as well as specific ethical problems, causing substantial modifications in the reference inventory. In some cases, by changing the focus of actions, even if the centrality of the problem remains, content has changed. Conclusion: The work of evaluating equivalence and maintenance or exclusion of non-equivalent items by a Judges Committee was successful, resulting in a IPE-APS turned to the SB of 36 items.

Keywords: Ethics. Bioethics. Dentistry. Oral Health. Transcultural Adaptation.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) acontece no encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários dos serviços, caracterizando-se pela utilização de tecnologia relacional - não material, o que requer aguçada sensibilidade e compromisso éticos por parte dos profissionais. Em sua prática, evidenciam-se amplos e complexos problemas éticos, porém, ao mesmo tempo, mais sutis ou menos dramáticos, quando comparados aos problemas éticos no âmbito hospitalar. Tornam-se, portanto, problemas mais difíceis de serem identificados, arriscando o vínculo que está no cerne da relação interpessoal¹.

Neste estudo, entende-se por problemas éticos aqueles aspectos ou questões do cotidiano de trabalho em saúde que desencadeiam conflitos de valores morais e que exigem deliberação para sua solução^{2,3}. No âmbito da APS são constituídos, de maneira geral, por preocupações do cotidiano, aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde, normalmente banalizadas¹. Como a Saúde Bucal Coletiva valoriza a atuação profissional em um clínica ampliada, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, centrada nas necessidades epidemiológicas e sociais e, também, na dialogicidade-comunicação entre os sujeitos^{4,5}, a des-naturalização dos problemas éticos, representa um desafio ético-político aos trabalhadores, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e às instituições de ensino. Seu desvelamento torna-se necessário à reformulação dos processos de trabalho e das políticas públicas, no sentido da qualificação do trabalho e da própria efetivação do sistema.

Seguindo o movimento de reorganização das ações em saúde por meio de novas práticas marcadas pela humanização⁶, pela promoção do cuidado e da cidadania na APS⁴, que acontece tanto no Brasil^{7,8} quanto internacionalmente⁹, a Bioética Social, em intersecção epistemológica e prática com a Saúde Coletiva, defende uma ética aplicada aos problemas concretos do cotidiano e da ação real dos trabalhadores dos SUS. Destaca-se sua dimensão social na busca pela promoção da saúde, proteção à vida e participação política e solidária^{10,11}.

Como ramo da Bioética Social, autores propõem uma Bioética Clínica Amplificada, empenhando-se desde os anos 2000, na construção e validação do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde (IPE-APS). O cuidado e a responsabilidade tornam-se elementos epistemológicos centrais⁶, voltando-se este instrumento a auxiliar os trabalhadores da APS na identificação dos problemas éticos que permeiam seu trabalho^{12,13}. Modificando o foco da Bioética principialista, voltado às questões éticas relacionadas a situações mais emergenciais e dilemáticas comuns na atenção terciária¹, o IPE-APS adquire centralidade como ferramenta que amplia a visualização dos problemas mais cotidianos na atenção primária. Buscando seu reconhecimento de modo sistemático, visa-se auxiliar a avaliação dos processos de trabalho e a qualificação das ações em saúde¹³.

O IPE-APS foi construído originalmente na forma de um questionário fechado e estruturado com 41 problemas éticos (itens), para evidenciar e sistematizar as questões percebidas por médicos e enfermeiros atuantes na atenção primária do município de São Paulo. Abordava três âmbitos: das relações com usuários e famílias; das relações da equipe de saúde; e das relações com a organização e o sistema de saúde¹. Após esta primeira configuração, estudos de validação foram realizados tendo em vista outras realidades da atenção à saúde. Um deles, em 2004 e 2005, buscou confirmar os problemas identificados na primeira pesquisa e avaliar a necessidade de ampliação. Outros dois, também qualitativos, foram realizados entre 2005 e 2009, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros Saúde-Escola; e ainda, neste mesmo período, um quinto estudo comprovou a sensibilidade do instrumento^{12,13}.

Entre 2006 e 2008, um estudo metodológico validou a clareza, facilidade de leitura e confiabilidade do constructo, chegando-se assim à segunda versão do IPE-APS¹², utilizada como referência no presente estudo de adaptação para a saúde bucal. A partir de 2009, realizou-se o processo de validação por meio de técnicas

quantitativas, a fim de avaliar a qualidade do construto e sua consistência interna, resultando na terceira versão do IPE-APS¹³. Além disto, foi realizada validação para o contexto da saúde da criança¹⁴, bem, como uma validação transcultural para a língua portuguesa de Portugal¹⁵.

No âmbito da saúde bucal, mesmo com um expressivo aumento na oferta de serviços na APS e com a inserção de Equipes de Saúde Bucal (EqSB) na ESF, percebe-se uma insuficiente mudança no modelo tradicional de assistência, impondo-se uma reflexão sobre estratégias de cuidado em saúde^{16,17}, com relevância aos aspectos éticos¹⁸. Entretanto, constata-se a quase ausência de pesquisas que identificam os problemas éticos no âmbito da saúde bucal. Uma única pesquisa de levantamento de problemas éticos relacionados à prática odontológica, realizada com cirurgiões-dentistas da rede pública e privada, identificou muitos problemas, entretanto, seguindo uma coincidência com as infrações do código deontológico profissional, o que confirma uma concepção convencional e limitada da ética, insuficiente para solucionar os conflitos ético-políticos que emergem na prática cotidiana na APS¹⁹.

Para a construção de um IPE-APS (considerado padrão ouro) voltado à SB, foi realizado um estudo prévio²⁰, com levantamento dos problemas éticos com profissionais da saúde bucal, incluindo auxiliares e técnicos - voltado a ampliar o leque de problemas éticos vivenciados nas relações de trabalho e na produção do cuidado na APS. Neste levantamento inicial, constatou-se que, embora alguns problemas coincidam com os relatados por outros trabalhadores da APS, muitos diferem em sua natureza, tornando necessária a construção de um novo Inventário voltado às especificidades dos problemas da saúde bucal. Este artigo objetiva, assim, descrever o processo metodológico da construção desta proposta de IPE-APS voltado à saúde bucal.

MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico de construção de um IPE-APS¹⁰ voltado ao contexto da saúde bucal. Inicialmente pensou-se em um processo de adaptação do Inventário à realidade circunscrita à saúde bucal, entretanto, os estudos de adaptação transcultural são normalmente solicitados para instrumentos de pesquisa

confeccionados originariamente em outra língua, necessitando de tradução e retrotradução, e ponderação em relação ao quanto se ganha ou se perde com a aproximação cultural ou em relação à generalização e compatibilidade entre grupos distintos. Entretanto, tendo em vista que no estudo proposto não há demanda de tradução e re-tradução da língua, além de perceber-se uma grande quantidade de itens específicos da SB não equivalentes ao IPE-APS referência, somado às especificidades culturais, de organização dos processos de trabalho e de relações em equipe da saúde bucal em diferentes contextos da atenção primária, surgiu a necessidade da construção de um novo Inventário. Realizou-se, para tanto, a análise de compatibilidade e de equivalência²² de itens, entre problemas éticos do IPE-APS referência¹² e os problemas éticos levantados previamente no contexto da saúde bucal. Para tanto, o projeto de pesquisa foi previamente apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE 60739716.1.0000.0121).

O levantamento de problemas éticos realizado previamente, contou com a participação de 14 trabalhadores da saúde bucal que atuam na APS nos quatro maiores municípios de uma região metropolitana do sul do Brasil: 7 cirurgiões-dentistas (CD), 5 auxiliares de saúde bucal (ASB) e 2 técnicos de saúde bucal (TSB). Por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas e posterior Análise de Conteúdo Temática, constatou-se 32 problemas éticos agrupados em 7 categorias, abrangendo as dimensões: oferta, demanda e acolhimento em saúde bucal; recursos para visitas domiciliares; preconceitos e discriminações nas relações com os usuários; questões técnicas e estruturais no atendimento em SB; relação nos diferentes níveis da rede de serviços em saúde bucal; relações intra e inter-equipes e problemas molares transversais à clínica odontológica²⁰.

A partir destes resultados, desenvolveu-se um percurso metodológico de equivalência conceitual e de itens feito em quatro etapas, por um Comitê de Juízes especialistas responsável pela análise crítica detalhada. Este Comitê de Juízes foi composto pelas duas pesquisadoras principais, que trabalharam presencialmente, e pela autora do IPE-APS original, que participou à distância, de forma virtual. Em sucessivas discussões coletivas, este comitê buscou explorar se os diferentes domínios abarcados pelo instrumento padrão-ouro, na definição dos conceitos de interesse, seriam relevantes e pertinentes ao contexto da SB²¹. Definiu-se como

caminho metodológico: (1) uma aprofundada revisão da literatura científica voltada a experiências de construção, adaptação e validação de constructos de pesquisa; (2) estudo dos referenciais da Bioética Clínico-amplificada e da Bioética Social; (3) experiências anteriores de pesquisa com este tipo de instrumento; (4) experiências próprias das juízas enquanto pesquisadoras e profissionais da APS. As seguintes etapas foram assim percorridas:

Etapa I Avaliação de equivalência dos problemas éticos: foi realizada uma equivalência direta entre as 40 questões do IPE-APS referência e os 32 problemas éticos levantados na saúde bucal, considerando-se a semelhança dos problemas éticos e experiências - situações já presentes no instrumento, mas que devem ser adequadas ao contexto cultural proposto²³.

Etapa II Avaliação da equivalência semântica e de conteúdo: após consenso no Comitê, foram realizados ajustes na escrita dos itens equivalentes, pensando-se nas realidades da assistência e dos processos de trabalho em saúde bucal, bem como na facilidade de compreensão dos problemas. Nos itens que apresentaram a necessidade de uma equivalência de conteúdo, foram incluídas explicações ao enunciado original, objetivando esclarecer as especificidades dos problemas na saúde bucal e, também, explorou-se a definição dos conceitos de interesse, relevantes e pertinentes ao contexto da saúde bucal. Manteve-se, nestes casos, a equivalência do problema ético, mas alterou-se o foco da ação para a saúde bucal.

Etapa III Avaliação e definição dos itens do IPE-APS considerados não equivalentes aos problemas éticos em saúde bucal: a avaliação voltou-se para a definição entre a manutenção ou a retirada dos itens não equivalentes, considerados problemas éticos comuns aos dois campos (APS e saúde bucal na APS), ponderando-se sobre sua pertinência e possibilidade ou não de agregação aos itens considerados equivalentes.

Etapa IV Avaliação e definição dos problemas éticos específicos da SB considerados não equivalentes aos itens do IPE-APS: analisou-se a necessidade de retirada de algum dos problemas éticos específicos que poderiam ficar dissonantes em uma avaliação conjunta dos itens, concluindo pela incorporação total destes itens à proposta de IPE-APS voltado à SB (IPE-APS-SB).

RESULTADOS

Dos 40 itens do IPE-APS referência, apenas 18 foram considerados equivalentes a 17 (dos 32) problemas éticos em saúde bucal, os quais foram reagrupados em 16 itens equivalentes. Os demais 22 itens do IPE-APS foram classificados como não equivalentes, assim como os demais 15 problemas éticos específicos da SB.

Os 16 itens equivalentes tiveram sua redação reajustada quando necessário, a fim de se obter equivalência semântica e de conteúdo, partindo-se da redação original do IPE-APS referência. No quadro 1, apresentam-se os problemas éticos em saúde bucal (17) e os itens do IPE-APS referência equivalentes (18), assim como os 16 itens equivalentes resultantes desta etapa. Mostram-se também termos removidos, modificados, siglas e expressões acrescentadas. Em alguns itens, foram referenciados dois ou mais problemas éticos em saúde bucal para as equivalências. Em virtude disto, foram acrescentadas explicações ao enunciado original, objetivando-se focalizar as especificidades dos problemas em saúde bucal. Equivalências de conteúdo foram necessárias em alguns itens nos quais se manteve a equivalência dos problemas éticos, mas alterou-se o foco da ação.

Quadro 1 - Equivalência de itens, semântica e de conteúdo entre os problemas éticos em saúde bucal e os itens do IPE-APS referência.

Problemas éticos em saúde bucal*	Equivalência de item do IPE-APS*	Equivalência semântica e de conteúdo
1. Dificuldades para finalização dos tratamentos em saúde bucal. 5. Ausência/ insuficiência de TSB para potencializar as atividades individuais e coletivas de promoção em saúde bucal.	8. Como convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.	8. Os profissionais da SB sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade e completarem o tratamento, especialmente sem o trabalho educativo e de promoção potencializado pela equipe, mais especificamente do TSB.
3. Insuficiência de trabalhadores para cobertura das áreas.	24. Excesso de famílias adscritas para cada equipe.	24. Há um excesso de famílias adscritas para cada equipe da ESF ou ESB.
4. Dificuldades no atendimento de urgência odontológica.	39. Falta de condições na USF para atendimentos de urgência.	39. A UBS não dá conta de todos os atendimentos de urgência odontológica, além de problemas operacionais.

8. Dificuldades técnicas e estruturais para as ESB realizarem visitas domiciliares.	38. Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares.	38. As visitas domiciliares são dificultadas por questões relacionadas ao deslocamento, em especial do odontomóvel, diminuindo o poder de atuação clínica do CD.
9. Potencial de ação conjunta ESB-EqSF diminuído.	15. As EqSF não colaboram umas com as outras.	15. As ESB e EqSF não colaboram umas com as outras, têm insuficiente planejamento estratégico e ações conjuntas.
11. Profissionais da ESB e/ou da UBS discriminam os usuários.	2. Pré-julgamento dos usuários dos serviços por parte das equipes. 3. Desrespeito do profissional para com o usuário.	2. Os profissionais da SB ou trabalhadores da UBS pré-julgam e desrespeitam os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.
14. Insuficientes condições materiais para a integralidade do cuidado.	5. Prescrição de medicamento que o usuário não poderá comprar.	5. Os profissionais prescrevem medicamentos ou tratamentos não ofertados pelo SUS que os usuários não podem arcar.
16. Profissionais apontam problemas na conduta clínica, no compromisso e envolvimento do CD. 17. Desvalorização do serviço público e falta de corresponsabilização do usuário.	14 Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam no PSF. 17. Falta de preparo dos profissionais para trabalhar no PSF. 4. Indicações clínicas inadequadas. 19. Profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada. 26. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF.	14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam na SB e EqSF, bem como de alguns usuários. 17. Falta de preparo e perfil dos profissionais para trabalhar na ESF. 4. Indicações clínicas inadequadas. 19. Profissionais se omitem diante de um procedimento clínico inadequado ou errado. 26. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos CDs do serviço público.
19. Dificuldades no sistema de exames radiográficos. 21. Demora para se conseguir o tratamento especializado em saúde bucal. 23. Dificuldades na referência devido ao excesso de exigências administrativo-burocráticas ao acesso aos serviços de média complexidade em saúde bucal.	27. Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares.	27. Dificuldades no sistema de referência e contra-referência para a realização de exames radiográficos e serviços odontológicos especializados oferecidos nos CEO.
25. Dificuldades dos profissionais de saúde bucal para realizar trabalho em equipe. 28. Subestimação do ASB.	16. Falta de respeito entre os membros da equipe. 18. É difícil limitar o papel e as responsabilidades de cada profissional.	16. Falta de respeito entre os membros da ESB, em especial, na relação de valorização do serviço auxiliar e do trabalho em equipe.

31. Profissionais criticam os (as) colegas CD.	35. Funcionários da USF questionam a prescrição médica.	35. Profissionais da ESB questionam a conduta dos (das) CD.
32. Falta de apoio da gestão para resolução de problemas éticos vivenciados.	22. Falta de apoio com ações intersetoriais para discutir e resolver os problemas éticos.	22. Os profissionais da SB e EqSF sentem falta de apoio de ações intersetoriais, que dependem da organização e gestão do sistema, para discutir e resolver problemas éticos.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

* Numeração original

Legenda: IPE-APS-SB: Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde adaptado à saúde bucal; CD: cirurgia-dentista; EqSF: equipe de saúde da família; ESB: equipe de saúde bucal; ESF: estratégia saúde da família; PSF: programa saúde da família, SB: saúde bucal; TSB: técnico de saúde bucal; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade de saúde da família.

Dos 22 itens do IPE-APS considerados não equivalentes, apenas cinco foram mantidos e adaptados de forma a promover equivalência semântica e de conteúdo para o contexto da saúde bucal. O Quadro 2 apresenta os itens do IPE-APS referência não equivalentes e os motivos para a manutenção ou exclusão dos itens.

Quadro 2 – Itens do IPE-APS referência considerados não equivalentes e respectivos encaminhamentos em relação ao IPE-APS-SB.

Item do IPE-APS não equivalentes*	Encaminhamento
1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.	Mantido na redação original
6. Prescrição de medicamentos mais caros, mesmo que ele tenha eficácia igual a do mais barato.	Excluído
7. O usuário solicita ao médico e ao enfermeiro os procedimentos que deseja.	Mantido com alterações devido às características clínico-curativas da odontologia. Substituiu-se “médico e ao enfermeiro” por CD.
9. Não contar ao usuário informações referentes a seu estado de saúde.	Excluído
10. Acesso dos profissionais de saúde à intimidade da vida familiar e do casal.	Excluído
11. É difícil manter a privacidade do usuário nos atendimentos feitos em sua casa.	Excluído
12. É difícil para o ACS guardar o segredo profissional.	Excluído
13. Contar as informações da saúde de um dos membros da família para os demais.	Excluído

20. Usuários pedem a um dos membros da equipe para guardar segredo de algo sobre sua saúde e para não contar nada aos demais membros da equipe de PSF.	Excluído
21. Dificuldade para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotina da USF.	Mantido na redação original
23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de problemas com os profissionais.	Mantido na redação original
25. Restrição do acesso dos usuários à UBS pelos médicos que se recusam a atender os que não têm consulta marcada para o dia.	Excluído
28. Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.	Excluído
29. É difícil limitar a interferência da equipe no estilo de vida dos familiares e usuários.	Excluído
30. Atitude do médico diante de valores religiosos próprios e dos usuários.	Excluído
31. Menores de idade pedem à equipe procedimentos e exames sem a autorização ou o conhecimento de seus pais.	Excluído
32. Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem exames.	Mantido com alteração, localizando o problema da não-aderência à indicações de ações preventivas de doenças bucais, sem mudanças na gestão individual da sua saúde.
33. A equipe discute as condições de saúde do usuário na frente dele, sem que ele participe.	Excluído
34. Não solicitar a autorização da família para relatar a história do usuário em publicação científica.	Excluído
36. Quebra do sigilo médico por outros membros que não são da equipe ao publicarem relato de casos.	Excluído
37. Equipe especialista de referência para o PSF publica um relato de caso sem a autorização da equipe de PSF ou da família.	Excluído
40. Falta de retaguarda de serviço de remoção.	Excluído

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

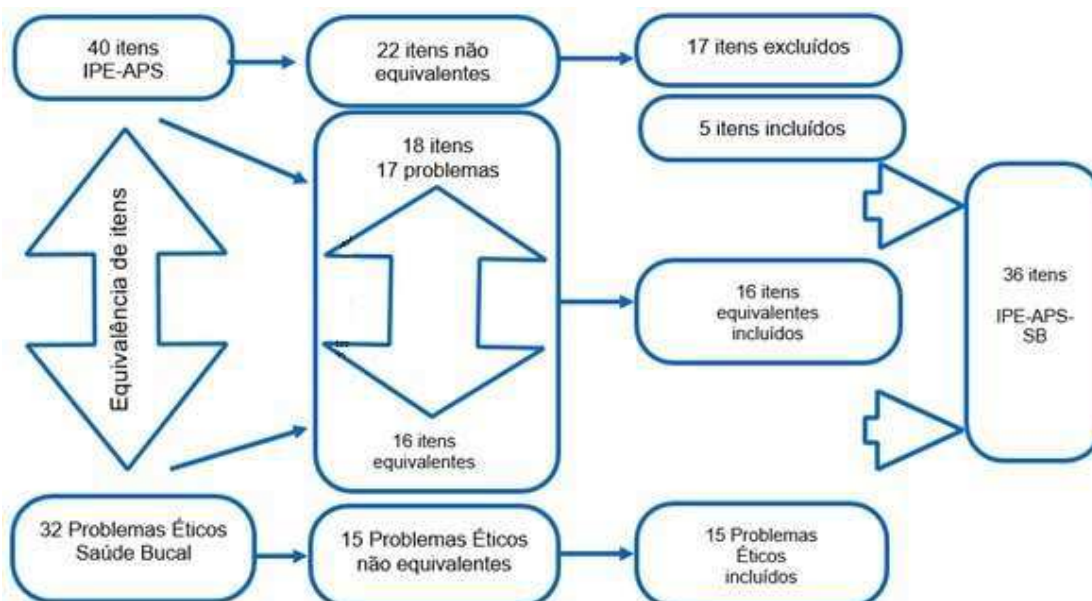
* Numeração original

Legenda: IPE-APS-SB Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde adaptado à saúde bucal; ACS: Agente Comunitário de Saúde; PSF: Programa de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família.

Os 15 problemas éticos específicos da saúde bucal não equivalentes foram incluídos na proposta de IPE-APS voltado à SB (IPE-APS-SB), por incorporarem questões específicas não contempladas pelos itens do constructo de referência.

A Figura 1 mostra esquematicamente o processo de construção do IPE-AS-SB, totalizando 36 itens.

Figura 1 – Representação gráfica do processo de construção do IPE-APS à Saúde Bucal.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

O quadro 3 indica a origem dos 36 itens que compõem o IPE-APS-SB. Cabe comentar que se optou pela numeração utilizada na versão do IPE-APS referência durante todo o processo e no resultado final do IPE-APS-SB, bem como a numeração dos 32 problemas éticos específicos da SB apontados no levantamento prévio.

Quadro 3 – Composição do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde para a saúde bucal - IPE-APS-SB, a partir da origem de seus itens

Itens do IPE-APS referência equivalentes aos problemas da saúde bucal
<p>8. Os profissionais da SB sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente sem o trabalho educativo e de promoção potencializado pela equipe, mais especificamente do TSB.</p> <p>24. Há um excesso de famílias adscritas para cada equipe da ESF ou ESB.</p> <p>39. A UBS não dá conta de todos os atendimentos de urgência odontológica, além de problemas operacionais.</p> <p>38. As visitas domiciliares são dificultadas por questões relacionadas ao deslocamento, em especial do odontomóvel, diminuindo o poder de atuação clínico-cirúrgica do CD.</p> <p>15. As ESB e EqSF não colaboram umas com as outras, fazem pouco planejamento estratégico e ações conjuntas.</p> <p>2. Os profissionais da SB ou trabalhadores da UBS pré-julgarem e desrespeitam os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.</p> <p>5. Os profissionais prescrevem tratamentos ou procedimentos especializados que o usuário não terá dinheiro para pagar, quando estes tratamentos-procedimentos não são oferecidos no SUS.</p> <p>14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam na SB e EqSF.</p> <p>17. Falta de preparo-formação (perfil) dos profissionais para trabalhar na ESF.</p> <p>4. Indicações clínicas inadequadas.</p> <p>19. Profissionais se omitem diante de um procedimento clínico inadequado ou errado.</p> <p>26. Demérito aos encaminhamentos feitos pelos CDs do serviço público.</p> <p>27. Há dificuldade no sistema de referência e contra-referência para a realização de exames radiográficos, além de agilidade e eficiência do serviço.</p> <p>16. Existe falta de respeito entre os membros da ESB, em especial, na relação de valorização do serviço auxiliar e do trabalho em equipe.</p> <p>35. Profissionais da ESB questionam a conduta dos (das) CD.</p> <p>22. Os profissionais da SB e EqSF sentem falta de apoio de ações intersetoriais, que dependem da organização e gestão do sistema, para discutir e resolver problemas éticos que encontrem em sua prática.</p>
Itens do IPE-APS referência não equivalentes aos problemas éticos em sacos em en
<p>7. O usuário solicita ao CD os procedimentos que deseja.</p> <p>1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.</p> <p>21. Dificuldade para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotina da USF.</p> <p>23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de problemas com os profissionais.</p> <p>32. Usuários que se recusam a seguir as indicações de ações preventivas de cuidado bucal, sem mudança na gestão individual de sua saúde.</p>
Problemas éticos específicos da saúde bucal não equivalentes ao IPE-APS referência

2. O acolhimento dos usuários que buscam atendimento odontológico não segue o preconizado pela ESF.
6. Ausência ou insuficiência de ASB para desenvolvimento de atividades preventivas e clínicas.
7. Dificuldade na realização das ações preventivas devido a problemas nas relações inter-setoriais saúde-educação.
10. Violência vivenciada no trabalho.
12. Profissionais da ESB testemunham discriminação entre usuários.
13. Profissionais da saúde bucal entendem que os usuários apresentam problemas cognitivos relacionados à vulneração social.
15. A estrutura física dos consultórios odontológicos dificulta o trabalho em equipe e facilita doenças do trabalho à equipe auxiliar.
18. Diminuição ou ausência de atendimento odontológico de urgência nas UPA.
20. Condições de trabalho precarizadas.
22. Problemas estruturais para alocar adequadamente os profissionais no CEO.
24. Falta de transparência na fila de espera pelos serviços de média complexidade em SB.
26. Subestimação e desvio de função de TSB para ASB.
27. Engajamento dos profissionais à ESF está relacionado à formação específica para a área.
29. Falta de união dos trabalhadores para maior valorização no trabalho na APS e em saúde bucal.
30. Incompreensão da atuação do CD para além da ação curativa e como parte da ESF.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

* Numeração original

Legenda: IPE-APS-SB Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde adaptado à saúde bucal; CD: cirurgião(ã)-dentista; EqSF: equipe de saúde da família; ESB: equipe de saúde bucal; ESF: estratégia de saúde da família; PSF: programa de saúde da família; SB: saúde bucal; TSB: técnico de saúde bucal; UBS: unidade básica de saúde; USF: unidade de saúde da família.

DISCUSSÃO

O processo de construção de um IPE-APS para a área da saúde bucal evidenciou a complexidade do trabalho de equivalência de inventários de natureza ética, exigindo diversas rodadas de debate no Comitê de Juízes, incluindo a autora do instrumento original. Uma das dificuldades encontradas se relacionou à seleção da versão do inventário a ser usada como referência ou padrão-ouro, devido às sucessivas versões validadas do IPE-APS original que aconteceram em diferentes contextos da atenção em saúde e que resultaram em constructos com distinta quantidade de itens e diferenciadas numeração e redação. Optou-se, assim, pela segunda versão do IPE-APS, considerando-se sua redação mais ajustada, mantendo a amplitude dos problemas éticos para possibilitar um manejo mais adequado dos itens na etapa de equivalência de conteúdo e de itens.

O levantamento de problemas éticos em saúde bucal, mostrou-se essencial como fase preliminar deste processo, tendo em vista a ampla quantidade de itens do IPE-APS referência não equivalentes (22 itens), bem como a diversidade dos problemas éticos específicos da saúde bucal (15 itens), responsáveis por

modificações substanciais no itens do inventário de referência. A manutenção destes itens específicos no novo inventário deu-se pela necessidade de abrangência dos problemas no campo da saúde bucal, buscando estimular em profundidade o debate na área, como objetivo central deste trabalho. Além disto, decidiu-se pela manutenção da numeração do instrumento-referência na comparação e correlações entre os itens, vislumbrando a facilidade de entendimento dos passos metodológicos desta pesquisa, o que poderá contribuir para estudos subsequentes de validação deste Inventário e, principalmente, como guia na construção e/ou validação de outros constructos, em realidades distintas de atenção à saúde.

As modificações semânticas para equivalência de palavras ou expressões com significado semelhante foram necessárias para ampliar a compreensibilidade do Instrumento. Decodificados para uma linguagem mais compatível com a área afim, os itens do Inventário tornaram-se mais acessíveis e de fácil entendimento ao público alvo, em consonância com a realidade vivida. Acrescentou-se na equivalência semântica, especialmente, as expressões “profissionais da saúde bucal” ou “equipe de saúde bucal” (ESB). Além das adaptações semânticas item a item, percebeu-se que, em alguns casos, havia necessidade de mudança do foco das ações, mesmo mantendo-se a centralidade dos problemas éticos, estabelecendo-se uma mudança de conteúdo. Nestes casos, foram incluídas explicações ao enunciado original, objetivando esclarecer as especificidades dos problemas na saúde bucal. Além disto, buscou-se explorar a definição dos conceitos de interesse, relevantes e pertinentes ao contexto da saúde bucal, desta forma:

- a) Item 38 (visita domiciliar): além da dificuldade de acesso do transporte apontada no item do IPE-APS referência, incluindo a disponibilidade do odontomóvel, destaca-se a focalização dada ao trabalho clínico-cirúrgico do CD, ainda como campo de atuação prioritário. Assim, ficando restritas as possibilidades de execução de procedimentos clínico-cirúrgicos no domicílio, a assistência volta-se mais às ações de promoção ou de prevenção, não percebidas, grande parte, como ações tão importantes quanto o manejo das tecnologias materiais pelo CD, assim, vislumbradas como competências de excelência do TSB²⁴;
- b) No item 5 (prescrição de medicamentos), é observado como problema ético em saúde bucal não a “prescrição de medicações não disponibilizadas pelo

SUS”. Tendo em vista que os tratamentos em SB são comumente de processos pontuais e emergenciais, inflamatórios e infecciosos, a mudança para “prescrições de tratamentos ou procedimentos odontológicos não oferecidos pelo SUS”, desvelam uma mudança de conteúdo e, ainda, uma fonte de precarização subjetiva e sofrimento moral;

- c) No item 39 (urgências odontológicas), o problema concentra-se mais no excesso de demanda do que na falta de condições para sua realização, exigindo uma rede de atenção que prescindir das Unidades de Pronto Atendimento^{20,25};
- d) No item 8 (adesão e continuidade ao tratamento odontológico), as ações clínicas desenvolvidas pelo TSB foram apontadas no levantamento prévio como fator preponderante à mudança de comportamento do usuário, potencializando uma comunicação ativa no trabalho de educação em saúde, levando ao aumento da adesão e do tratamento concluído^{20,26}. Além disto, acrescentou-se à frase “a dar continuidade ao tratamento”, também, “completarem o tratamento” considerando o tratamento concluído como sinônimo de aumento de qualidade, de acordo com os quesitos de qualificação da atenção do Programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ)²⁵;
- e) No item 15 (relações inter-equipe), aponta-se que estas relações não devem ser estabelecidas somente no planejamento multiprofissional, mas também na ação estratégica conjunta interdisciplinar e interprofissional EqSF-ESB. Normalmente, apesar de acontecerem atividades de planejamento, a saúde bucal mantém-se isolada em seus protocolos e competências específicos^{27,28};
- f) No item 16 (relações intra-equipe), percebe-se que a falta de respeito entre membros da ESB acontece, especialmente, na relação entre os CD e o corpo auxiliar, mantendo-se uma relação tradicional de naturalização da hierarquia, seguindo a tese do “profissionalismo”. Um problema que diminui, sobremaneira, a potência do trabalho em equipe e a construção de um *ethos* público que associa a produção de valores de uso a valores intrínsecos de solidariedade e participação²⁵, desde o planejamento até as ações articuladas, direta ou indiretamente supervisionadas.

Como forma de complementação desta construção do IPE-APS-SB, novas etapas de validação de face e de conteúdo deste Instrumento deverão ser executadas. A concordância e o consenso entre *experts* a fim de se obter uma nova versão validada do IPE-APS-SB, será buscada através da utilização da técnica de Delphi. Por fim, a nova versão já validada do constructo deverá ser testada por um estudo psicométrico, de modo que apenas os itens que apresentem consistência e confiabilidade quando aplicados, permaneçam na versão definitiva do instrumento.

Além destas etapas referentes à construção e validação do IPE-APS-SB, coloca-se como grande desafio a efetiva deliberação coletiva sobre estes problemas na APS. Junges, Barbiani e Zoboli²⁹ apontam que na clínica hospitalar, a aplicação do método de deliberação moral está mais voltado às decisões e melhorias no âmbito individual, enquanto na clínica ampliada da APS, depende da vigilância e da gestão, ou seja, de condições coletivas, organizacionais e intersetoriais,. Assim, pode-se entender que os problemas morais da APS necessitam de uma reflexão ética na perspectiva do sujeito coletivo, o que exige pensar a difícil interface entre gestão e processos de trabalho (assistência), por responderem normalmente a lógicas diferentes: a clínica focada nas necessidades subjetivas do indivíduo e concretizada no atendimento individual e coletivo ao usuário; enquanto a gestão centra-se na vigilância aos riscos à saúde, seguindo uma racionalidade epidemiológico-sanitarista de riscos e organizacional de distribuição de recursos. Fazer a deliberação participativa em equipe, a partir deste sujeito coletivo de decisão, passa por um processo de planejamento das ações, um desafio que depende da cultura organizacional vigente (gestão mais ou menos participativa), nos níveis macro e micro de gestão do sistema. Um passo a frente na cultura organizacional da gestão participativa.

Na APS, tendo em vista as condições coletivas sanitárias e intersetoriais, e a conectividade e acesso aos diversos pontos da rede de atenção à saúde, o planejamento serve como dispositivo potencializador de participação a partir do agir comunicativo, assim, o agir deliberativo significa sempre e, ao mesmo tempo, agir estrategicamente através do planejamento. Este serviria como dispositivo de processo, onde o mais importante não é o produto (plano ou projeto de ação), mas o caminho da sua produção, possibilitando uma subjetivação dos participantes, com desenvolvimento de potencialidades para estabelecer contratos e compromissos, na

seleção de prioridades para a consecução do fim visado. Considerando as contribuições teórico-metodológicas de Diego Grácia (deliberação ética) e Carlos Matus (planejamento estratégico situacional), o planejamento das ações se faria na mediação de quatro momentos/etapas: o cognitivo que opera com o levantamento dos fatos e dos problemas implicados no caso que se quer resolver; o valorativo que ausculta os valores que estão em conflito, que incidem nas respostas ao caso, e os bens/fins que se querem atingir na resposta; o operativo que aponta as operações necessárias para encaminhar a solução do caso, ou seja, os cursos de ação; e o avaliativo que acompanha e monitora a execução do plano de operações deliberado ou planejado²⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da equivalência de itens, o processo de equivalência semântica e de conteúdo, a avaliação da manutenção ou não de itens considerados não equivalentes e da inclusão de novos problemas éticos em saúde bucal foram realizadas, observando-se o rigor metodológico preconizado. Desta maneira, chegou-se a uma versão do IPE-APS-SB com 36 itens. A inexistência de instrumentos com a finalidade desta Inventário transforma-o em pioneiro na produção científica específica da saúde bucal. Trata-se de um recurso com potência de visibilidade e reconhecimento aos problemas éticos no contexto da SB, favorecendo a construção de novos espaços de debate da ética no trabalho e na produção do cuidado no SUS.

Como limite do estudo, o Comitê de Juízes foi composto somente pelas pesquisadoras, sem inclusão de nenhum componente técnico ou auxiliar da odontologia, nem de uma equipe de *experts* mais significativa. Neste sentido, buscou-se ampliar a compreensibilidade dos enunciados dos problemas éticos constantes no inventário, mantendo simplificada sua escrita e entendimento, tendo em vista a necessidade de aplicação do instrumento a todos os componentes da equipe de saúde bucal (incluindo técnicos e auxiliares). com intuito de sanar a lacuna de uma ampla equipe de *experts*, vislumbra-se uma etapa posterior de validação deste Inventário através da técnica de Delphi.

O IPE-APS-SB, quando disponível aos trabalhadores, equipes e gestores da SB, poderá exercer um papel importante como tecnologia auxiliar de auto-avaliação

das práticas em saúde bucal, bem como em instrumento avaliativo programático, como por exemplo, no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Mais ainda, poderá ser ferramenta primordial ao planejamento estratégico das ações em saúde. Buscando identificar problemas éticos que permeiam o cotidiano dos trabalhadores da saúde bucal, o instrumento pode fornecer subsídios para se repensar a produção coletiva de saúde em busca de uma maior qualidade na atenção.

REFERÊNCIAS

1. Zoboli ELCP, Fortes ACF. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 2004. 20(6):1690-1699.
2. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. *Medicine, Health Care and Philosophy*; 2003. 6:227-233.
3. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Della Nora CR. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev. Bioet*; 2014. 22(2):309-317.
4. Frazão P, Narvai PC. Lei n. 11889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trab Educ Saúde*; 2014. 9(1):109-123.
5. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS (organizador). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; 2013. p. 39-78.
6. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. *O Mundo da saúde*; 2009. 33(2):195-204.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 242 p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.

9. WHO. Declaration of Astanta. 2018. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.
10. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Cienc Saude Colet*; 2011. 16(1):719-795.
11. Junges JR, Zoboli ELC. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Cienc Saude Colet*; 2012. 17(4):1049-1060.
12. Junges JR, Zoboli ELCP, Schaefer R, Della Nora CR., Basso M. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. *Rev. Gaucha Enferm*; 2014. 35(2):148-156.
13. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Della Nora CR. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev. Bioet*; 2014. 22(2):309-317.
14. Santos DV, Rosa DOS, Zoboli ELCP, Freitas KS. Adaptação do inventário de problemas éticos para o contexto da saúde da criança. *Acta Paul Enferm*; 2016. 29(5):586-94.
15. Amado JDA. *Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários* [dissertação]. Universidade Católica Portuguesa; 2010.
16. Cangussu MC, Passos-Soares J, Cabral MB. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. In: Chaves SCL (organizadora). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 47-76.
17. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública*; 2016. 49.
18. Gomes D, Ramos F. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. *Saude Soc*; 2015. 24(1):285-297.
19. Amorim AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciênc Saude Colet*; 2010. 15(3):869-878.
20. Gomes D, Zoboli ELCP, Finkler M. Problemas éticos na saúde bucal da atenção primária à saúde. *Rev. Physis (Prelo)*.

21. Reichenhem ME, Moraes CL. Operacionalização De adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*; 2007. 41(4):665-673.
22. Silva LT. *Construção e validação de um instrumento para a ocorrência de problema ético na Atenção Básica* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
23. Freire MHS, Arreguy-Sena C, Müller PCS. Adaptação transcultural e validação de conteúdo e semântica do Difficult Intravenous Access Score para uso pediátrico no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 2017. 25:e 2920.
24. Gomes D, Finkler M. Uma análise bioética das relações intra e inter-equipe de saúde bucal. *Rev Bras Bioética*; 2016. 12(e4):1-15.
25. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol Serv Saude*; 2017. 26(2):275-284.
26. Thurow LL, Castilhos ED, Costa JSD. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. *Epidemiol Serv Saude*; 2015. 24(3):545-550.
27. Fonseca GS, Siqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araújo ME. A clínica do corpo sem boca. *Saúde Sociedade*; 2016. 25(4):1039-1049.
28. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Britto GEG. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia de Saúde da Família. *Trab Educ Saúde*; 2018. 16(1):141-162.
29. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. *Comunicação Saúde Educação* 2015; 19(53):265-74.

5.3 ARTIGO 3

Validação do Inventário de Problemas Éticos para a Saúde Bucal

Resumo

Pesquisa metodológica para validação de face e conteúdo do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde voltado à Saúde Bucal (IPE-APS-SB). Empregou-se a técnica Delphi buscando-se consenso mínimo de 51% entre 23 cirurgiões-dentistas considerados experts. Divididos em dois grupos, solicitou-se ao grupo 1 uma análise comparativa entre os itens do IPE-APS-SB e do IPE-APS referência, questionando se estariam compatíveis entre si e com a realidade dos problemas éticos em Saúde Bucal, com linguagem clara e terminologia correta. Ao grupo 2, de problemas éticos específicos, perguntou-se sua compatibilidade com a realidade da Saúde Bucal. No caso de discordância, foi solicitada nova redação do problema e comentários-razões da discordância. Foi proposto pelos experts a reescrita de vários itens, alterados após síntese e análise, bem como incorporadas as sugestões (em ambas as rodadas). Na segunda rodada da técnica, os experts foram convidados a responder às questões que não atingiram consenso: 3 itens no grupo 1 e 5 itens no grupo 2. Nesta rodada, chegou-se ao consenso esperado, considerando-se o instrumento validado. A técnica Delphi mostrou-se essencial para atingir-se enunciados mais compreensíveis e adequados. Esta validação potencializa o Inventário a ser empregado pelos trabalhadores da saúde bucal e gestores que queiram qualificar o serviço, desencadeando uma reflexão mais ampliada dos profissionais sobre os problemas ético-políticos vividos, além de processos coletivos de deliberação ético-política.

Palavras-chave: Ética; Bioética; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Estudos de Validação.

Abstract

Methodological research for face and content validation of the Inventory of Ethical Problems in Primary Care turned to Oral Health (in Portuguese, IPE-APS-SB). The Delphi method was employed, aiming to obtain a minimum consensus of 51% among 23 dental surgeons considered experts, who were divided into two groups. Group 1 was requested to draw a comparative analysis between the items of IPE-APS-SB and

those of the reference IPE-APS. They were asked if they were compatible with each other and with the reality of ethical problems in oral health, and if they were written in a clear language and with the correct terminology. Group 2, of specific ethical problems, was asked about their compatibility with the reality of oral health. In case of disagreement, they were asked to re-write the problem and to provide comments/reasons for the disagreement. The experts proposed to re-write several items, altered after synthesis and analysis, and the suggestions were incorporated (in both rounds). In the second round of the method, the experts were invited to answer the questions that had not reached a consensus: 3 items in group 1 and 5 items in group 2. In this round, the expected consensus was reached and the instrument was considered validated. The Delphi method proved to be essential to obtain more understandable and adequate wordings. This validation enhances the Inventory for to be employed by oral health workers and managers who want to qualify the service, triggering a broader reflection of professionals on the ethical-political problems experienced, as well as collective processes of ethical-political deliberation.

Keywords: Ethics; Bioethics; Primary Care; Oral Health; Validation Studies.

Introdução

Desde a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (Cazaquistão, 1978), a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se pilar da garantia da saúde como direito humano fundamental, pautada em valores como qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania e participação¹. Seguindo estes princípios, a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro na década de 1980, no auge da redemocratização do país, buscou modificar o modelo biomédico hospitalocêntrico almejando a construção de um modelo de acesso universal e atenção integral à saúde. Entretanto, diferentemente da implantação de outros sistemas de saúde universais do pós-segunda guerra mundial, o brasileiro torna-se possível somente quando o *welfare state* já se apresenta em crise. As políticas neoliberais de austeridade do Estado tornam a consolidação do SUS uma tarefa persistente e hercúlea, devido ao sub-financiamento e à fragmentação ditada por interesses privatistas e de mercado. Ao final da década de 1990, o Programa de

Saúde da Família (PSF), transformado posteriormente em Estratégia (ESF), volta-se ao fortalecimento da APS, com reorganização dos processos de trabalho, investimento em tecnologias não materiais e humanização do cuidado para qualificação da atenção, propondo uma clínica ampliada para além do mero tratamento curativo-individualizado^{2,3}.

A nascente Bioética Social acaba bebendo no Brasil, nestas águas do movimento sanitário e da Saúde Coletiva para edificar seu referencial epistemológico e prático, registrando importantes avanços na construção de um conhecimento bioético autóctone. Paralelamente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) empreende esforços para normatização regulamentadora das pesquisas envolvendo seres humanos, culminando na Resolução 196/96, seguida da 466/12 e da 510/16 que dão origem e aperfeiçoam, respectivamente, o sistema CEP-CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa-Comitê Nacional de Ética em Pesquisa)⁴.

No campo da Bioética Clínica, mantém-se como desafio a consolidação dos comitês clínicos ou hospitalares de bioética⁴. Na APS, os problemas éticos normalmente “naturalizados” por seu imbricamento com questões organizacionais e estruturais, tornam desafiador seu desvelamento e a possibilidade de deliberação coletiva subsequente. Neste sentido, buscou-se construir o Inventário de Problemas Éticos na APS (IPE-APS), voltado a identificar os problemas éticos cotidianos das práticas de saúde. Um processo que colaborou no surgimento da Bioética Clínica Amplificada⁵, referencial este que chama atenção para o fato de que, diferentemente da atenção terciária, os problemas éticos na APS não estão ligados a situações emergenciais e ao desenvolvimento de tecnologias biomédicas, mas às situações que ocorrem de forma invisibilizada na praxis da produção de saúde. Aponta, portanto, para a falta de percepção e de deliberação ética destes problemas, mesmo sendo a estrutura dos serviços um importante fator causal^{6,7}.

O método de deliberação ética preconizado por Diego Gracia^{8,9} para a tomada de decisão frente a conflitos morais tem sido pouco empregado na assistência de alta complexidade, devido ao ainda baixo número de comitês de bioética hospitalares. Na APS, a deliberação que acontece junto ao controle social, em espaços participativos como os Conselhos de Saúde, se dá na forma de discussão e decisão fortemente trespassadas por componentes políticos, distanciando-se do que seria uma deliberação ética. O debate na co-gestão das equipes de saúde que utilizam o método

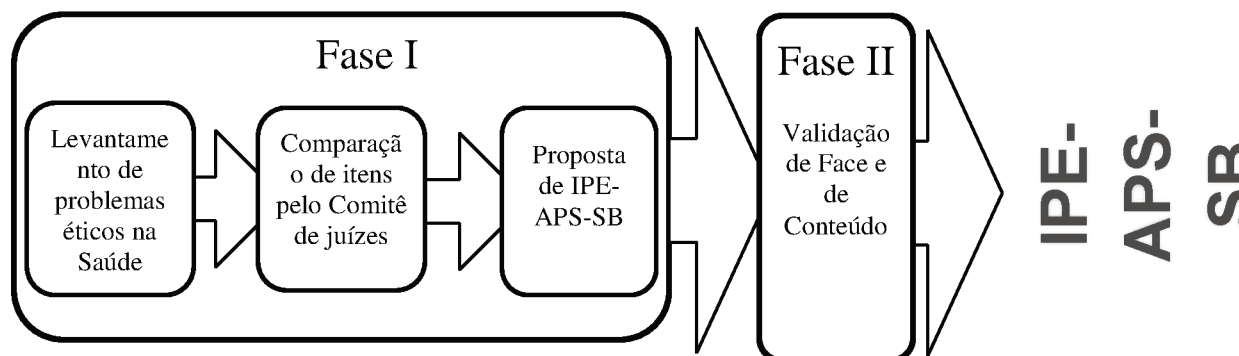
da roda e a problematização baseada na pedagogia de Paulo Freire, depende do nível de engajamento/comprometimento dos trabalhadores e gestores. Trata-se, assim de uma realidade de participação, palco de alguns questionamentos possíveis: a dimensão ética dos problemas da saúde está inserida neste contexto de participação? Acontece nos espaços de discussão sobre a APS? O método de deliberação ética poderia ser incorporado em consonância com os métodos de gestão já utilizados? Seria necessária a construção de outros espaços de deliberação ética ou bastaria suporte adequado aos profissionais, equipes e Conselhos de Saúde?

No bojo destas questões, o desvelamento de problemas éticos por meio de um instrumento para diferentes contextos da APS torna-se uma ferramenta importante na qualificação das práticas em saúde. A Saúde Bucal (SB), por designar-se uma área delimitada à boca - com todos os sentidos epistemológicos e práticos que esta designação possa suscitar -, torna-se um campo singular para identificação de problemas de éticos, razão deste estudo. Através de pesquisa metodológica iniciada com o levantamento de problemas éticos junto a profissionais da SB de uma região metropolitana do sul do Brasil¹⁰; seguido de uma etapa de equivalência de itens, semântica e de conteúdo destes problemas específicos com o IPE-APS (inventário referência) por um comitê de juízes que deu origem ao IPE-APS voltado à SB (IPE-APS-SB)¹¹; busca-se neste artigo, a validação de face e de conteúdo deste novo Inventário. A fase metodológica desta pesquisa de validação do IPE-APS-SB através da técnica de Delphi modificada, resulta em um instrumento disponível para ser aplicado por trabalhadores e gestores da saúde bucal na APS, com potencial de desencadear uma reflexão mais ampliada dos profissionais da saúde bucal sobre os problemas ético-políticos vividos, além de processos coletivos de deliberação ético-política nas Unidades de Saúde.

Método

Após aprovação do projeto de pesquisa por comitê de ética em pesquisa (parecer n. 1.789.872), as diferentes etapas de construção do IPE-APS-SB (fase I) e de validação de face e de conteúdo (fase II) puderam ser realizadas (Figura 1).

Figura 1 – Representação gráfica das fases da pesquisa



Fonte: autora (2019)

O processo metodológico de construção do IPE-APS-SB, realizado na fase I da pesquisa, encontra-se detalhado em publicações anteriores^{10,11}. Este artigo ocupa-se em apresentar o processo e o resultado da validação de face e de conteúdo do novo Inventário.

A validação é um processo que busca avaliar a fidedignidade das observações, interpretações e generalizações desenvolvidas ao longo da pesquisa, incluindo as etapas de validação de face, de conteúdo e psicométrica do constructo. A técnica de validação de face pode ser empregada para a análise conceitual do objeto de estudo de um instrumento. Este processo de validação consiste em aplicar o instrumento adaptado a uma amostra, de modo concomitante ao instrumento já existente e validado, o qual será considerado padrão ouro. Este processo de construção-validação precisa justificar-se na necessidade de uma nova escala, quando outras escalas já existem, podendo ser realizado por um comitê *de experts* para comparar a versão nova do Instrumento com a versão padrão-ouro. Já a validação interna ou de conteúdo, refere-se ao julgamento sobre o instrumento e não é determinada estatisticamente, ou seja, resulta do julgamento de diferentes especialistas que analisam o conteúdo e a relevância dos objetivos a medir^{12,13}. Neste trabalho, a análise da equivalência de face e de conteúdo foram desenvolvidas através do método de Delphi modificado¹⁴.

O método de Delphi é uma técnica em que se analisa e discute a avaliação de especialistas (*experts*) sobre um tópico específico, com sentido de obter concordância e consenso para se chegar à versão final. Este método foi criado, inicialmente, em Santa Mônica (Estados Unidos), e serviu para investigar o impacto da tecnologia na

guerra. Espelhado no lendário Oráculo de Delfos, o método é estruturado para coletar de forma sistemática juízos de *experts* sobre determinados problemas, processar as informações e construir, através de recursos estatísticos, um acordo geral no grupo. Assim, permite a transformação, na investigação, das apreciações individuais dos *experts* em um juízo coletivo superior. Os princípios básicos para realização de um estudo pela técnica de Delphi são: 1. processo interativo que consiste na realização de rodadas sucessivas de consultas para que os participantes revisem suas opiniões; 2. requer retroalimentação: os *experts* recebem as valorações de todos os participantes antes das rodadas, para contrastar seus próprios critérios com os dos demais do grupo e oferecer novamente seu juízo; 3. requer o anonimato para as respostas individuais; 4. tem como propósito a construção de um consenso: um acordo geral de grupo a partir do processamento estatístico das diferenças e coincidências entre as apreciações individuais e suas modificações através das rodadas¹⁵.

Para a seleção dos participantes, recomenda-se trabalhar com 10 a 15 *experts*, pois, além disto os benefícios costumam ser pequenos em contraste com a maior complexidade de gerenciamento do grupo¹⁵. Como o resultado da qualidade da validação depende principalmente dos especialistas escolhidos, buscou-se selecionar para este estudo cirurgiões-dentistas com experiência de trabalho na APS - na assistência, gestão ou docência - e com formação em nível de pós-graduação (residências em Saúde da Família, cursos de especialização, mestrado e ou doutorado em Saúde Coletiva e áreas afins), portanto, profissionais com saberes e experiências relevantes para o objeto desta pesquisa, que pudessem qualificar o instrumento em processo de aperfeiçoamento e que se mostrassem motivados a participar¹⁴. Assim, a amostra por conveniência totalizou 23 *experts*, selecionados (as) nos diferentes municípios incluídos na pesquisa (Florianópolis, Palhoça, São José e Biguaçu). A caracterização dos *experts* é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos *experts* por nível de pós-graduação e tipo de atuação na APS

Expert s	Nível de pós-gra- duação	Atuação na APS		
		Assistência	Gestão	Docência
V1	E	X	X	
V2	E M D	X		
V3	M	X		X
V4	E	X		
V5	E	X	X	
V6	R	X		
V7	M D	X	X	
V8	M D			X
V9	R	X		
V10	E M D		X	
V11	E R	X		
V12	R	X		
V13	E	X	X	
V14	M D	X	X	X
V15	G	X		
V16	R E	X	X	X
V17	R	X		
V18	E M	X	X	X
V19	E	X	X	
V20	E M	X	X	X
V21	R E	X	X	
V22	E M	X	X	X
V23	E M D	X	X	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Legenda: R = residência; E= especialização; M= mestrado; D= doutorado; G=Graduado

Como a etapa anterior da pesquisa (fase I) atingiu uma quantidade expressiva de itens para a composição do inventário (36), no processo de validação houve necessidade de subdivisão em dois grupos, com seus respectivos questionários estruturados, a fim de não sobrecarregar o trabalho de julgamento de cada *expert*. Um grupo (n. 1), composto por 12 *experts*, ficou responsável por comparar os 21 itens do IPE-APS referência com os itens equivalentes do IPE-APS-SB, testando se “o item do IPE-APS-SB está elaborado de acordo com o instrumento original” e se “o item do IPE-APS-SB está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta”. O outro grupo (n. 2), com 11 *experts*, referiu-se aos 15 problemas éticos específicos da SB, sem equivalentes com o IPE-APS referência, testando se “o item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta”. Em ambos os grupos, no caso de discordância do Inventário proposto, foi solicitado que o *expert* reescrevesse o problema a fim de melhorar a compreensão e tecesse comentários e/ou explicitasse as razões de sua discordância.

A coleta de dados aconteceu entre julho de 2018 e abril de 2019. Depois de feito contato telefônico ou pessoal para participação na pesquisa, solicitando e-mail para envio do material e consentimento - para participação de forma livre e esclarecida -, os *experts* foram distribuídos aleatoriamente nos dois grupos e receberam, de modo eletrônico e individual, o questionário para ser preenchido. Assim, preservou-se o sigilo de suas identidades, podendo-se testar se a redação dos problemas éticos descritos no IPE-APS-SB estava de acordo com os problemas éticos vivenciados na área da SB. Nos resultados, os *experts* foram designados pela letra V seguida de um número, mantendo-se o anonimato.

Na primeira rodada, o instrumento enviado aos *experts* foi acompanhado de uma nota explicativa de apresentação que incluiu os objetivos da técnica de Delphi, a apresentação com o objetivo do trabalho de pesquisa, as condições práticas para as respostas ao questionário e a solicitação da assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido eletrônico (Apêndice B e D). Na sequência, as pesquisadoras coletaram as respostas e analisaram-nas. Diante das modificações propostas, foi construída uma nova redação para vários dos problemas éticos. Compôs-se uma lista com todas as respostas consensuadas e, outra, com as respostas que não atingiram o consenso mínimo de 51%^{6,7,15}. Na segunda rodada,

juntamente com a análise das sugestões e comentários dos *experts* resultantes da primeira rodada, encaminhou-se os itens não consensuados para os respectivos grupos de *experts* (3 itens no grupo 1 e 5, no grupo 2), com os mesmos questionamentos da primeira rodada e da mesma forma procedimental (Apêndice C e E).

Resultados

Primeira Rodada da Técnica de Delphi

Como a etapa de construção do IPE-APS-SB que aconteceu na fase I da pesquisa, desenvolvida anteriormente, chegou a um Inventário com grande número de itens (36), neste processo de validação de face e de conteúdo houve necessidade de subdivisão dos itens em dois grupos, apresentados nos Quadros 2 e 3.

As sugestões feitas pelos *experts* nesta primeira rodada, não estão contidas em sua totalidade nos quadros, tampouco estas aparecem de maneira integral. Buscou-se registrar nos quadros apenas alguns trechos de falas dos participantes que apontassem as mudanças de redação sugeridas e/ou os comentários sobre algum tipo de discordância aos problemas éticos ou sua formulação.

Seguindo o modelo do IPE-APS referência, acordou-se que as abreviaturas utilizadas nos quadros continuarão fazendo parte do instrumento validado para a SB, seguindo a seguinte lista de abreviaturas: SB - Saúde Bucal; ESF - Equipe de Saúde da Família; ESB- Equipe de Saúde Bucal; CD - cirurgião-dentista; ASB - Auxiliar de Saúde Bucal; TSB - Técnico de Saúde Bucal; UBS - Unidade Básica de Saúde; UPA - Unidade de Pronto Atendimento; CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

Quadro 1 - Primeira rodada de validação do IPE-APS-SB pela técnica de Delphi para o grupo 1 - comparativo entre os itens do IPE-APS referência e os itens equivalentes do IPE-APS-SB.

Item do IPE-APS referência	Item do IPE-APS-SB	Está elaborado de acordo com o Instrumento original? (% negativas)	Está compatível com a realidade dos problemas éticos em SB, com linguagem clara e terminologia correta? (% negativas)	Se não, reescreva o problema a fim de melhorar sua compreensão. (% proposta de nova redação)	Se considerar necessário, faça comentários ou explicita as reações para esta discordância. (% comentários)	Nova redação proposta
1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.	1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.	0%	16,66% (V2, V16)	8,33% (V16)	8,33% (V16 "alteração para frase verbal")	1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.
2. Pré-julgamento dos usuários dos serviços por parte das equipes. 3. Desrespeito do profissional para com o usuário.	2. Os profissionais da SB ou trabalhadores da UBS pré-julgarem e desrespeitam os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.	8,33% (V3)	50% (V2, V3, V4, V6, V16, V18)	33,33% (V18, V16, V3, V6)	41,66% (V18, V1, V2, V3, /V16 "eu excluiria pré-julgamento porque já está incluído em preconceito")	2. Desrespeito aos usuários ou familiares por parte dos profissionais da ESB ou trabalhadores da UBS, com base em preconceitos e estigmas.
4. Indicações clínicas inadequadas.	4. Indicações clínicas inadequadas.	0%	8,33% (V16)	8,33% (V16)	16,66% (V16, V4 "dentro do leque de possibilidades da APS sim")	4. Inadequadas indicações clínicas de tratamentos ou procedimentos pelos profissionais da SB.

<p>5. Prescrição de medicamento que o usuário não poderá comprar.</p>	<p>5. Os profissionais prescrevem tratamentos ou procedimentos especializados que o usuário não terá dinheiro para pagar, quando estes tratamentos-procedimentos não são oferecidos no SUS.</p>	<p>8,33% (V3)</p>	<p>33,33% (V2,V16, V18, V21)</p>	<p>33,33% (V21, V16, V2, V18)</p>	<p>33,33% (V21, V3, V4, V16 “os procedimentos não necessariamente são especializados, o CD pode indicar uma clínica privada sob outras justificativas. Sugiro excluir a segunda parte da frase”)</p>	<p>5. Prescrição de tratamento ou indicação de procedimento que o usuário não poderá pagar.</p>
<p>7. O usuário solicita ao médico e ao enfermeiros procedimentos que deseja.</p>	<p>7. O usuário solicita ao CD os procedimentos que deseja.</p>	<p>8,33% (V16)</p>	<p>16,66% (V4, V16)</p>	<p>8,33% (V16)</p>	<p>16,66% (V16, V4 “o que ele necessita”)</p>	<p>7. O usuário solicita ao CD os procedimentos que deseja, seguindo um padrão coersionado de consumo ou tradicional de cura invasiva.</p>
<p>8. Como convencer o usuário a dar continuidade e ao tratamento.</p>	<p>8. Os profissionais da SB sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente sem o trabalho educativo e de promoção potencializado pela equipe, mais especificamente do TSB.</p>	<p>25 % (V3, V16, V22)</p>	<p>58,33 % (V3, V4, V6, V16, V18, V21, V22)</p>	<p>41,66 % (V21, V18, V16, V3, V6)</p>	<p>25 % (V3, V16, V18 “No meu entendimento o trabalho das TSB não atua como protagonista no conflito ético que se estabelece na continuidade do tratamento”)</p>	<p>8. Como convencer ou motivar o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente e sem o trabalho clínico de promoção à saúde do TSB.</p>

14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam no PSF.	14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam na SB e EqSF.	0%	16,66% (V4, V16)	16,66% (V16, V3)	16,66% (V16, V4 “vejo pouco isso na minha realidade”)	14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns profissionais que atuam na SB, no desempenho de suas atribuições.
15. As EqSF não colaboram umas com as outras.	15. As ESB e EqSF não colaboram umas com as outras, têm baixo planejamento estratégico e ações conjuntas.	16,66% (V16, V22)	33,33% (V4, V16, V 21, V22)	33,33% (V22, V16, V3, V21)	25% (V4, V16, V22 “as ESB não colaboram umas com as outras, têm baixo planejamento e ações conjuntas”)	15. As EqSF e ESB não colaboram umas com as outras, resultando em poucas ações interprofissionais
16. Falta de respeito entre os membros da equipe. 18. É difícil limitar o papel e as responsabilidades de cada profissional	16. Existe falta de respeito entre os membros da ESB, em especial, na relação de valorização do serviço auxiliar e do trabalho em equipe.	16,66% (V3, V16)	33,33% (V1, V3, V4, V16)	25% (V16, V1, V3)	25% (V3, V16, V4 “vejo os profissionais se tratarem com respeito na imensa maioria das vezes”)	16. Falta de respeito entre os membros da ESB, em especial, na valorização do serviço auxiliar e do trabalho em equipe.
17. Falta de preparo dos profissionais para trabalhar no PSF.	17. Falta de preparo-formação (perfil) dos profissionais para trabalhar na ESF.	0%	16,66% (V4, V16)	16,66% (V16, V3)	8,33% (V16 “sugiro padronizar todo o instrumento quanto ao enunciado. Há alguns problemas descritos através de frases verbais”)	17. Inadequada formação dos profissionais da SB no desempenho de suas atribuições na APS.

19. Profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada.	19. Profissionais se omitem diante de um procedimento clínico inadequado ou errado.	16,66% (V3, V5)	33,33% (V1, V4, V5, V16)	16,66% (V1, V16)	33,33% (V16. V4, V5, V3 “entendo como situações diferentes a questão de prescrição e a questão do procedimento clínico inadequado ou errado. Considero ambos problemas éticos”)	19. Omissão dos profissionais da SB diante de um procedimento clínico ou uma prescrição inadequada.
21. Dificuldade para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotina da USF.	21. Dificuldade para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotina da USF.	0%	16,66% (V4, V16)	8,33% (V16)	8,33% (V16 “organização do processo de trabalho é uma terminologia mais técnica e abrangente”)	21. Dificuldade para preservação da privacidade do usuário por problemas na estrutura física e rotina ESB e da UBS.
22. Falta de apoio com ações intersetoriais para discutir e resolver os problemas éticos.	22. Os profissionais da SB e EqSF sentem falta de apoio de ações intersetoriais, que dependem da organização e gestão do sistema, para discutir e resolver problemas éticos que encontrem em sua prática.	0%	25% (V3, V4, V16)	16,66% (V16, V3)	8,33% (V16 “sugeri nova redação com mesmo conteúdo)	22. Falta de apoio institucional, com ações intersetoriais, para discutir e resolver os problemas éticos.
23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de	23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de problemas com os profissionais.	0%	25% (V2, V4, V16)	8,33% (V16)	16,66% (V16, V4 “tudo é discutido em reuniões mensais”)	23. Falta de transparência da coordenação da UBS na resolução de problemas que envolvem

problemas com os profissionais.						os profissionais.
24. Excesso de famílias adscritas para cada equipe.	24. Há um excesso de famílias adscritas para cada equipe da ESF ou ESB.	0%	25 % (V6, V16, V17)	33,33 % (V18, V16, V3, V6)	8,33 % (V16 "Seria interessante padronizar a nomenclatura, não abreviar")	24. Há excesso de famílias adscritas para cada ESB.
26. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF.	26. Demérito aos encaminhamentos feitos pelos CDs do serviço público.	8,33% (V16)	25% (A2, V4, V16)	8,33% (V16)	8,33% (V16 "Não compreendi ao que se refere exatamente este item")	26. Demérito à qualidade assistencial do CD do serviço público por outros profissionais, em especial, da iniciativa privada.
27. Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares.	27. Há dificuldade no sistema de referência e contra-referência para a realização de exames radiográficos, além de agilidade e eficiência do serviço.	25% (V3, V16, V22)	75% (V1, V2, V3, V4, V16, V17, V18, V21, V22)	58,33% (V22, V21, V18, V17, V16, V1, V3)	50% (V22, V18, V17, V3, V16, V21 "poderia deixar o texto original. Saúde Bucal não se resume à RX quando se refere a exames complementares")	27. Dificuldade no sistema de referência para a realização de exames complementares, especialmente os radiográficos.
32. Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem exames.	32. Usuários que se recusam a seguir as indicações de ações preventivas de cuidado bucal, sem mudança na gestão individual de sua saúde.	25% (V16, V17, V23)	50% (V2, V3, V6, V16, V17, V23)	50% (V23, V17, V16, V2, V3, V6)	33,33% (V17, V4, V16, V23 "No meu entendimento faltava incluir ações mais amplas de adesão ao tratamento que não estão contempladas nas ações preventivas")	32. Usuários que desobedece as orientações profissionais no cuidado com sua própria saúde.

35. Funcionários da USF questionam a prescrição médica.	35. Profissionais da ESB questionam a conduta dos (das) CD.	25% (V3, V16, V22)	41,66% (V2, V3, V4, V16, V22)	25% (V22, V3, V16)	25% (V22, V3, V16, V22 “não são apenas os profissionais da ESB que questionam o trabalho do CD”)	35. Questionamento sobre a conduta clínica dos CD por outros profissionais da SB, inclusive pelos profissionais auxiliares.
38. Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares.	38. As visitas domiciliares são dificultadas por questões relacionadas ao deslocamento, em especial do odontomóvel, diminuindo o poder de atuação clínica do CD.	16,66% (V16, V22)	58,33% (V1, V2, V4, V16, V18, V21, V22)	58,33 (V22, V21, V18, V16, V1, V2, V3)	25% (V21, V16, V22 “as visitas domiciliares não necessitam do odontomóvel para acontecerem”)	38. Falta de condições para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESB
39. Falta de condições na USF para atendimentos de urgência.	39. A UBS não dá conta de todos os atendimentos de urgência odontológica, além de problemas operacionais.	25 % (V16, V17, V18)	41,66% (V16, V1, V21, V22)	58,33% (V22, V21, V18, V17, V16, V1, V3)	33,33 % (V22, V17, V16, V18 “não entendi no que se enquadram os problemas operacionais”)	39 Falta de condições ou capacidade instalada para as ESB atenderem todas as urgência.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Quadro 2 - Primeira rodada de validação do IPE-APS-SB pela técnica de Delphi para o grupo 2 - validação dos problemas éticos específicos da saúde bucal.

Problemas éticos em SB	Está compatível com a realidade dos problemas éticos da SB, com linguagem clara e terminologia correta? (% negativas)	Se não, reescreva o problema a fim de melhorar sua compreensão. (% negativas)	Se considerar necessário, faça comentários ou explicita as reações para esta discordância. (% proposição de nova redação)	Nova proposta de redação
------------------------	--	--	--	--------------------------

2. O acolhimento dos usuários que buscam atendimento odontológico não segue o preconizado pela ESF.	45,45% (V7, V8, V10, V12, V13)	27,27% (V7, V8, V12)	27,27% (V8, V10, V12 “Acredito que em alguns pontos da rede existe uma prática de acolhimento compatível com o preconizado pela ESF”)	2. Desacordo entre o acolhimento aos usuários na SB e o preconizado pela ESF.
6. Ausência ou insuficiência de ASB para desenvolvimento de atividades preventivas e clínicas.	27,27% (V8, V12, V20)	27,27% (V20, V8, V12)	18,18% (V8, V20 “Necessidade de complementar a frase”)	6. Ausência ou insuficiência de ASB para auxiliar no trabalho clínico e coletivo.
7. Dificuldade na realização das ações preventivas devido a problemas nas relações intersetoriais saúde-educação.	54,54% (V8, V11, V13, V14, V19, V20)	45,45% (V20, V19, V8, V11, V14)	18,18% (V20, V19 “eu não chamaria de “problemas nas relações intersetoriais”. O que ocorre é mais uma falta de dialogo intersetorial, incompatibilidade de interesses, ações pontuais sem articulação de rede”)	7. Dificuldade na realização das ações educativo-preventivas devido a problemas nas relações intersetoriais saúde-educação.
10. Violência vivenciada no trabalho.	54,54% (V8, V11, V12, V13, V19, V20)	36,36% (V20, V19, V11, V12)	27,27% (V20, V19, V8 “mas que tipo de violência? Outro ponto: os itens anteriores tinham uma qualificação (dificuldade, ausência) e este não tem”)	10. Violência vivenciada no trabalho envolvendo diversos atores.
12. Profissionais da ESB testemunham discriminação entre usuários.	63,63% (V8, V10, V11, V12, V13, V19, V20)	36,36% (V20, V8, V11, V12)	36,36% (V20, V8, V10, V19 “discriminação por parte de quem? Que tipo?”)	12. Discriminação de usuários para com outros usuários, relacionada a estigmas sociais.
13. Profissionais da saúde bucal entendem que os usuários apresentam problemas cognitivos relacionados à vulneração social.	36,36% (V7, V8, V19, V20)	27,27% (V20, V7, V8)	27,27% (V8, V19, V20 “necessidade de complementar e substituir palavras”)	13. Alguns usuarios da SB apresentam problemas cognitivos relacionados a condições socioeconômicas geradoras de vulneração social.

15. A estrutura física dos consultórios odontológicos dificulta o trabalho em equipe e facilita doenças do trabalho à equipe auxiliar.	45,45% (V8, V10, V12, V19, V20)	36,36% (V20, V8, V12, V19)	45,45% (V20, V8, V10, V11, V19 “Na prefeitura, o padrão dos novos consultórios é adequado ao trabalho em equipe e também para a equipe auxiliar”)	15. Dificuldade para desenvolvimento do trabalho clínico em equipe e ocorrência de doenças no trabalho, devido a problemas na estrutura física do consultório odontológico.
18. Diminuição ou ausência de atendimento odontológico de urgência nas UPA.	27,27% (V8, V11, V12)	18,18% (V8, V11)	18,18% (V12, V8 “importante é ter a possibilidade de acesso na rede, podendo ou não ser em UPA, ou outra estrutura”)	18. Diminuição ou ausência de atendimento odontológico de urgência nas UPA.
20. Condições de trabalho precarizadas.	18,18% (V8, V14)	18,18% (V8, V14)	36,38% (V8, V11, V19, V14 “citar algumas condições de trabalho seria importante”)	20. Precarização das condições de trabalho na SB.
22. Problemas estruturais para alocar adequadamente os profissionais no CEO.	36,36% (V8, V10, V15, V20)	27,27% (V20, V8, V15)	36,36% (V20, V11, V8, V10 “falta de espaço ou de insumos? Mais profissionais do que equipamento?”)	22. Inadequada ou insuficiente alocação de profissionais no CEO.
24. Falta de transparência na fila de espera pelos serviços de média complexidade em SB.	45,45% (V7, V12, V13, V19, V20)	18,18% (V20, V7)	36,36% (V20, V11, V19, V12 “já existe uma plataforma online onde o usuário pode consultar seu lugar na fila do SUS”)	24. Falta de transparência na fila de espera pelos serviços de média complexidade em SB.
26. Subestimação e desvio de função de TSB para ASB.	27,27% (V8, V13, V15)	18,18% (V8, V15)	54,54% (V19, V8, V10, V11, V15, V7 “e para outras funções, tais como marcador de SISREG, recepção, etc”)	26. Subestimação e desvio de função de TSB para ASB.
27. Engajamento dos profissionais à ESF está relacionado à formação específica para a área.	54,54% (V7, V8, V10, V11, V12, V20)	63,63% (V20, V19, V7, V8, V10, V11, V12)	18,18% (V20, V8 “não acho que esteja escrito sob forma de problema ético”)	27. Falta de engajamento dos profissionais, relacionada à insuficiente formação para a ESF.

29. Falta de união dos trabalhadores para maior valorização no trabalho na APS e em saúde bucal.	27,27% (V8, V10, V20)	18,18% (V8, V20)	36,36% (V20, V8, V11, V10 "acho que não é falta de união, mas não ter ferramentas e cultura do trabalho em equipe")	29. Falta de união da ESB para maior valorização do trabalho na APS.
30. Incompreensão da atuação do CD para além da ação curativa e como parte da ESF.	27,27% (V8, V11, V20)	27,27% (V20, V8, V11)	27,27% (V20, V8, V19 "sugiro acrescentar incompreensão por parte de quem?")	30. Incompreensão sobre a atuação do CD como parte da ESF e para além da ação curativa.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Segunda Rodada da Técnica de Delphi

Foram considerados para a segunda rodada os itens que somaram mais de 51% de negativas⁷. Como o quesito "o item está elaborado de acordo com o instrumento original? Sim ou Não" não apresentou negativas de mais de dois participantes, foi desconsiderado para a segunda rodada. No quesito "o item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não" foram considerados os 3 itens não consensuados para o grupo 1 (comparativo entre inventários - itens 8, 27, 38) e os 5 itens não consensuados para o grupo 2 (problemas específicos da SB - itens 7, 10, 12, 23, 27).

Quadro 3 - Segunda rodada da validação do IPE-APS-SB pela técnica de Delphi para o grupo 1 - comparativo entre os itens do IPE-APS referência e o IPE-APS-SB.

Item IPE-APS referência	Item IPE-APS-SB (após primeira rodada da técnica de Delphi)	Está compatível com a realidade dos problemas éticos em SB, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não. (% negativas)	Reescrita do problema a fim de melhorar sua compreensão ou considerações para as discordâncias	Redação final
8. Como convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.	8. Como convencer ou motivar o usuário a dar continuidade e ao tratamento,	25% (V22, V16, V21)	V16 Eu excluiria "convencer", pois passa a ideia de que a visão do profissional está necessariamente "certa" e do usuário "errada". V21 Como convencer ou motivar o usuário a dar	8. Dificuldade em convencer ou motivar o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente sem o trabalho

	especialmente sem o trabalho clínico de promoção à saúde do TSB.		<p>continuidade ao tratamento, sem um trabalho bem estruturado clinicamente, e também de prevenção e promoção entre todos os integrantes da equipe de saúde bucal.</p> <p>V23 Não entendi a parte: especialmente sem o trabalho clínico de promoção à saúde do TSB.</p> <p>V18 Acredito que a redação melhorou com a inserção do verbo motivar e o fato de teres salientado a possibilidade da promoção de saúde que a TSB poderia construir.</p> <p>V22“Convencer”, no sentido de persuadir com argumentos, é tarefa difícil e considero que motivar é mais adequado, pois retira a carga de que o profissional está sempre certo.</p> <p>Considero que atendimento clínico de promoção não existe, pois são individuais, não caracterizam promoção, os trabalhos clínicos do TSB são de prevenção. A grande maioria das ESB não possuem TSB.</p>	clínico-educativo do TSB.
27. Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares.	27. Dificuldade no sistema de referência para a realização de exames complementares, especialmente os radiográficos.	0,0%	V18 Achei adequado, ampliou a possibilidade de exames complementares que, embora em sua grande maioria seja radiográfico, não são os únicos que podemos e devemos solicitar.	27. Dificuldade no sistema de referência para a realização de exames complementares, especialmente os radiográficos.

38. Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares.	38. Falta de condições para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESB.	17,41% (V3, V2)	V3 Falta de condições estruturais para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESB. Considerei importante especificar que as condições referidas são estruturais (carro para transporte, materiais necessários, etc.), considerando que outras condições podem existir (processo de trabalho, violência no território...). V2 Falta de condições e recursos. V18 O termo condições de alguma maneira já abarca parcialmente minha sugestão anterior.	38. Falta de condições para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESB.
--	--	--------------------	--	--

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Quadro 4 - Segunda rodada de validação do IPE-APS-SB pela técnica de Delphi para o grupo 2 - validação dos problemas éticos específicos da SB.

Problemas éticos em SB	Está compatível com a realidade dos problemas éticos em SB, com linguagem clara e terminologia correta? (% negativas)	Reescrita para o problema a fim de melhorar sua compreensão ou comentários sobre discordância.	Redação Final
7. Dificuldade na realização das ações educativo-preventivas devido a problemas nas relações intersetoriais saúde-educação.	8,0 % (V11)	V8 Poderia ser dificuldade no plural. V19 Atividades educativo-preventivas podem ser feitas em outros espaços, que não envolvam a educação, obrigatoriamente.	7. Dificuldades na realização das ações educativo-preventivas devido a problemas nas relações intersetoriais saúde-educação.
10. Violência vivenciada no trabalho, envolvendo diversos atores.	0,0 %	V11 Violencia verbal de usuários insatisfeitos com a oferta de vaga devido à falta de RH.	10. Violência vivenciada no trabalho, envolvendo diversos atores.
12. Discriminação de usuários para com outros usuários, relacionada a estigmas sociais.	27,2 % (V11, V14, V20)	V11 Não vivencio discriminação entre usuários devido a este motivo. V14 Discriminação entre usuários do sistema de saúde, relacionada a estigmas sociais.	12. Discriminação entre usuários do sistema de saúde, relacionada a estigmas sociais.

23. Dificuldades burocráticas ou de comunicação no processo de referência aos serviços de média complexidade em SB.	8,0 % (V19)	V19 Não temos dificuldades, uma vez que temos protocolos de encaminhamentos bem definidos. V8 “Burocráticas” poderia ser substituída por administrativas ou organizacionais.	23. Dificuldades burocráticas ou de comunicação no processo de referência aos serviços de média complexidade em SB.
27. Falta de engajamento dos profissionais relacionada à insuficiente formação para a ESF.	27,2 % (V8, V14, V7)	V7 Acho que já se superou essa ideia. V8 Falta de engajamento dos profissionais, relacionada à insuficiente formação para o trabalho em equipe. V14 Falta de engajamento dos profissionais, relacionada ao insuficiente conhecimento para a atuação na ESF.	27. Falta de engajamento dos profissionais, relacionada à insuficiente formação para atuação na APS/ESF.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Nesta segunda rodada, nenhum dos itens superou mais de 51% de discordância, não sendo, portanto, necessária uma terceira rodada. Desta forma, a versão validada do IPE-APS-SB ficou finalizada (Quadro 5).

Quadro 5 - Versão Final do IPE-APS-SB validada.

No. original IPE-APS	IPE-APS-SB com validação de face e de conteúdo finalizada
8	1. Dificuldade em convencer ou motivar o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente sem o trabalho clínico-educativo do TSB.
24	2. Excesso de famílias adscritas para cada ESB.
39	3. Falta de condições ou capacidade instalada para as ESB atenderem todas as urgências.
38	4. Falta de condições para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESB.
15	5. As EqSF e ESB não colaboram umas com as outras, resultando em poucas ações interprofissionais
2-3	6. Desrespeito aos usuários ou familiares por parte dos profissionais da ESB ou trabalhadores da UBS, com base preconceitos e estigmas.
5	7. Prescrição de tratamento ou indicação de procedimento que o usuário não poderá pagar.

14	8. Falta de compromisso e envolvimento de alguns profissionais que atuam na ESB, no desempenho de suas atribuições.
17	9. Inadequada formação dos profissionais da SB no desempenho de suas atribuições na Atenção Primária.
4	10. Inadequadas Indicações clínicas de tratamentos ou procedimentos pelos profissionais da SB.
19	11. Omissão dos profissionais da SB diante de um procedimento clínico ou uma prescrição inadequada.
26	12. Demérito à qualidade assistencial do CD do serviço público por outros profissionais, em especial, da iniciativa privada.
27	13. Dificuldade no sistema de referência para a realização de exames complementares, especialmente os radiográficos.
16-18	14. Falta de respeito entre os membros da ESB, em especial, na valorização do serviço auxiliar e do trabalho em equipe.
35	15. Questionamento sobre a conduta clínica dos (das) CD por outros profissionais da SB, inclusive pelos profissionais auxiliares.
22	16. Falta de apoio institucional, com ações intersetoriais, para discutir e resolver os problemas éticos.
6	17. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.
7	18. O usuário solicita ao CD os procedimentos que deseja, seguindo um padrão coersionado de consumo ou tradicional de cura invasiva.
21	19. Dificuldade para preservação da privacidade do usuário por problemas na estrutura física e rotina ESB e da Unidade de Saúde.
23	20. Falta de transparência da coordenação da Unidade de Saúde na resolução de problemas que envolvem os profissionais.
32	21. Usuários que não seguem as orientações profissionais no cuidado com sua própria saúde.
2*	22. Desacordo entre o acolhimento aos usuários na SB e o preconizado pela ESF.
6*	23. Ausência ou insuficiência de ASB para auxiliar no trabalho clínico e coletivo.
7*	24. Dificuldades na realização das ações educativo-preventivas devido a problemas nas relações inter-setoriais saúde-educação.
10*	25. Violência vivenciada no trabalho envolvendo diversos atores.
12*	26. Discriminação entre usuários do sistema de saúde, relacionada a estigmas sociais.
13*	27. Alguns usuarios da SB apresentam problemas cognitivos relacionados a condições socioeconômicas geradoras de vulneração social.
15*	28. Dificuldade para desenvolvimento do trabalho clínico em equipe e ocorrência de doenças no trabalho, devido a problemas na estrutura física do consultório odontológico.
18*	29. Diminuição ou ausência de atendimento odontológico de urgência nas UPA.
20*	30. Precarização das condições de trabalho na SB.
22*	31. Inadequada ou insuficiente alocação de profissionais no CEO.

24*	32. Falta de transparência na fila de espera pelos serviços de média complexidade em SB.
26*	33. Subestimação e desvio de função de TSB para ASB.
27*	34. Falta de engajamento dos profissionais, relacionada à insuficiente formação para a atuação na APS/ESF.
29*	35. Falta de união da ESB para maior valorização do trabalho na APS.
30	36. Incompreensão sobre a atuação do CD como parte da ESF e para além da ação curativa.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

*Números originais dos problemas específicos de saúde bucal

Legenda: IPE-APS-SB: Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde adaptado à Saúde Bucal; APS: atenção primária à saúde; ASB: auxiliar de saúde bucal; CD: cirurgião-dentista; EqSF: equipe de saúde da família; ESB: equipe de saúde bucal; SB: saúde bucal; TSB: técnico de saúde bucal; UBS: unidade básica de saúde

Discussão

Como os *experts* não tiveram acesso à totalidade dos problemas éticos incluídos no inventário, devido à necessidade da subdivisão em dois grupos, ocorreu um desconhecimento de parte significativa dos itens para cada grupo de *experts*, conduzindo, no processo de resposta aos questionamentos da validação, a sugestões de “novos” problemas éticos que, na realidade, já estavam contemplados.

Na primeira rodada, alguns *experts* concordaram com as formulações propostas, não assinalando nenhuma negativa, entretanto, sugerindo em alguns casos, melhorias na redação ou, mesmo, fazendo algum tipo de consideração/complementação dos problemas de acordo com sua experiência. Muitas vezes, não compreenderam o problema ético proposto, apontaram desconhecimento do problema em sua realidade de trabalho ou modificaram-no, na busca por uma melhor redação ou entendimento. Nas discordâncias ou negações em relação à existência do problema enunciado, deixa-se perceber as diferenças de experiência de cada profissional, nas diversificadas realidades de trabalho dos diferentes municípios. Entretanto, todas as sugestões de nova redação e/ou comentários sobre os problemas foram considerados na sua qualificação, seguindo a validação de conteúdo, independentemente de terem entrado na segunda rodada da Técnica de Delphi.

Tendo em vista que o IPE-APS-SB está sendo proposto para ser aplicado em diversificadas realidades, com distintos modelos de organização e processos de

trabalho na SB, procurou-se restringir o problema ético ao seu núcleo de sentido, sem qualificações relacionadas à estrutura da APS, detalhamentos ou justificativas. Assim, seguindo o IPE-APS referência, buscou-se descrever o problema de forma sucinta, possibilitando que o inventário seja posteriormente problematizado em distintas realidades do serviço em que for aplicado. Além disto, optou-se por iniciar os problemas a partir de palavras que os qualificam, como: ausência, insuficiência, falta, diminuição, dificuldade, desacordo, subestimação, precarização etc., ou através de substantivos (violência, discriminação etc.) e não a partir dos sujeitos. Buscou-se, dessa maneira, manter a redação nos itens do instrumento validado o mais semelhante possível ao inventário referência.

Percebeu-se nesta pesquisa metodológica de construção e validação de um Inventário para a saúde bucal, que o principal desafio residiu na identificação dos problemas éticos na APS pelos profissionais, tendo em vista a concepção hegemônica de ética restrita ao âmbito deontológico (atitudes profissionais, etiqueta, quebra de sigilo, privacidade, processos envolvendo responsabilidade civil)¹⁶. Uma percepção restrita que dificulta o entendimento da dimensão ético-política dos problemas na APS, o que abrange uma realidade contextual mais complexa que parece exigir, em associação ao método de deliberação ética proposto por Diego Grácia, uma ética hermenêutica crítica que consiga atingir esta dimensão mais amplificada do contexto onde está inserido e que configura o problema ético, necessária à sua análise e equacionamento. Além disto, a aplicação prática desta deliberação coletiva passa por um planejamento estratégico do serviço que crie condições organizacionais e estruturais à uma resposta efetiva e concreta na resolução dos problemas.

Como a proposta de clínica ampliada⁵ se constitui em um novo *modus operandi* que questiona as relações de poder, tanto entre profissionais e usuários, quanto na dimensão social das políticas públicas voltadas à qualidade de vida, os problemas éticos ultrapassam as paredes dos consultórios e dos muros dos Centros de Saúde em direção à vida das pessoas e das famílias, às suas casas e ao território, à comunidade e ao seu trabalho. Envolvem, desta maneira, a organização e o funcionamento do sistema de saúde, além de processos macro-estruturais socioeconômicos e culturais transversais à assistência. A teia complexa de relações e ações que permeiam os processos de trabalho em saúde associada à busca por soluções aos problemas cotidianos, levando em conta a vontade comum, em uma

realidade histórico-social, faz a dimensão ética indissociável da política, dificultando a identificação dos problemas éticos enquanto tal e, por conseguinte, a subsequente reflexão e deliberação a seu respeito.

A clínica ampliada, ao deslocar a centralidade do ato clínico para as necessidades/interesses sociais, agrega uma realidade política que remete a valores específicos incorporados, de dimensão pública, coletiva e participativa, voltados à consideração dos profissionais e usuários da saúde como sujeitos e às relações como singulares, buscando a integralidade e inserção sociocultural sustentadas por um compromisso ético-político profundo^{5,3}. Neste contexto, a ética voltada aos deveres formalmente prescritos pelos códigos profissionais limita o debate da moralidade às relações contratuais profissional-paciente, na esteira do modelo biomédico profissional normativo e liberal. Esta ética deontológica, construída historicamente pelo desejo de identidade, prestígio social, assensão econômica e excelência profissional, incorpora princípios de uma ética paternalista, onde boas intenções e exemplos parecem suficientes para assegurar a eticidade das ações e comportamentos. Esta visão hegemônica e distorcida da excelência moral, carregada de preceitos legais e corporativistas, perde a capacidade de gerar e fortalecer redes de busca pela excelência profissional na conduta social, bem como de concretizar valores morais solidários⁸, tornando-se insuficiente frente à necessidade de uma clínica ampliada que prioriza as relações intersubjetivas e dialógicas entre profissional e usuário.

Ao contrário, os problemas éticos devem ser percebidos como desafios que exigem deliberação coletiva, ultrapassando as soluções particulares e buscando respostas criativas de longo alcance e contextualizadas, a partir de um comprometimento ético-político dos profissionais^{4,6}. Além disto, uma sub-cidadania¹⁷ socialmente introjectada ao usuário do SUS - que nega direitos e qualidade de atenção por seu (não) poder de compra, aliado ao trabalho com valor de uso agregado para além do valor de troca - dificulta a reflexão sobre os processos de trabalho que englobam os determinantes socioeconômicos e culturais, conduzindo ao sofrimento moral e à vulneração programática dos profissionais⁹. Neste sentido, o cuidado e a responsabilidade de forma individualizada (pessoal) na relação profissional-paciente, não dão conta de um agente moral impessoal como o Estado, de problemas morais difusos, transversais à clínica, de lugares não nominados do sistema de saúde e de entes morais coletivos e/ou em vulneração. A ética relacionada ao planejamento,

implementação e avaliação de programas e políticas sanitárias adquire dimensão pública e de proteção, conformando-se em corpo profissional que constrói e implementa na prática tais políticas, considerando sua amplitude social, resultados e consequências, bem como englobando indivíduos ou grupos com incipiente acesso e autonomia, dado seu estado de vulneração. Neste sentido, o constructo validado, além de fonte de informação, transforma-se em potência de debate amplificado a partir da possibilidade de uma reflexão ética crítica e da deliberação coletiva⁴.

Parece haver necessidade, então, de se unir as experiências de deliberação ética propostas como método para comitês de bioética com a deliberação política que ocorre nos espaços de prática democrático-participativa em saúde, como os Conselhos de Saúde. No mesmo sentido, aponta-se a necessidade de incorporação de métodos de gestão co-participativa para a problematização coletiva. Para vencer a crítica sobre a democracia deliberativa como concepção formal, normativa, fechada, excludente e impraticável em contextos de forte desigualdade socioeconômica e cultural, além de teoricamente distante da práxis, incorporar a deliberação ética às práticas participativas já existentes no SUS, ultrapassaria o discurso ascético da despolíticação dos conflitos morais e reforçaria a importância do participativo e comum para reforçar processos de desenvolvimento moral e, portanto, de humanização. Como para a deliberação, a compreensão e a interpretação são essenciais e devem acontecer coletivamente, o método dialético de problematização, de prós e contras e de sintetização de assuntos relevantes, seguindo uma estrutura lógica e não apoiada em verdades absolutas, muitas vezes, diferentes ou até mesmo opostas, deve dar vazão a uma interdisciplinaridade convertida em intercâmbio de idéias, capaz de compreender o problema em sua contextualização¹⁸.

Atualmente, no Brasil, o caminho para a deliberação e uma nova educação para cidadania está emperrado por uma ideologia neoliberal, uma estrutura precarizada e uma gestão ultrapassada que não convidam ao avanço da democracia-participativa. No mesmo sentido, os sistemas educacionais não formam para a problematização da realidade, ao contrário, educam para a competitividade de forma autoritária, meritocrática e narcísica, não dando voz, nem permitindo ouvir o outro, o que o anula como sujeito, impossibilitando o desenvolvimento de uma competência comunicativa. Ao se enaltecer uma postura centralizadora, hierárquica e corporativa, tratam-se cidadãos como sub-cidadãos e colegas, como sub-profissionais. Segundo

Gracia¹⁸, o controle do próprio inconsciente e do narcisismo acompanhados de uma capacidade reflexiva, precisam ser cultivados em prol da problematização necessária à deliberação ética. Por isto é fundamental exercitar a autocrítica aos próprios valores e crenças e enfrentar as próprias debilidades argumentativas, afloradas nas reações em coletivo.

Além disto, no contexto de atuação no SUS e no marco de uma bioética de resistência¹⁹, amplia-se a necessidade de um engajamento ético-político participativo dos profissionais da saúde, em diversificadas instâncias de poder, possibilitando a luta por emancipação social e libertação/empoderamento cidadão. Nesta perspectiva, o IPE-APS-SB validado, pode auxiliar no cultivo junto à produção coletiva da saúde, de valores como solidariedade crítica, participação política e empreendedorismo social⁴. A construção de um *ethos* público-social pautado num que fazer moral cotidiano, encarna um papel educador de nova civilidade à sociedade de maneira geral e para o profissional da saúde de modo particular, quando passa a cumprir um papel precursor de comprometimento público-social em novos formatos democrático-participativos. Além disto, a construção de uma praxis coletiva parece potencializar valores como a solidariedade crítica e a cooperação entre indivíduos e grupos sociais, demonstrando a capacidade humana de transcender e superar interesses particulares egoístas.

Buscar soluções aos problemas reais pautado na vontade comum, numa práxis em que está em jogo a responsabilidade pelas conseqüências das decisões coletivamente tomadas, re-posiciona o profissional como agente de mudança nas suas relações com o mundo e contradiz a tese de que uma motivação moral se reduziria ao cálculo estreito das vantagens e benefícios pessoais, superando a moralidade como mera consciência individual²⁰. O ideal de participação coletiva socialmente engajada baseia-se: 1. num produto ético perpassado pelo político (sociedade civil, comunidades, qualidade de vida e determinantes sociais do processo saúde-doença); e 2. num compromisso intelectual assumido como uma responsabilidade coletiva recíproca de debate que pressupõe certa confiança no poder das idéias e nos valores que elas encarnam²¹, onde a ética pautada na justiça social, direitos humanos, proteção aos vulnerados e necessidades-interesses do paciente/usuário e coletividades, se transforma num ato político de participação

Na APS, destaca-se a clara indissociabilidade dos problemas entre assistência e gestão, quando as decisões morais de deliberação clínica exigem condições e meios para sua concretização, o que sugere uma integração entre atividades de atendimento e planejamento estratégico situacional nos serviços. Tendo em vista as condições coletivas sanitárias e intersetoriais, e a conectividade e acesso aos diversos pontos da rede de atenção à saúde, o planejamento serve como dispositivo potencializador de participação a partir do agir comunicativo, assim, o agir deliberativo significa sempre e, ao mesmo tempo, agir estrategicamente através do planejamento. Este serviria como dispositivo de processo, onde o mais importante não é o produto (plano ou projeto de ação), mas o caminho da sua produção, possibilitando uma subjetivação dos participantes, com desenvolvimento de potencialidades para estabelecer contratos e compromissos, na seleção de prioridades para a consecução do fim visado²².

Considerações Finais

O IPE-APS adaptado à saúde bucal (IPE-APS-SB), após validação de face e de conteúdo através da técnica de Delphi modificada, manteve-se com 36 problemas ético-políticos. Entretanto, a utilização da técnica, recolhendo e analisando de modo sistemático as opiniões dos *experts*, foi importante para ampliar a compreensibilidade dos enunciados dos problemas éticos constantes no inventário, qualificando substancialmente sua escrita. Configurou-se, assim, um passo essencial no processo de validação de um instrumento de avaliação da ocorrência de problemas éticos na saúde bucal da APS.

Levanta-se como certa limitação do uso da técnica de Delphi no processo desenvolvido, a participação tão somente de *experts* cirurgiões-dentistas pós-graduados, deixando-se de contar com a perspectiva dos demais profissionais que integram as equipes de SB - auxiliares (ASB) e técnicos (TSB). Mesmo considerando-se essencial o ponto de vista dos *experts* no processo de análise de conteúdo e entendimento propostos, a participação de todos os profissionais da SB na fase I da pesquisa que levantou os problemas éticos da área para a adaptação do IPE-APS, possibilitou outros ângulos de análise dos problemas vivenciados, em especial, nas relações em equipe e com o usuário-comunidade. Como forma de ultrapassar esta

limitação, já que o constructo tem por objetivo ser utilizado com toda a equipe, de forma inclusiva e amplificada, buscou-se descrever o problema de forma sucinta, restringindo o problema ético ao seu núcleo de sentido, ao mesmo tempo em que se buscou considerar as distintas perspectivas inicialmente desveladas.

O IPE-APS-SB está, portanto, disponível para ser empregado pelos trabalhadores, equipes e gestores de SB, voltado a melhorar a qualificação dos serviços por estimular a reflexão ética e possibilitar novos espaços de deliberação coletiva ético-políticas sintonizados com o planejamento estratégico situacional. Este serviria como dispositivo de processo, tornando-se central o caminhar da sua produção, por possibilitar uma subjetivação dos participantes e desenvolvimento de potencialidades para estabelecer contratos e compromissos, na seleção de prioridades para a consecução do fim visado. Entretanto, como instrumento de pesquisa, poderá passar por mais uma validação de constructo, a partir de um estudo metodológico de abordagem psicométrica.

Referências

1. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate* 2018; 42(n. especial 1):315-27.
2. Brito GEG, Mendes ACG, Neto PMS. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. *Trab. Educ. Saúde* 2018; 16(3):975-95.
3. Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde Soc* 2018; 27(4):1174-85.
4. Gomes D, Siurana-Aparisi JC. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da Bioética brasileira para as práticas do SUS. *Trab. Educ. Saúde* 2017; 15(2):347-371.
5. Zóboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética Clínica Amplificada. *O Mundo da saúde* 2009; 33(2):195-204.
6. Junges JR, , Zóboli ELCP, Schaefer R, Nora CRD, Basso M. Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014; 35(2):148-56.

7. Junges JR, Zoboli ELCP, Patussi MP, Schaefer R, Nora CRD. Validação do “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. *Rev. bioét.* (Impr.) 2014; 22(2):309-17.
8. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. In: Grande LF, Gracia D, Sánchez M. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid-España: Triacastela, 2011. p. 101-154.
9. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. *Trab. educ. saúde* 2018; 16(3):935-53.
10. Gomes D, Zoboli ELCP, Finkler M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. *Physis* 2019; 29(2):290-98.
11. Gomes D, Melo ALS, Zoboli ELCP, Mirelle F. Adaptação do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde para a saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*.
12. Góes PSA, Fernandes LMA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
13. Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje* 2009; 44 (3):86-93.
14. Marchon SG, Mendes Júnior WV. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(7):1395-412.
15. Valdés MG, Marín MS. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Rev. Cubana de Salud Pública* 2013; 39(2): 253-67.
16. Finkler M, Ramos FRS. La dimensión ética de la educación superior en odontología: un estudio en Brasil. *Bordón. Rev. de Pedagogia* 2017; 69(4):835-49.
17. Souza J. *A elite do atraso: da escravidão à lava-jato*. Lisboa/Portugal: Leya, 2017. 240 p.
18. Gracia D. La deliberación como método de la bioética. In: Porto D, Schlemper JR, Martins JZ et al. *Bioética: saúde, pesquisa, educação*. Brasília: CFM, SBB, 2014. p.223-59.
19. Schramm FR. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Revista Bioética* 2010; 18(3):519-35.

20. Vásquez AS. *Ética y Política*. México: FCE; UAM; FF y L, 2007.
21. Cortina A. El que hacer público de la ética aplicada. In: Cortina A, García-Marzá D. (orgs). *Razón pública y éticas aplicadas*. Madrid-Espanha: Tecnos, 2003. p. 11-44.
22. Junges JR, Barbiani R, Zoboli ELCP. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. *Comunicação Saúde Educação* 2015; 19(53):265-74.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à ausência de estudos voltados às questões éticas vivenciadas por profissionais de Saúde Bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde, este trabalho buscou, além da concretização de uma pesquisa metodológico-descritiva de construção-validação do IPE-APS para a Saúde Bucal, desvelar e analisar os problemas éticos em suas implicações práticas na atuação cotidiana da Saúde Bucal na APS. Apesar de um estudo desenvolvido regionalmente, pretende-se transcender esta condição, tornando o Inventário validado, aplicável às diferentes realidades da área, no contexto brasileiro. Ao desvelar seus problemas éticos, a partir dos olhares das diferentes categorias profissionais em diversas realidades de trabalho e arranjos de APS, abriu-se portas a importantes embates éticos contemporâneos, tanto do cotidiano do serviço público em Saúde Bucal, quanto transversais à assistência odontológica em si.

Apesar de permanecer como desafio a remoção do véu da invisibilidade ou a naturalização dos conflitos morais no trabalho clínico da APS, este breve desvelamento, ainda que substancial, aponta a necessidade de mudanças no padrão tradicional de poder-saber-fazer clínico, em relações individualizadas de consultório, herméticas, hierárquicas e ainda pouco permeáveis a uma clínica ampliada que inclua o usuário, o técnico, o auxiliar e o próprio CD como sujeitos de processos sociais, éticos, participativos e políticos. Além disto, percebe-se a necessidade de abertura e ampliação de espaços de apoio institucional, em equipe ou coletivos locais, para fazer-se um debate da ética capaz de romper, utilizando-se deste e de outros instrumentos como aporte coletivo eficiente, os silenciosos sofrimentos morais e a precarização subjetiva que acompanham o trabalho do profissional da Saúde Bucal no serviço público. Procurou-se, assim, dar continuidade a um caminho trilhado pela Bioética Clínica Amplificada, de aprofundamento destes processos relacionados ao desvelamento dos conflitos-problemas éticos na APS que envolvem as relações intersubjetivas profissional-usuário, inter-profissionais e equipes, assim como profissional-gerência-gestão-sistema de saúde. Um caminho ainda incipiente, que promete continuar sendo longo e árduo, no rumo de um sistema de saúde verdadeiramente único e eticamente qualificado.

Como estudo metodológico e de cunho descritivo que objetivou adaptar e validar um instrumento voltado aos problemas éticos apontados pelos profissionais da APS (IPE-APS) para a Saúde Bucal, ressalta-se a factibilidade deste processo, tendo em vista a clareza e a acurácia metodológica que se buscou empreender nesta construção. Tendo como pressuposto a importância deste instrumento para a realização de variados inquéritos quali-quantitativos sobre os problemas éticos na APS, e firmando-se como norte a deliberação coletiva, a participação política e a intervenção prática nos processos de fazer saúde, busca-se com este estudo metodológico o aprimoramento do SUS, a partir do aperfeiçoamento de uma APS ética e humanizada. Neste sentido, este trabalho de pesquisa levanta como principais conclusões sobre processo metodológico desenvolvido que:

- a. A etapa de levantamento de problemas éticos vividos no âmbito da SB da APS corrobora a assertiva de que tais problemas estão naturalizados nas relações e circunstâncias comuns e cotidianas da atenção à saúde, não pautados necessariamente em situações limite ou dilemáticas. A construção da clínica ampliada e não hierarquizada, que quebra o tradicional modelo do profissionalismo, não toma como centralidade as especificidades profissionais, mas as necessidades de saúde dos usuários e território, requerendo a participação comprometida e engajada de todos os componentes da SB;
- b. Desvelou-se uma concepção hegemônica de ética restrita ao deontológico na identificação dos problemas éticos pelos profissionais da SB. A partir dos deveres formalmente prescritos pelos códigos de ética profissionais, limita-se o debate da moralidade às relações contratuais profissional-paciente na esteira do modelo biomédico, no qual a racionalidade instrumental é seu principal elemento. Para além desta concepção de eticidade, foram também considerados os problemas da APS de caráter técnico, administrativo ou estrutural, responsáveis por desencadear conflitos morais. Oriundos dos arranjos singulares do funcionamento da APS e associados a processos macroestruturais transversais à assistência, questões materiais, financeiras, relacionais e organizacionais, apresentaram uma dimensão ética e também política do trabalho em

- saúde, visto que influenciam modos de viver, trabalhar e produzir cuidados, levando a denominação dos problemas neste trabalho como ético-políticos;
- c. Os problemas ético-políticos transversais à clínica de SB, apontados pelos profissionais no levantamento de problemas éticos, foram percebidos como falhas na co-produção do encontro e da comunicação profissional-usuário-sistema de saúde, reconhecidos de forma marcante em territórios-comunidades específicos. Atribui-se, também e fortemente, a uma vulneração para além do potencial, como uma vulnerabilidade consubstanciada nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais que caracterizam as sociedades latino-americanas e pelas falhas nas políticas públicas voltadas à equidade, presentes na sociedade brasileira, caracterizando indivíduos ou grupos concretamente vulnerados. Soma-se a isto, o predomínio da racionalidade instrumental alicerçada no contratualismo tipo liberal, ainda referenciada no sistema público-estatal de saúde. A construção de um novo *modus operandi* pautado na clínica ampliada e na solidariedade crítica, com aumento da competência comunicativa, vai além das especificidades profissionais em direção às necessidades de saúde dos usuários e território;
 - d. No processo de construção do IPE-APS-SB, a avaliação da equivalência de itens - semântica e de conteúdo, a avaliação da manutenção ou não de itens considerados não equivalentes, e a inclusão de problemas éticos específicos em saúde bucal, foram realizadas observando-se o rigor metodológico preconizado. Desta maneira, chegou-se a uma versão do Inventário compatível com o IPE-APS referência e reconhecido pela sigla IPE-APS-SB;
 - e. O processo de validação de face e de conteúdo IPE-APS-SB, através da técnica de Delphi modificada, recolhendo e analisando de modo sistemático as opiniões dos *experts*, foi importante para ampliar a compreensibilidade sobre os diversificados problemas éticos constantes no inventário, além de qualificar substancialmente a escrita dos enunciados;
 - f. A validação pela técnica Delphi configurou-se um passo essencial para construção de um instrumento de avaliação da ocorrência de problemas éticos na saúde bucal da APS, com sentido de melhorar a qualificação dos

serviços ao despertar a consciência dos profissionais sobre esses problemas;

- g. A inexistência de instrumentos com a finalidade do IPE-APS-SB transforma-o em pioneiro na produção científica específica em Saúde Bucal. Trata-se de um recurso com potência para dar visibilidade e reconhecimento aos problemas éticos no contexto da SB na APS, favorecendo a construção de novos espaços de debate da ética no trabalho e na produção do cuidado em saúde no SUS. Quiçá este estudo sirva, para além de estimular à reflexão ética do trabalhador da saúde bucal, como meio de futuros debates sobre a ética e deliberações coletivas ético-póliticas, que podem acontecer tanto nas reuniões em equipe das UBS e nos Conselhos de Saúde, quanto em espaços que poderão vir a ser construídos junto à APS, como comitês de Bioética, por exemplo;
- h. Como limitação do estudo, constata-se que a técnica de Delphi no processo de validação, utilizou como *experts* apenas cirurgiões-dentista, inviabilizando a participação dos auxiliares (ASB) e técnicos (TSB) que fizeram parte da primeira etapa de levantamento dos problemas éticos. A participação de todos estes profissionais membros das equipes de saúde bucal na fase preliminar de levantamento de problemas éticos, possibilitou outros ângulos de análise dos problemas encontrados nos processos de trabalho, em especial, nas relações em equipe e com o usuário-comunidade. Como forma de ultrapassar esta limitação, buscou-se considerar os distintos pontos de vista apontados no levantamento dos problemas em todas as fases do processo de adaptação-validação; bem como descrever os problemas de forma sucinta, restringindo-os ao seu núcleo de sentido. Desta forma, possibilita-se que o Invenário seja futuramente problematizado em diferentes realidades do serviço e de forma inclusiva a toda a equipe de saúde bucal.
- i. Outra limitação importante desta pesquisa está na falta de uma etapa do processo de validação: um estudo para testar as propriedades psicométricas do instrumento, voltado a averiguar sua confiabilidade e consistência interna. Neste estudo psicométrico, a amostra de profissionais da odontologia deve ser significativa e adequada, envolvendo toda a equipe

de saúde bucal, incluindo os profissionais de nível médio (geralmente recomenda-se 5-10 pessoas para cada questão do questionário). Com resposta de tipo likert para cada um dos problemas, esta etapa deve fornecer dados para serem tabulados e passados, em seguida, por uma análise fatorial, medindo, assim, sua confiabilidade e consistência através do coeficiente *alpha* de Cronbach - que agrupa os problemas em fatores por frequência e por suas características. Esses dados são necessários para testar a consistência interna do questionário (via alfa de Cronbach) e melhor conhecer os constructos que o compõem (via análise fatorial exploratória). Além disso, o teste da estabilidade teste reteste (em 15 dias) do instrumento também é recomendado.

- j. Uma contradição importante levantada por este trabalho desvela-se na opção pela construção de um novo IPE-APS-SB para aprofundamento e imersão nos problemas específicos da SB. Esta escolha, ao mesmo tempo em que traz ganhos enquanto trabalho que se pretende revelador dos problemas éticos da SB, a partir de uma linguagem mais clara e acessível, ou seja, mais compatível com a área em questão, acaba também significando perda ou diminuição de amplitude e concatenação ao serviço na APS, num movimento de Rede.
- k. Na APS, devido à clara indissociabilidade dos problemas éticos entre assistência e gestão, sugere-se a necessidade de integração entre atividades de atendimento e planejamento estratégico situacional nos serviços. Agir estrategicamente através do planejamento significa aproveitá-lo como dispositivo de processo, onde o mais importante não é o produto (plano ou projeto de ação), mas o caminho da sua produção, possibilitando uma subjetivação dos participantes, com desenvolvimento de potencialidades para estabelecer contratos e compromissos, na seleção de prioridades para a consecução do fim visado.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para o fomento de um debate coletivo sobre os problemas éticos vivenciados na SB, corroborando conclusões anteriores que sugerem a estrutura dos serviços não como potencializadora de apoio, nem conformadora de espaços voltados à percepção, análise e solução destes problemas, mesmo constituindo-se em importante fator

causal. Aponta-se que a existência de uma prática em SB mais próxima de ações que compatibilizam a atuação técnica com a luta pela melhoria da vida social, potencializam, concomitantemente, uma melhora dos processos de trabalho em saúde, a partir de um profissional reflexivo e politicamente comprometido. Com isto, destaca-se a necessidade da formação voltar-se ao trabalho em equipe, vinculado a preceitos humanizadores e cidadãos, somados a um fazer solidário e a uma dialogicidade-comunicação para a cogestão e o planejamento estratégico-deliberação coletiva. Faz-se necessário, então, construir fóruns ou espaços de debate da ética na APS específicos, separados do debate bioético dos ambientes hospitalares, o que passa pela construção de processos coletivos de planejamentos estratégicos situacionais-deliberativos.

Mantém-se para a Bioética Clínica Amplificada a importância do debate da ética na APS juntamente com a superação do conflito entre um Estado neoliberal austero e mínimo e a manutenção de um sistema de saúde solidarista, integral, equânime e de acesso universal, em uma sociedade desigual como a brasileira. Assim, surge com mais força ainda, aliado ao debate da ética na APS, a questão da ética pública, da democracia participativa com garantia da saúde como valor e direito humano; e do conceito de proteção aplicado ao planejamento, efetivação e avaliação das políticas públicas. Nesse sentido, precisam ser cotidianamente considerados como desafio a ampliação e o comprometimento com a construção de espaços democráticos de participação ético-política no SUS, como um poder coletivo com forte potencial de mudança. Parece significativo para a construção desta qualidade e excelência públicas, a busca por um humano que não se perceba isolado do todo, mas que tenha como referencial o corpo social e os espaços de debate coletivo, em direção a uma nova concepção identitária e deliberativa.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. A insuficiência da política pública para inclusão do técnico em saúde bucal na atenção primária no Brasil. *In*: CHAVES, S. C. L. (org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 297-318.
- AMADO, J. D. A. **Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários** [dissertação]. Universidade Católica Portuguesa; 2010.
- AMORIM, A. G.; SOUZA, E. C. F. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 15, n. 3, p. 869-878, 2010.
- ARAÚJO, R. J. G.; MEDEIROS, U. V. Análise das percepções de alunos de graduação sobre Odontologia do Trabalho. **RBO**; v. 67, n. 2, p. 157-63, 2010.
- AUSTRAGÉSILO, S. C.; LEAL, M. C. C.; FIGUEIREDO, N.; GÓES, P. S. A. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 20, n. 10, p. 3111-3120, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70:Almedina Brasil, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa, 1979.
- BARROS, S. G.; *et al.* Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil. *In*: CHAVES, S. C. L. (org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 173-201.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BERLINGUER, G. **Bioética Cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2015.
- BOFF, L. **Saber cuidar**. Perópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo, Hucitec; FAPESP, 2000.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec; 2015.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**: um estudo arqueológico sobre a prática dos dentistas [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998. Ética

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente**. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php. Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p.

BRASIL. **Lei nº 13.243**, de 11 de janeiro de 2016. Lei de Inovação tecnológica. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13243.htm. Acessado em 18 fev. 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.889**, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11889.htm. Acessado em 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde – **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acessado em 25 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em 25 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acessado em 25 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais**. 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao. Acessado em 25 set. 2019

BRAZIL ENTERS THE BOLSONARO ZONE (Editorial). **The Lancet Global Health**, v.7, Feb, 2019. Disponível em <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930002-6>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; NETO, P. M. S. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. **Trab. Educ. Saúde**; set./dez., v. 16, n. 3, p. 975-995, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164> Acesso em: 22 Jan. 2019.

CABRAL, A. A construção da escola democrática. Uma reflexão com base em Jacques Delors et al., Licínio Lima e Jaume Carbonell Sebarroja. **Revista Lusófona de Educação**, 9 (recensão temática), p. 181-185, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 39-78.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2015.

CANGUSSU, M. C.; PASSOS-SOARES, J.; CABRAL, M. B. Necessidades e problemas de saúde bucal no Brasil e tendências para as políticas de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S (org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 47-76.

CARNUT, L.; *et al.* Principais desafios do acolhimento na prática da atenção à saúde bucal: subsídios iniciais para uma crítica. **Rev ABENO**; v. 17, n. 4, p. 46-62, 2017.

CARVALHO, C. L. A Transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XX. **Rev. História, ciência, saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 55-76, 2006.

CATTANEI, E. El imaginario geométrico del hombre que delibera. **Esquemas de ejercicio de la φαυτασία βουλευτική en Aristóteles arete**, v.21, n.2, Lima, 2009.

CECCIM, R. B.; et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. In: Pereira RC, Silvestre RM. (orgs). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde – Brasil, 2009.

CHAUÍ, M. **A ideologia da competência**. Belo Horizonte: Autêntica; São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.

CORTINA, A. **Ética aplicada y democracia radical**. Madrid-España: Tecnos, 2001.

CORTINA, A. El que hacer público de la ética apliada. In: CORTINA, A.; GARCÍA-MARZÁ, D. (orgs). **Razón pública u éticas aplidadas**. Madrid-Espanha: Tecnos, 2003. p. 11-44.

CORTINA, A. **A Ética mínima**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência e Saúde Col.**, v. 16, n. 1, p. 1181-89, 2011.

COSTA, S. M.; et al. Q. Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família. **Cad Saúde Coletiva**; v. 22, n. 3, p. 292-299, 2014.

CUNHA, C. J. C. A.; et al. Liderança transformacional em Unidades Básicas de Saúde. In: CUNHA, Cristiano J.C.A. (org). **Gestão e Liderança em Unidades Básicas de Saúde**. Florianópolis: Pandion, 2011.

CUTRIM, S. S.; TRISTÃO, J. A. M.; TRISTÃO, V. T. V. Aplicação do método Delphi para identificação e avaliação dos fatores restritivos à realização de Parcerias Público-Privadas (PPP). **Rev. Espacios**, v. 38, n. 22, p. 29, 2017.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2011.

EMMERICH, A.; CAXTIEL, L. D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface**, v. 13, n. 29, p. 339-51, 2009.

FARIAS, D. N.; *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia de Saúde da Família. **Trab Educ Saúde**; v. 1, n. 1, p. 141-162, 2018.

FERREIRA, A.B.H. Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Ciência e Saúde Col.**, v. 16, n. 11, p. 4481-92, 2011.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A Modelos, mercado e poder: elementos do currículo oculto que se revelam na formação em odontologia. **Trab. Educ. Saúde**; v. 12, n. 2, p. 343-61, 2014.

FINKLER, M.; *et al.* Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 449-462, nov.2010/fev.2011.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial; 1986.

FLICK, U. Os computadores na pesquisa qualitativa. *In*: FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, G. S.; *et al.* Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. **Saúde Soc**; v. 27, n. 4, p. 1174-1185. 2018.

FONSECA, G. S; *et al.*. A clínica do corpo sem boca. **Saúde Sociedade**; v. 25, n. 4, p. 1039-1049, 2016.

FORTE, E. C.; PIRES, D. E. P. Enfermeiras na Atenção Básica: entre a satisfação e insatisfação no trabalho. **Trab Educ Saúde**; v. 15, n. 3, p. 709-724, 2017.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**. 6. reimpr. São Paulo: EPU, 2011.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei n. 11889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? **Trab Educ Saúde**; v. 9, n. 1, p. 109-123, 2014.

FREIRE, M. H. S.; AREGUY-SENA, C.; MÜLLER, P. C. S. Adaptação transcultural e validação de conteúdo e semântica do Difficult Intravenous Access Score para uso pediátrico no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 25, p. 2920, 2017.

GARCIA-MARZÁ, D. la responsabilidad por la praxis: la ética discursiva como ética aplicada. In: CORTINA, A; GARCIA-MARZÁ, D. **Razón pública y éticas aplicadas**. Madrid: Tecnos, 2003. p. 159-190

GARRAFA, V. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. In: HELLMANN, F., VERDI, M., GABRIELLI, R., CAPONI, S. **Bioética e saúde coletiva**: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: Dioesc, 2012. p. 36-51.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: ZOBOLI, L. E. C. P.; FORTES, P. A. C. **Bioética e saúde pública**. 2. ed. São Paulo: São Camilo:Loyola, 2004, p. 49-69.

GIUDICE, A. C. M. P.; PEZZATO, L. M.; BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de saúde da família. **Saúde em Debate**; n. 37, v. 96, p. 32-42, 2013.

GOES, P. S. A.; FERNANDES, L. M. A.; LUCENA, L. B. S. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOMES, D.; DA ROS, M. A. A etiologia da cárie no Estilo de Pensamento da ciência odontológica. **Ciência e Saúde Col.**, v. 13, n. 3, p. 1081-90, 2008.

GOMES, D.; FINKLER, M. Uma análise bioética das relações intra e inter-equipe de saúde bucal. **Rev Bras Bioética**; v. 12, n. 4, p. 1-15, 2016.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Ética e comprometimento do profissional da saúde pós-reestruturação produtiva numa região metropolitana do sul do Brasil. **Interface**, v. 18, n. 49, p. 289-300, 2014.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 9-20, 2015a.

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. O profissional da odontologia pós- reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 285-297, 2015b.

GOMES, D.; SIURANA-APARISI, J. C. Deliberação coletiva: uma contribuição contemporânea da Bioética brasileira para as práticas do SUS. **Trab. Educ. Saúde**; v. 15, n. 2, p. 347-371, maio/ago, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00052>

GOMES, D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FINKLER, M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 290-208, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290208>

GOMIDE, M. F. S.; *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface**, v. 22, n. 65, p. 387-398, 2018.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da bioética de intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 225 - 239, 2010.

GRACIA, D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. *In: Comitês de ética asistencial*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental e Clínica, 2000.

GRACIA, D. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Case and Philosophy**; v. 6, p. 227-233, 2003.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.

GRACIA, D. Teoría y práctica de la deliberación moral. *In*: GRANDES LF, GRACIA D, SÁNCHEZ M. **Bioética**: el estado de la cuestión. Madrid-España: Triacastela, 2011. p. 101-154.

GRACIA, D. La deliberación como método de la bioética. *In*: PORTO, D; SCHLEMPER JR.; MARTINS, JZ et al. **Bioética**: saúde, pesquisa, educação. Brasília: CFM, SBB, 2014. p.223-59.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 3, p. 280-313, 2018.

GRANDE, Lúcia Feito. **Ética y enfermería**. Madrid-España: San Pablo y Universidade Pontifícia Comillas, 2009.

GUEDERT, J. M. **Vivência de problemas éticos em pediatria e sua interface com a educação médica**. Tese apresentada à Banca de Examinadora no Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

GUEDERT, J. M.; GROSSMAN, S. Abordagem dos Problemas Éticos em Pediatria: Sugestões Advindas da Prática. **Rev Bras Ed Méd**, v. 35, n. 3, p. 359-368, 2011.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2011.

HAVE, H. Bioética: el arte de la interpretación y la deliberación. *In*: GRANDE, L. F.; GRACIA, D.; SÁNCHEZ, M. **Bioética**: el estado de la cuestión. Madrid-España: Triacastela, 2011. p. 155-174.

HELLMANN, F.; VERDI, M. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. *In*: HELLMANN, F.; et al. **Bioética e saúde coletiva**: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: DIOESC, 2012.

HOBSBAWN, E. **A era dos extremos**. São Paulo: Schwarcz, 2002.

HORTAL, A. Docencia. *In*: CORTINA, A.; CONILL, J. (org.). **10 palabras clave em etica de las profesiones**. Estella (Navarra)-Espanha: Verbo Divino, 2000. p. 55-78.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. DPE - Diretoria de Pesquisas. COPIS - Coordenação de População e Indicadores Sociais. GEADD - Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Nota Técnica**: Estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1. de julho de 2014. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf. Acessado em 09 abr.2016.

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 17, n. 4, p. 1049-1060, 2012.

JUNGES, J. R.; *et al.* Validação da compreensibilidade de um instrumento sobre problemas éticos na atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm**; v. 35, n. 1, p. 148-156, 2014a.

JUNGES, J. R.; *et al.* Construção e validação do instrumento “inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. **Rev Bioetica**; v. 22, n. 2, p. 309-317, 2014b.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI E. L. C. P. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 3, p. 935-953, 2018.

KIPPER, D. J. Comitê de bioética institucional: existe a necessidade de uma nova agenda? **AMRIGS**, v. 57, n. 1, p. 78-81, 2013.

KOTTOW, Miguel. Bioética pública: uma proposta. **Rev. Bioét**, v. 19, n. 1, p. 61-76, 2014

LIMA, M. M.; *et al.* Indications of comprehensiveness in the pedagogical relationship: a design to be constructed in nursing education. **Rev Esc Enferm USP**; v. 51, p. 32-77, 2017.

LUCAS, S. D.; *et al.* Uso de metáforas para expressar a dor de dente: um estudo na área de antropologia da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**; v. 19, n. 6, p. 1933-1942, 2014.

MADRUGA, L. M. S.; *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface**; v. 19, n. 1, p. 805-816, 2015.

MARCHON, S.G.; MENDES Jr., W.V. Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p.1395-412, 2015.

MAREY, M. Breves reflexiones sobre el desafío del activista a la política deliberativa: el buen deliberativista no siempre delibera. **Discus. filos**, v. 13, n. 20, Manizales-Colômbia, 2012.

MARTINS, A. B.; *et al.* Availability of dental treatment is associated with satisfaction derived from Primary Health Care Services accessed by elderly. **Rev odontol UNESP**; v. 45, n. 6, p. 344-350, 2016.

MATOS, M. S.; CRISTINO, P. S.; ALMEIDA, T. F. Educação em saúde bucal do trabalhador. *In*: CHAVES, S. C. L. (org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 273-95.

MÉSZARÓS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 1999.

MORATALLA, T. D.; GRANDE, L F. **Bioética Narrativa**. Madrid-España: Escolar y Mayo Editores, 2013.

MOURA, M.; *et al.* Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 2, p. 471-480, 2013.

MULHALL, S.; SWIFT, A. **El individuo frente a la comunidad**. Madrid: Temas de Hoy, 1996.

NAMEN, F. M.; GALAN JÚNIOR, J. Reflexões sobre a educação de profissionais da área da saúde. **Cien Saúde Col**, v. 16, supl.1, p. 1611-1619, 2011.

NARVAI, P. C. Saúde Bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-47, 2006.

NARVAI, P. C. Bases para uma saúde bucal de caráter coletivo: estratégias. *In*: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2013.

NAUSSBAUM, M. C. **Sin fines de lucro**. 3. ed. Madrid-España: Katz, 2012.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bioét.**; v. 23, n. 1, p. 114-23, 2015.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita Domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? **Trab Educ Saúde**, v. 13, n. 1, p. 145-157, 2015.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JÚNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na atenção primária à saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Cienc Saúde Col**; v. 19, n. 11, p. 4439-4448, 2014.

OLIVEIRA, A. M. C; IANNI, A. M. Z; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Cien Saúde Col**; v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

ORTEGA, J., GASSET. **Introducción a una estimativa: qué son los valores?** Madrid: Ediciones Encuentro, 2004.

POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol Serv Saúde**; v. 26, n. 2, p. 275-284, 2017.

POCHMAN, M. Trabalho e formação. **Educ Real**, v. 37, n. 2, p. 491-508, 2012.

PORTO, D.; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência e Saúde Col.**, v. 16, n. 1, p. 719-795, 2011.

PRADO, M. L.; *et al.* El diseño en la investigación cualitativa. *In*: **Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales**. Washington: OPS, 2008. p. 87-100.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

REGO, S. Educar para a democracia. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 2, p. 163-165, 2009.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L.. Operacionalização De adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-73, 2007.

ROVERE. M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. **Saúde Debate**; set. 42, n. especial 1, p. 315-327, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S121

SÁ, E. M. O; et al. As atribuições do técnico de saúde bucal: sistematização de práticas. **Trab. Educ. Saúde**; v. 8, n. 3), p. 463-484, 2011.

SALIBA, N. A.; et al. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev Odontol UNESP**; v. 42, n. 5, p. 317-323, 2013.

SANTOS, A. M., et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70, 2008.

SANTOS, D. V. **Problemas éticos na atenção à saúde da criança: deliberação moral de enfermeiras**. Tese defendida junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SANTOS, I.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção e pedagogia da libertação: aproximações possíveis. **Rev. Bioética**; v. 22, n. 2, p. 271-281, 2014.

SANTOS, D. V.; ROSA, D. O. S.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FREITAS, K. S. Adaptação do inventário de problemas éticos para o contexto da saúde da criança. *Acta Paul Enferm*; 2016. 29(5):586-94.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. Plano diretor de regionalização: **PDR 2012**. Secretaria de Estado da Saúde. – Florianópolis: IOESC, 2012. 128 p.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. **Rev Saúde Pública**; 2016. p. 49.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11 - 23, 2008.

SCHRAMM, F.R. A Bioética da Proteção em saúde pública. In: ZOBOLI, L.E.C.P.; FORTES, P.A.C. **Bioética e saúde pública**. 2. ed. São Paulo: São Camilo; Loyola, 2004, p. 71-84.

SCHRAMM, F. R. **Três ensaios de Bioética**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. 177 p.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; *et al.* (Bio) ética e Estratégia Saúde da família: mapeando problemas. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 113-128, 2015.

SHIMIZU, H.E.; *et al.* Representações sociais dos conselhos municipais a cerca do controle social em saúde no SUS. **CSCol**, v. 18, n. 8, p.2275-2284, 2013.

SILVA, L. T. **Construção e validação de um instrumento para a ocorrência de problema ético na Atenção Básica** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.

SILVA, H. E. C.; GOTTEMS, L. B. D. Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa. **Cien Saude Colet**, v. 22, n. 8, p. 2645-2657, 2017.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 1, p.113-128, 2015.

SIURANA-APARISI, J. C. **Los consejos de los filósofos**: una introducción a la historia de la ética. España: proteus, 2011.

SOARES, F. F.; *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família: análise dos estudos publicados no período 2001-2008. **Cien Saúde Col**, v. 16, n. 7, p. 3169-80, 2011.

THUROW, L. L.; CASTILHOS, E. D.; COSTA, J. S. D. Comparação das práticas odontológicas segundo modelos de atendimento: tradicional e da Saúde da Família, Pelotas-RS, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**; v. 24, n. 3, p. 545-550, 2015.

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

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. 2005.. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em 30 mar. 2016.

VALDÉZ, M.G.; MARÍN, M.S. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. **Rev. Cubana de Salud Pública**, v. 39, n. 2, p.253-267, 2013.

VÁSQUEZ, A. S. **Ética y Política**. México: FCE; UAM; FF y L, 2007.

VIDAL, S. V.; *et al.* Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Rev. Bioét.**, v. 22, n. 2, p. 347-357, 2014.

WARMLING, C. M., MARZOLA, N. R., BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **Rev. História, ciência, saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 1, p. 181-95, 2012.

WHO. **Declaration of Astanta**. 2018. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2018.

ZANETTI, C. H. G., OLIVEIRA, J. A. A., MENDONÇA, M. H. M. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trab. Educ. Saúde**, v. 10, n. 2, p. 195-222, 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 195-204, 2009.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Deliberação**: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica. 2010. (Tese) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia. *Revista do Centro Universitário São Camilo*, v. 6, n. 1, 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Rev. Bioét.*, v. 21, n. 3, p. 389-396, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. C. Capacitação em bioética para profissionais da saúde da família do município de Santo André, SP. *Rev. Esc Enf USP.*, v. 46, n. 5, p. 1248-53, 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UFSC

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor
Lima, no 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, tel: (48) 3721-
6094.

email: cep.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a), caso aceite participar, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é das pesquisadoras.

As pesquisadoras se colocam à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos contatos informados neste Termo, bem como pessoalmente, se assim o preferir. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação prévia.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VALIDAÇÃO COM ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA EQUIPES DE SAÚDE BUCAL tem por objetivo analisar as implicações éticas das experiências de trabalho dos profissionais e trabalhadores da Equipe de saúde bucal (ESB) que atuam na odontologia, no contexto brasileiro contemporâneo. A importância dessa pesquisa se dá pela atual ampliação do trabalho de Técnicos e Auxiliares em saúde bucal, alterando o processo de trabalho em odontologia. Seus resultados serão publicizados, podendo beneficiar a formação de recursos humanos na área, no sentido de serem mais adequadamente preparados para o trabalho em equipe.

Trata-se de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o Parecer n. 1.789.872. Prevê sua participação na forma de uma entrevista, em local previamente acordado e de sua preferência.

Os riscos previstos aos sujeitos participantes são mínimos, restringindo-se a possíveis constrangimentos frente ao procedimento da entrevista. Entretanto, as entrevistas que serão gravadas através de gravador de voz e transcritas pelas pesquisadoras, tem total garantia de sigilo e privacidade na sua execução; na guarda e utilização dos dados coletados (não compartilhados com terceiros e utilizados somente para os propósitos desta pesquisa); bem como de total anonimato na publicização destes dados, através da publicação de artigos científicos, relatórios, apresentação em Congressos científicos e atividades afins, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas e/ou comunidades, de acordo com o item IV.3 (e) da Resolução 466/2012. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Sua participação deve ser voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento, bastando para tanto contatar uma das pesquisadoras, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo a sua pessoa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos, de acordo com o item IV.3 (h) da Resolução 466/2012. Todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução CNS 466/12. Este termo foi elaborado com base nesta resolução, atendendo expressamente as exigências contidas no item IV.3.

CONTATOS:

Doris Gomes (Pesquisadora Principal) email: dorisgomes@bol.com.br, tel: 48 33042610 ou 48 99162119

Mirelle Finkler (Pesquisadora Responsável) email: mirellefinkler@yahoo.com.br, tel: 48 3721.5144

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto em minha participação voluntária.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Doris Gomes (Pesquisadora Principal): _____

Mirele Finkler (Pesquisadora Responsável) _____

Data da assinatura deste TCLE _____

APÊNDICE B - VALIDAÇÃO DE FACE E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO IPE-APS-SB (GRUPO 1 – COMPARATIVO DE ITENS)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a), caso aceite participar, assinale ao final deste documento a sua concordância.

As pesquisadoras se colocam à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos contatos informados neste Termo, bem como pessoalmente, se assim o preferir. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação prévia.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VALIDAÇÃO COM ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA EQUIPES DE SAÚDE BUCAL tem por objetivo analisar as implicações éticas das experiências de trabalho dos profissionais da saúde bucal (SB) que atuam na atenção primária. Seus resultados serão publicitados, podendo beneficiar a formação de recursos humanos na área, no sentido de serem mais adequadamente preparados para o enfrentamento de problema éticos e o trabalho em equipe. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o número 1789872.

Sua participação nesta etapa da pesquisa, onde será utilizada a técnica de Delphi, será apenas virtual, individualizada e com total garantia de sigilo e privacidade na sua execução; na guarda e utilização dos dados coletados (não compartilhados com terceiros e utilizados somente para os propósitos desta pesquisa); bem como de total anonimato na publicização destes dados, através da publicação de artigos científicos, relatórios, apresentação em Congressos científicos e atividades afins, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas e/ou comunidades, de acordo com o item IV.3 (e) da Resolução CNS 466/2012. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Sua participação deve ser voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento, bastando para tanto contatar uma das pesquisadoras, sem que isto

acarrete qualquer dano a sua pessoa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja danos decorrentes de riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos, de acordo com o item IV.3 (h) da Resolução 466/2012. Todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução CNS 466/12. Este termo foi elaborado com base nesta resolução, atendendo expressamente as exigências do item IV.3.

Contato das Pesquisadoras:

Doris Gomes, neste e-mail ou pelo fone 48 96292303

Mirelle Finkler, pelo email: mirellefinkler@yahoo.com.br e tel: 48 3721.5144

() Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto em minha participação voluntária.

Prezado(a) Colaborador(a),

No quadro abaixo você encontrará os itens do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde original (IPE-APS) e os itens do Inventário de Problemas Éticos adaptado à Saúde Bucal (IPE-APS-SB) - desenvolvido na primeira etapa deste trabalho de pesquisa.

Pedimos que você compare a formulação original do problema com sua versão adaptada, respondendo as seguintes questões:

1- se o item do Inventário Adaptado à saúde bucal está elaborado de acordo com o Instrumento original;

2- se o item do Inventário Adaptado à saúde bucal está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta.

Pedimos, também que, em caso negativo, você faça uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão.

Além disto, se achar necessário, solicitamos que você faça comentários ou explicita as razões para esta discordância.

Sua participação é fundamental para este trabalho! Agradecemos antecipadamente.

Item do IPE-APS Original	Item do IPE-APS adaptado à Saúde Bucal	O item está elaborado de acordo com o Instrumento original? Sim ou Não	O Item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não	Se não, re-escreva uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão.	Se considerar necessário, faça comentários ou explicitar as reações para esta discordância.
8. Como convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.	8. Os profissionais da SB sentem-se impotentes para convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente sem o trabalho educativo e de promoção potencializado pela equipe, mais especificamente do TSB.				
24. Excesso de famílias adscritas para cada equipe.	24. Há um excesso de famílias adscritas para cada equipe da ESF ou ESB.				
39. Falta de condições na USF para atendimentos de urgência.	39. A UBS não dá conta de todos os atendimentos de urgência odontológica, além de problemas operacionais.				
38. Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares.	38. As visitas domiciliares são dificultadas por questões relacionadas ao deslocamento, em especial do odontomóvel, diminuindo o poder de atuação clínica do CD.				

15. As EqSF não colaboram umas com as outras.	15. As ESB e EqSF não colaboram umas com as outras, têm baixo planejamento estratégico e ações conjuntas.				
2. Pré-julgamento dos usuários dos serviços por parte das equipes. 3. Desrespeito do profissional para com o usuário.	2. Os profissionais da SB ou trabalhadores da UBS pré-julgarem e desrespeitam os usuários e familiares com base em preconceitos e estigmas.				
5. Prescrição de medicamento que o usuário não poderá comprar.	5. Os profissionais prescrevem tratamentos ou procedimentos especializados que o usuário não terá dinheiro para pagar, quando estes tratamentos-procedimentos não são oferecidos no SUS.				
14 Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam no PSF.	14. Falta de compromisso e envolvimento de alguns dos profissionais que atuam na SB e EqSF.				
17. Falta de preparo dos profissionais para trabalhar no PSF.	17. Falta de preparo-formação (perfil) dos profissionais para trabalhar na ESF.				
4. Indicações clínicas inadequadas.	4. Indicações clínicas inadequadas.				

19. Profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada.	19. Profissionais se omitem diante de um procedimento clínico inadequado ou errado.				
26. Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF.	26. Demérito aos encaminhamentos feitos pelos CDs do serviço público.				
27. Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares.	27. Há dificuldade no sistema de referência e contra-referência para a realização de exames radiográficos, além de agilidade e eficiência do serviço.				
16. Falta de respeito entre os membros da equipe. 18. É difícil limitar o papel e as responsabilidades de cada profissional.	16. Existe falta de respeito entre os membros da ESB, em especial, na relação de valorização do serviço auxiliar e do trabalho em equipe.				
35. Funcionários da USF questionam a prescrição médica.	35. Profissionais da ESB questionam a conduta dos (das) CD.				
22. Falta de apoio com ações intersetoriais para discutir e resolver os problemas éticos.	22. Os profissionais da SB e EqSF sentem falta de apoio de ações intersetoriais, que dependem da organização e gestão do sistema, para discutir e resolver problemas éticos que encontrem em sua prática.				

1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.	1. Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.				
7. O usuário solicita ao médico e ao enfermeiro os procedimentos que deseja.	7. O usuário solicita ao CD os procedimentos que deseja				
21. Dificuldade para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotina da USF.	21. Dificuldade para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotina da USF.				
23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de problemas com os profissionais.	23. Falta de transparência da direção da UBS na resolução de problemas com os profissionais.				
32. Usuários que se recusam a seguir as indicações médicas ou a fazerem exames.	32. Usuários que se recusam a seguir as indicações de ações preventivas de cuidado bucal, sem mudança na gestão individual de sua saúde.				

Se desejar acrescentar alguma observação abaixo ou utilizar mais espaço para suas colocações, sinta-se à vontade.

Esta técnica de Delphi busca o consenso entre os especialistas participantes nesta etapa da pesquisa, então, talvez seja necessária uma segunda rodada para reconsiderar a lista dos problemas não consensuados.

Se necessário uma segunda rodada, lhe pediremos para responder novamente a partir das reformulações introduzidas nos itens discordantes, indicando sua concordância ou não com os itens reformulados.

As respostas serão novamente coletadas e analisadas, repetindo-se este processo até atingir-se um consenso possível de 51% entre todos os participantes.

Muito Obrigada por sua participação!!!

APÊNDICE C - SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DE DELPHI – APRESENTAÇÃO (GRUPO 1 – COMPARATIVO DE ITENS)

Você está sendo convidado a participar da segunda Rodada da Técnica de Delphi para consenso dos itens do INVENTARIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VALIDADO PARA A SAÚDE BUCAL (IPE-APS-SB). Vale lembrar que o objetivo da busca pelo consenso através da Técnica de Delphi é a qualificação e validação dos problemas éticos emanados da realidade de trabalho da SB, relatados por profissionais de saúde bucal na primeira fase da pesquisa, tomando-se como referência o instrumento INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (IPE-APS).

Antes de lhe apresentarmos as perguntas desta rodada, gostaríamos de trazer algumas justificativas para as decisões tomadas pelas pesquisadoras frente às muitas e importantes contribuições dos *experts* que participaram da primeira rodada:

1. Foram considerados para a segunda rodada os três itens que somaram sete ou mais negativas no quesito: “O item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não”, mantendo-se a numeração original. Isto porque busca-se um consenso mínimo de 51 % de todos os *experts* participantes, em cada um dos quesitos (Junges et al., 2014). Como o quesito “o item está elaborado de acordo com o Instrumento original? Sim ou Não”, não apresentou nenhuma negativa acima de 2 participantes, este não foi considerado para a segunda rodada.
2. Tendo em vista que este instrumento está sendo proposto para diversificadas realidades de modelos e organização de trabalho na APS em todo o país, procurou-se restringir o problema ético ao seu núcleo de sentido, sem qualificações relacionadas a estrutura e modelo da APS, detalhamentos ou justificativas. Ou seja, buscou-se descrever o problema sucintamente para que o item possa vir a ser problematizado nas diferentes realidades do serviço em que o IPE-APS-SB for aplicado.
3. A opção de iniciar os problemas a partir de palavras que qualificam o problema (ausência, insuficiência, falta, diminuição, dificuldade, desacordo, subestimação, precarização, etc) ou com o substantivo (violência, discriminação) e não com o sujeito (especialmente em se

tratando dos profissionais da Saúde Bucal), ocorreu para manter-se a redação do nosso instrumento validado o mais semelhante possível ao inventário de referência (IPE-APS).

4. Alguns comentários dos *experts* na primeira rodada foram feitos por desconhecimento da totalidade dos problemas éticos levantados na primeira fase dessa pesquisa. Isso ocorreu porque os problemas éticos levantados atingiram um grande número (36 itens), de modo que os itens tiveram que ser subdivididos em dois quadros, não sobrecarregando, assim, o trabalho de julgamento de cada *expert*. Como cada grupo de *expert* recebeu apenas um dos quadros, alguns problemas ficaram ausentes em cada um deles, estimulando a sugestões de “novos problemas”, que na realidade, já estavam contemplados na pesquisa (no quadro que você como *expert* não teve acesso).
5. Alguns *experts* concordaram com as formulações propostas, não assinalando nenhuma negativa, mas sugeriram melhorias na redação ou fizeram algum tipo de consideração ou complementação dos problemas de acordo com o seu contexto de APS. Outros *experts* não compreentenderam o problema ético proposto, desconhecaram o problema levantado em sua realidade de trabalho ou modificaram-no buscando uma melhor redação ou entendimento. Surgiram, também, algumas discordâncias ou negações em relação à existência do problema enunciado, ressaltando as diferenças de experiência de cada profissional em sua realidade de trabalho, nos diferentes municípios incorporados nesta pesquisa. Entretanto, todas as sugestões de nova redação e/ ou os comentários sobre os problemas foram levados em consideração para qualificação dos problemas éticos, independentemente de terem entrado na segunda rodada da Técnica de Delphi.
6. As abreviaturas usadas nos itens do instrumento farão parte do instrumento validado para a SB, tal como o IPE-APS referência.

Agradecemos novamente sua importante participação nesta nova etapa da pesquisa!

Segunda Rodada da Técnica de Delphi – coleta de dados

Por favor, identifique o (s) curso (s) de Pós-graduação que você concluiu: _____

Lista de abreviaturas:

SB - Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESB- Equipe de Saúde Bucal

CD - cirurgião-dentista

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

TSB - Técnico de Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

Quadro comparativo entre os itens do IPE-APS e o item IPE-APS-SB não consensuados na primeira rodada de validação:

Item IPE-APS Referência	Item IPE-APS adaptado à SB (com as contribuições da primeira rodada de validação)	O Item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? <i>Sim ou Não</i>	Se não, re- escreva uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão.	Se considerar necessário, faça comentários ou explícite as reações para esta discordância.
8. Como convencer o usuário a dar continuidade ao tratamento.	8. Como convencer ou motivar o usuário a dar continuidade ao tratamento, especialmente sem o trabalho clínico de promoção à saúde do TSB.			

38. Falta de estrutura na USF para a realização de visitas domiciliares.	38. Falta de condições para a realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESB			
27. Dificuldades e falta de referência para realizar exames complementares.	27. Dificuldade no sistema de referência para a realização de exames complementares, especialmente os radiográficos.			

APÊNDICE D - VALIDAÇÃO DE FACE E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO IPE-APS-SB (GRUPO 2 – ITENS ESPECÍFICOS DA SB)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a), caso aceite participar, assinale ao final deste documento a sua concordância.

As pesquisadoras se colocam à inteira disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos contatos informados neste Termo, bem como pessoalmente, se assim o preferir. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação prévia.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada **ÉTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: VALIDAÇÃO COM ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA EQUIPES DE SAÚDE BUCAL** tem por objetivo analisar as implicações éticas das experiências de trabalho dos profissionais de saúde bucal (ESB) que atuam na Atenção Primária. Seus resultados serão publicitados, podendo beneficiar a formação de recursos humanos na área, no sentido de serem mais adequadamente preparados para o trabalho em equipe. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o número 1789872.

Sua participação nesta etapa da pesquisa, onde será utilizada a técnica de Delphi, será apenas virtual, individualizada e com total garantia de sigilo e privacidade na sua execução; na guarda e utilização dos dados coletados (não compartilhados com terceiros e utilizados somente para os propósitos desta pesquisa); bem como de total anonimato na publicização destes dados, através da publicação de artigos científicos, relatórios, apresentação em Congressos científicos e atividades afins, garantindo a não utilização das informações em prejuízo de pessoas e/ou comunidades, de acordo com o item IV.3 (e) da Resolução CNS 466/2012. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Sua participação deve ser voluntária, podendo deixar de participar a qualquer momento, bastando para tanto contatar uma das pesquisadoras, sem que isto acarrete qualquer dano a sua pessoa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso haja danos decorrentes de riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos, de acordo com o item IV.3 (h) da Resolução 466/2012. Todos os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução CNS 466/12. Este termo foi elaborado com base nesta resolução, atendendo expressamente as exigências do item IV.3.

Contato das Pesquisadoras:

Doris Gomes, neste e-mail ou pelo fone 48 96242303

Mirelle Finkler, pelo email: mirellefinkler@yahoo.com.br e tel: 48 3721.5144

() Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto em minha participação voluntária.

Validação dos problemas éticos específicos da SB

Prezado(a) Colaborador(a),

No quadro abaixo você encontrará os itens do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária à Saúde original (IPE-APS) adaptado à Saúde Bucal (IPE-APS-SB) - desenvolvido na primeira etapa deste trabalho de pesquisa.

Por favor, nos indique se considera cada um dos itens como problema ético no contexto da Saúde Bucal.

Pedimos, também que, em caso negativo, você faça uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão.

Além disto, se você achar necessário, solicitamos que você faça comentários ou explicita as razões para esta discordância.

Sua participação é fundamental para este trabalho! Agradecemos antecipadamente.

Problemas éticos em SB	O item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não	Se não, re-escreva uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão.	Se considerar necessário, faça comentários ou explicita as reações para esta discordância.
2. O acolhimento dos usuários que buscam atendimento odontológico não segue o preconizado pela ESF.			
6. Ausência ou insuficiência de ASB para desenvolvimento de atividades preventivas e clínicas.			
7. Dificuldade na realização das ações preventivas devido a problemas nas relações inter-setoriais saúde-educação.			
10. Violência vivenciada no trabalho.			
12. Profissionais da ESB testemunham discriminação entre usuários.			
13. Profissionais da saúde bucal entendem que os usuários apresentam problemas cognitivos relacionados à vulneração social.			
15. A estrutura física dos consultórios odontológicos dificulta o trabalho em equipe e facilita doenças do trabalho à equipe auxiliar.			
18. Diminuição ou ausência de atendimento odontológico de urgência nas UPA.			
20. Condições de trabalho precarizadas.			

21. Demora para se conseguir o tratamento especializado em saúde bucal.			
22. Problemas estruturais para alocar adequadamente os profissionais no CEO.			
23. Dificuldades na referência devido ao excesso de exigências administrativo-burocráticas ao acesso aos serviços de média complexidade em saúde bucal.			
24. Falta de transparência na fila de espera pelos serviços de média complexidade em SB.			
26. Subestimação e desvio de função de TSB para ASB.			
27. Engajamento dos profissionais à ESF está relacionado à formação específica para a área.			
29. Falta de união dos trabalhadores para maior valorização no trabalho na APS e em saúde bucal.			
30. Incompreensão da atuação do CD para além da ação curativa e como parte da ESF.			

Se desejar acrescentar alguma observação abaixo ou utilizar mais espaço para suas colocações, sinta-se à vontade.

Esta técnica de Delphi busca o consenso entre os especialistas participantes nesta etapa da pesquisa, então, talvez seja necessária uma segunda rodada para reconsiderar a lista dos problemas não consensuados.

Se necessário uma segunda rodada, lhe pediremos para responder novamente a partir das reformulações introduzidas nos itens discordantes, indicando sua concordância ou não com os itens reformulados.

As respostas serão novamente coletadas e analisadas, repetindo-se este processo até atingir-se um consenso possível de 51% entre todos os participantes.

Muito Obrigada por sua participação!!!

APÊNDICE E - SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DE DELPHI – APRESENTAÇÃO (GRUPO 2 – ITENS ESPECÍFICOS DA SB)

Você está sendo convidado a participar da segunda Rodada da Técnica de Delphi para consenso dos itens do INVENTARIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE VALIDADO PARA A SAÚDE BUCAL (IPE-APS-SB). Vale lembrar que o objetivo da busca pelo consenso através da Técnica de Delphi é a qualificação e validação dos problemas éticos emanados da realidade de trabalho da SB, relatados por profissionais de saúde bucal na primeira fase da pesquisa, tomando-se como referência o INVENTÁRIO DE PROBLEMAS ÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (IPE-APS).

Antes de lhe apresentarmos as perguntas desta rodada, gostaríamos de trazer algumas justificativas para as decisões tomadas pelas pesquisadoras frente às muitas e importantes contribuições dos *experts* que participaram da primeira rodada:

1. Foram considerados para a segunda rodada os cinco (5) itens que somaram seis ou mais negativas no quesito: “O item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não”, mantendo-se a numeração original. Isto porque busca-se um consenso mínimo de 51 % entre todos os *experts* participantes, em cada um dos quesitos (Junges et al., 2014).
2. Tendo em vista que este instrumento está sendo proposto para diversificadas realidades de modelos e organização de trabalho na APS em todo o país, procurou-se restringir o problema ético ao seu núcleo de sentido, sem qualificações relacionadas a estrutura e modelo da APS, detalhamentos ou justificativas. Ou seja, buscou-se descrever o problema sucintamente para que o item possa vir a ser problematizado nas diferentes realidades do serviço em que o IPE-APS-SB for aplicado.
3. A opção de iniciar os problemas a partir de palavras que qualificam o problema (ausência, insuficiência, falta, diminuição, dificuldade, desacordo, subestimação, precarização, etc) ou com o substantivo (violência, discriminação) e não com o sujeito (especialmente em se tratando dos profissionais da Saúde Bucal), ocorreu para manter-se a redação do nosso instrumento validado o mais semelhante possível ao inventário de referência (IPE-APS).

4. Alguns comentários dos *experts* na primeira rodada foram feitos por desconhecimento da totalidade dos problemas éticos levantados na primeira fase dessa pesquisa. Isso ocorreu porque os problemas éticos levantados atingiram um grande número (36 itens), de modo que os itens tiveram que ser subdivididos em dois quadros, não sobrecarregando, assim, o trabalho de julgamento de cada *expert*. Como cada grupo de *expert* recebeu apenas um dos quadros, alguns problemas ficaram ausentes em cada um deles, estimulando sugestões de “novos problemas”, que na realidade, já estavam contemplados na pesquisa (no quadro que você como *expert* não teve acesso).
5. Alguns *experts* concordaram com as formulações propostas, não assinalando nenhuma negativa, mas sugeriram melhorias na redação ou fizeram algum tipo de consideração ou complementação dos problemas de acordo com o seu contexto de APS. Outros *experts* não compreentenderam o problema ético proposto, desconhecaram o problema levantado em sua realidade de trabalho ou modificaram-no buscando uma melhor redação ou entendimento. Surgiram, também, algumas discordâncias ou negações em relação à existência do problema enunciado, ressaltando as diferenças de experiência de cada profissional em sua realidade de trabalho, nos diferentes municípios incorporados nesta pesquisa. Entretanto, todas as sugestões de nova redação e/ ou os comentários sobre os problemas foram levados em consideração para qualificação dos problemas éticos, independentemente de terem entrado na segunda rodada da Técnica de Delphi.
6. As abreviaturas usadas nos itens do instrumento farão parte do instrumento validado para a SB, tal como no IPE-APS referência.

Agradecemos novamente sua importante participação nesta nova etapa da pesquisa!

Segunda Rodada da Técnica de Delphi – coleta de dados

Por favor, identifique o (s) curso (s) de Pós-graduação que você concluiu: _____

Lista de abreviaturas:

SB - Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESB- Equipe de Saúde Bucal

CD - cirurgião-dentista

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

TSB - Técnico de Saúde Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

Quadro de Problemas éticos específicos da SB, segunda rodada:

Problemas éticos em SB	O item está compatível com a realidade dos problemas éticos da saúde bucal, com linguagem clara e terminologia correta? Sim ou Não	Se não, re-escreva uma nova redação para o problema a fim de melhorar sua compreensão.	Se considerar necessário, faça comentários ou explicita as reações para esta discordância.
7. Dificuldade na realização das ações educativo-preventivas devido a problemas nas relações inter-setoriais saúde-educação.			
10. Violência vivenciada no trabalho, envolvendo diversos atores.			
12. Discriminação de usuários para com outros usuários, relacionada a estigmas sociais.			
23. Dificuldades burocráticas ou de comunicação no processo de referência aos serviços de média complexidade em SB.			
27. Falta de engajamento dos profissionais, relacionada à insuficiente formação para a ESF.			