



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Daniela Vieira Leal Borges

**A inserção do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde do  
município de Piraí: desafios, potencialidades e percepções de  
novas práticas**

Rio de Janeiro

2011

Daniela Vieira Leal Borges

**A inserção do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde do município de Pirai: desafios, potencialidades e percepções de novas práticas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Mestrado Profissional em Administração de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Roseni Pinheiro

Coorientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

B732 Borges, Daniela Vieira Leal.  
A inserção do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde do município de Pirai: desafios, potencialidades e percepções de novas práticas/ Daniela Vieira Leal Borges. – 2012.  
45 f.

Orientador: Roseni Pinheiro.

Coorientador: Cesar Augusto Orazem Favoreto.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Saúde da família – Teses. 3. Assistência integral à saúde – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Favoreto, Cesar Augusto Orazem. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. VI. Título.

CDU 616.314-083

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Daniela Vieira Leal Borges

**A inserção do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde do município de Piraí: desafios, potencialidades e percepções de novas práticas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Mestrado Profissional em Administração de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Aprovada em 12 de dezembro de 2011.

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosení Pinheiro  
Instituto de Medicina Social da UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Jr  
Instituto de Saúde Coletiva da UFF

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Rocha Jorge  
Faculdade de Odontologia da UERJ

## DEDICATÓRIA

Dedico esta vitória à minha avó Asdrid Vieira Leal, que foi e sempre será a minha motivação.

Não será, porém, com essa escola desvinculada da vida centrada na palavra, em que é altamente rica, mas na palavra `milagrosamente' esvaziada da realidade que deveria representar, pobre de atividades em que o educando ganhe experiência do fazer, que daremos ao brasileiro ou desenvolveremos nele a criticidade de sua consciência, indispensável à nossa democratização.

*Paulo Freire*

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.

*Albert Einstein*

## RESUMO

BORGES, Daniela Vieira Leal. *A inserção do cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde do município de Piraí: desafios, potencialidades e percepções de novas práticas*. 2011. 44f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2011.

Piraí é um município do interior do estado do Rio de Janeiro com uma população estimada pelo censo do ano de 2010 do IBGE de 26.309 habitantes. A Atenção em Saúde desta população tem como principal porta de acesso a Estratégia de Saúde da Família, com extensão de cobertura de ações e serviços a 100% de sua população. Em 2002 houve a introdução da saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF). Hoje o município conta com uma equipe de saúde bucal para cada uma das 13 equipes. Esta estratégia possibilitou a ampliação do acesso e a boa performance dos indicadores epidemiológicos de saúde bucal no município. A organização do sistema de saúde local se estrutura tendo como eixo a atenção básica. Além da cobertura há grande investimento na qualificação da atenção básica, ampliando as equipes e investindo na educação permanente. Este trabalho procurou refletir sobre o universo e o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município. Analisou como este profissional se percebe atuando na atenção básica e como ele está incorporando a noção de integralidade em suas práticas. Foi aplicada a metodologia de grupo focal para promover as falas e a construção de sentidos por parte dos cirurgiões dentistas de Piraí. Observou-se que a hegemonia da racionalidade biomédica na formação e na construção das práticas ainda produz forte influência na forma como os cirurgiões-dentistas dirigem suas falas sobre o trabalho no PSF. Foi percebida a centralidade nas ações curativas voltadas para a doença bucal, a dificuldade de se integrarem às equipes e a valorização de uma prática especializada voltada para o mercado privado. Pode ser identificado o distanciamento da integralidade na forma como abordam suas práticas. Esta distancia foi verificada, por exemplo, na ausência de falas sobre o vínculo, acolhimento e a integração da prevenção e promoção à saúde em seus processos de trabalho. Há um sentimento de desvalor sociocultural e profissional em relação à atuação do cirurgião dentista como um generalista e como um trabalhador assalariado no SUS. Esta inserção profissional ainda é compreendida como uma necessidade imposta pelo mercado de trabalho e não como um projeto político ideológico envolvendo um novo saber e uma nova prática que qualifica a trajetória profissional.

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

## **ABSTRACT**

Piraí is a municipality in the state of Rio de Janeiro with a population estimated by the census of 2010 the IBGE's 26,309 habitants. The health care of this population's main gateway to the Family Health Strategy, investing about 12 million reais in the primary care per year, with extension of coverage of activities and services to 100% of its population. The performance of the Dentist (CD) in Piraí, a municipality that has guaranteed universal access to comprehensive health and development in its services and practices, reinforcing concern to ponder the universe and the process of work of this professional in primary care, because he believes that better integration in the network can contribute to the improvement of the health system of this municipality. With these questions and inserted in the context of performance, this project will discuss the circumstances of inserting the CD into the Unified Health System and the Family Health Strategy. And also discuss issues involved in this process, such as dentistry and hegemonic biomedical model, features of the Family Health Program, work and professional integrity, teamwork and the integration of oral health and dentists in the PSF.

Keywords: Completeness, Teamwork, Health Program and Family Dentist.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPO-d	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
CRO	Conselho Regional de Odontologia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMS	Instituto de Medicina Social – UERJ
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	11
2	<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b> .....	13
2.1	<b>A odontologia e o modelo biomédico hegemônico</b> .....	13
2.2	<b>As características do PSF como um novo modelo de atenção centrado na integralidade</b> .....	14
2.3	<b>Integralidade e Trabalho Profissional</b> .....	15
2.4	<b>A saúde bucal no Programa de Saúde da Família</b> .....	17
2.5	<b>A inserção do odontólogo no PSF</b> .....	18
2.6	<b>A estruturação do Programa de Saúde Bucal do município de Pirai</b> .....	23
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	26
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29
4.1	<b>Características dos participantes do grupo</b> .....	29
4.2	<b>Concepções sobre a integralidade</b> .....	32
4.3	<b>Dicotomia entre assistência e prevenção</b> .....	34
4.4	<b>Integração na rede de atenção odontológica</b> .....	36
4.5	<b>O trabalho em equipe multidisciplinar</b> .....	37
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	46
	<b>APÊNDICE B - Avaliação de indicadores de saúde bucal na atenção básica do município de Pirai</b> .....	48

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A minha atuação como Cirurgiã-Dentista no Programa de Saúde da Família do município de Pirai e a oportunidade de realizar especialização em Saúde da Família e Saúde Coletiva trouxeram alguns questionamentos que direcionaram este projeto de investigação. A convivência com o cotidiano do PSF trouxe inquietações sobre as possíveis dificuldades do cirurgião dentista (CD) em atuar como parte de uma equipe que está responsável por desenvolver ações integradas de saúde a uma população adscrita e oferecer a estas famílias intervenções de promoção, prevenção, curativas e de reabilitação.

Estes questionamentos tinham por base o reconhecimento da distância existente da formação na graduação em odontologia e do imaginário liberal em que a profissão do CD está envolvida, em relação às características e necessidades do trabalho na atenção básica.

A atuação como CD em Pirai, um município que tem garantido o acesso universal à saúde e o desenvolvimento da integralidade em seus serviços e práticas, reforça a preocupação em refletir sobre o universo e o processo de trabalho deste profissional na atenção básica, pois acredita que a melhor inserção na rede pode contribuir para a qualificação do sistema de saúde vigente neste município.

Com estes questionamentos e inserido neste contexto de atuação, este projeto discutirá as circunstâncias da inserção do CD no Sistema Único de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família. Serão discutidas questões envolvidas neste processo, tais como: a Odontologia e o modelo biomédico hegemônico; as características do Programa de Saúde da Família; o trabalho profissional e a integralidade; o trabalho em equipe e a inserção da saúde bucal e do cirurgião-dentista no PSF.

Esta discussão buscará fundamentar a abordagem desta pesquisa que explora os desafios e as potencialidades da participação do CD na atenção básica, mais especificamente, em sua atuação como membro das equipes de saúde da família do município de Pirai.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a forma de inserção do CD em um trabalho de equipe multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família. Os objetivos específicos da pesquisa foram observar as repercussões e os sentidos do trabalho

em equipe, as percepções sobre o trabalho no SUS em relação às concepções liberais de práticas na odontologia e a forma como o conceito e a prática da integralidade têm envolvido a inserção do CD no PSF.

## 2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### 2.1 Odontologia e o modelo biomédico hegemônico

A Odontologia, inserida no campo da racionalidade biomédica, desde seus primórdios, constituiu suas práticas centradas no modelo anátomo clínico e tendo a doença oral como o objeto de intervenção.

Esta racionalidade biomédica que construiu um campo de saberes e práticas, estruturados em torno da doença e da lesão subjacente, induz à concepção de modelos de atenção e de formação nas diferentes áreas da saúde organizados em torno de uma perspectiva mecanicista, fragmentada e especializante. (CAMARGO Jr., 1997)

A fragmentação do conhecimento, que caracteriza a formação na graduação na maior parte dos cursos de Odontologia predispõe, portanto, a uma forma também fragmentada, individualizada e tecnicista de prática, o que cria obstáculos para a construção de saberes e prática fundado nas concepções de uma atenção integral à saúde.

Machado *et al.* (2007) e Junior *et al.* (2009) concordam que o modelo de prática odontológica centrada na doença e fragmentada em especialidades ainda se encontra hegemônico. Este se caracteriza por uma prática centrada na assistência odontológica, com foco no tratamento das seqüelas das doenças bucais, realizada pelo CD de forma individualizada. Esta análise faz com que estes autores apontem para a necessidade de mudanças neste modelo de práticas do CD. As mudanças se tornariam mais prementes quando são propostas e desenvolvidas, no setor público, novas perspectivas para a inserção deste profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) a serem desenvolvidas no SUS.

A limitação da prática do CD à racionalidade biomédica traz dificuldades para o profissional se inserir em uma nova proposta de trabalho existente no Brasil com a implantação da Estratégia Saúde da Família. Neste modelo de atenção a realização de ações não são apenas curativas e individuais, mas voltadas para a pessoa e a comunidade. Propõe a inserção dos CD em ações integradas de prevenção, promoção e assistência à saúde, inseridos em uma equipe que é responsável por integrar estas ações em um determinado território adscrito. (BRASIL, 2006)

## 2. 2 As características do PSF como um novo modelo de atenção

A atenção básica é compreendida como o primeiro nível de organização do sistema de saúde no SUS e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a base para a reorganização do modelo assistencial. Entre os fundamentos da ESF encontra-se a noção de que o sujeito deve ser visto em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. (BRASIL, 2006)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada em nível nacional desde 1994, tendo como principal propósito a organização da prática da atenção à saúde com foco na família e na comunidade, na tentativa de alcançar uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros.

A ESF é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A equipe assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem (2007 e GIL, 2005; MACHADO *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2007; PEREIRA *et al.*, 2009; GONÇALVES e RAMOS, 2010).

Esta estratégia vem sendo descrita como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços de saúde e propõe posicionar a família como sua unidade nuclear de atuação. A equipe de saúde da família busca a integração com a comunidade na qual se insere, nela promove a busca ativa de casos, propõe intervenções oportunas e precoces e dá ênfase à prevenção e à educação em saúde. Com estas práticas a estratégia procura estender a cobertura e facilitar o acesso à atenção à saúde, estabelecer o vínculo e a continuidade das ações, desenvolver o trabalho de equipe multiprofissional e alcançar elevada resolutividade. (GOLDBAUM *et al.*, 2005; BALDANI *et al.*, 2005)

O documento que define as bases da ESF destaca que, em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, ela prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Contudo, a promoção da saúde não constitui responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, os quais articulam políticas e ações que culminem com a melhoria das condições de vida da população e da oferta de serviços essenciais aos

seres humanos. (MACHADO *et al.*, 2007)

A ESF vem conseguindo uma grande expansão no nosso país, atingindo em 2009 a cobertura de 50,7% da população. Contudo, este avanço não ocorre de modo uniforme em todos os municípios. No processo de implantação são reconhecidas diversas dificuldades e desafios a serem superados, tais como financiamento, modalidades de contratação, carência de profissionais, capacitação do pessoal, manutenção de quadros, execução financeira e outras. (LOURENÇO *et al.*, 2009)

Particularmente, a capacitação, a qualidade do trabalho e o comprometimento dos profissionais das equipes de saúde da família representam um grande desafio neste atual processo de desenvolvimento da ESF. (LOURENÇO *et al.*, 2009)

É neste contexto que a Estratégia de Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa focalizado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso aos serviços, vem se apresentando, em vários municípios, como uma política voltada para a reorientação da atenção primária da saúde e do modelo de atenção como um todo.

O trabalho em equipe é destacado no conjunto das características da ESF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva. (BRASIL, 1997)

### **2.3 Integralidade e trabalho profissional**

Mattos (2001) sugere organizar o princípio da integralidade em três grandes conjuntos de sentidos, sendo que, o primeiro deles, refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde e não é visto, somente, como um atributo da boa prática da biomedicina, mas aquele que deveria permear a prática de todos os profissionais de saúde, independentemente de ela se dar no âmbito público ou privado.

Com base nos princípios e diretrizes do SUS, Alves (2005) acredita que o princípio da integralidade revela uma contraposição àquela abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos e que o olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante e caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do

sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Partindo de uma premissa de que o campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, a idéia de cuidado integrado em saúde compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes. Eles são co-responsáveis pela produção da saúde e pela constituição de espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado.

A noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde. (MACHADO *et al.*, 2007)

Machado *et al.* (2007) acrescenta que a discussão sobre integralidade deveria perpassar pela formação profissional e educação permanente, de modo a estimular o trabalho em equipe e favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde.

A partir da escolha do Programa Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente, iniciam-se mudanças de ordem conceitual, metodológica e operacional na prática profissional dos envolvidos. Entre essas mudanças, uma das principais refere-se ao trabalho multidisciplinar em equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), compostas por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um dentista, um ASB e os agentes de saúde responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que vivem em uma área geográfica delimitada (conceito logístico de adscrição de território). (CHAVES e MIRANDA, 2008)

O profissional inserido na ESF deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida) e acreditar que a responsabilidade da atenção à saúde somente se encerra com a resolução do problema de saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo. (BRASIL, 2006)

Em relação à introdução da Saúde Bucal como uma atribuição da ESF, Souza (2001) afirma que no contexto do PSF, a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica. Incorporar a saúde bucal no PSF não significa



somente incluir o cirurgião-dentista – CD – na equipe mínima constituída por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, mas exige articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde bucal.

A equipe de saúde bucal deve se enquadrar como membro desta equipe de atenção à saúde, devendo os profissionais estar inseridos na construção de vínculos entre com os usuários através de uma atenção que cultiva a confiança, o respeito e o cuidado. (SILVA e JORGE, 2003 *apud* SANCHEZ *et al.*, 2008)

Logo, o PSF, para alcançar um maior desenvolvimento no trabalho em equipe e se distanciar da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, deve dar condições para que os profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão e as competências profissionais que envolvem o acolhimento, o vínculo e a integralidade, a fim de compor um campo de novas práticas e saberes interdisciplinares. (BALDANI *et al.*, 2005)

#### **2. 4 A saúde bucal no Programa de Saúde da Família**

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF foi iniciada a partir da publicação da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual o Ministério da Saúde (MS) determinou o incentivo financeiro às Equipes de Saúde Bucal no PSF. Foram definidas duas modalidades de equipes, sendo a modalidade I composta de um cirurgião-dentista (CD) e um assistente de saúde bucal (ASB) e a modalidade II de um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em saúde bucal (TSB). Os objetivos foram melhorar os indicadores de saúde bucal e ampliar o acesso da população Brasileira às ações de saúde bucal.

Em março de 2004, o MS lança o “Brasil Sorridente”, política de saúde bucal do Governo Federal, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Cinco frentes de ação foram estabelecidas: ampliação do atendimento na rede básica, criação de centros de especialidades, ações educativas, reabilitação com próteses dentárias e fluoretação das águas. (BRASIL, 2000 e LOURENÇO *et al.*, 2009)

Esta política proporcionou a formação de uma rede assistencial odontológica,

ao incluir as ações de saúde bucal no PSF como parte integrante da atenção à saúde das famílias e comunidades e criou a possibilidade de instituir uma ampliação e qualificação da atenção básica. Representou uma importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Em seguida o Ministério da Saúde editou a portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 que explicita as atribuições do CD como membro da equipe da ESF. Elas compreendem desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação em nível individual e coletivo. É nesse contexto que se evidencia a proposta de um modo de organização da atenção à saúde oral voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde coletiva. (BRASIL, 2006)

Desse modo, houve um crescimento exponencial do número de equipes em todo o Brasil, foram admitidos profissionais de nível superior, como trabalhadores assalariados ou prestadores de serviços. A partir de 2001, acentuou-se a admissão de cirurgiões-dentistas na ESF, à medida que houve um incremento da programação de recursos e ações para as políticas e estratégias de Saúde Bucal. (MATOS e TOMITA, 2004; BALDANI *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2007; CHAVEZ e MIRANDA, 2008; MARTELLI *et al.*, 2008; PEREIRA *et al.*, 2009 e LOURENÇO *et al.*, 2009)

A ampliação do acesso para a saúde bucal no Brasil e sua (re) valorização através da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes do PSF, apontam para a discussão a organização de novos processos de trabalho que, agora, passam a integrar o CD como parte de uma equipe de saúde multiprofissional, confrontando valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas tradicionais da Odontologia, e trazem o desafio para o trabalho deste profissional sob uma perspectiva de atenção integral e referenciada à uma população adscrita. (CHAVES e SILVA, 2007 e GONÇALVES e RAMOS, 2010)

## **2.5 A inserção do cirurgião-dentista no PSF**

Ao longo do tempo, a organização e as relações de trabalho na área da Odontologia vêm sofrendo modificações, mas continuam marcadas pela divisão do trabalho, ou seja, pelo parcelamento das racionalidades assistenciais e pela especialização e fragmentação profissional, mantendo uma rotina de execução de

tarefas, onde cada grupo profissional fica responsável por parte da assistência. (SCHERER, 2006 *apud* GONÇALVES e RAMOS, 2010)

Para os cirurgiões-dentistas a falta de demanda suficiente e a incerteza da prática privada emergiram como fortes razões para a procura por um posicionamento profissional no sistema público. Este novo quadro do mercado de trabalho na odontologia promoveu uma relação ambígua do CD entre o desejo de uma prática liberal e as oportunidades de colocação no mercado de trabalho sendo mais claras no trabalho assalariado no setor público. Em virtude dessas dificuldades do mercado de trabalho, o PSF pode estar recebendo profissionais que não estejam adequadamente preparados e/ou comprometidos com as propostas que regem o programa. (GIL, 2005 e SANCHEZ *et al.*, 2008)

Esta vinculação ao setor público pode trazer conflitos vividos pelos CDs entre uma atividade de caráter liberal, centradas em uma ação independente em consultórios privados, com o vínculo estabelecido através de uma carreira pública, isto é, a atuação em um trabalho assalariado e em equipes como é o caso da ESF. Este aspecto ideológico e cultural do mercado de trabalho além da formação acadêmica pode, portanto, se constituir em um desafio para inserção do cirurgião-dentista no PSF.

A colocação do CD na ESF implica, ainda, em um processo de trabalho que obriga a participação na equipe de saúde e o envolvimento profissional com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais importantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo de assistência à saúde, para os quais o CD não foi previamente preparado.

Neste contexto, cabe reconhecer que a Estratégia Saúde da Família tem contribuído, em boa medida, para esta nova perspectiva do trabalho multidisciplinar, pois as equipes são compostas, além do CD, por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, ASB e TSB que têm sido absorvidos pelos sistemas municipais de saúde. (CHAVES e SILVA, 2007)

A inserção do cirurgião-dentista no PSF ampliou os postos de trabalho para a categoria, atraindo, certamente, um significativo contingente de profissionais, em um momento histórico de dificuldades para os CD que enfrentam um mercado de trabalho saturado nos grandes centros urbanos tendo, muitas vezes, a possibilidade de uma remuneração insuficiente e não digna. (GIL, 2005 e SANCHEZ *et al.*, 2008)

Na intenção de estabelecer as competências necessárias ao CD para atuar

em uma equipe de saúde da família, o Ministério da Saúde através da Portaria 1.444/GM de 2000, propõe audaciosas metas a serem alcançadas por estes profissionais.

As características, quanto ao perfil desejável para o profissional de Odontologia que busca trabalhar no PSF, seria enxergar o paciente em sua totalidade biopsicosocial e não de forma fragmentada, saber integrar-se com os outros profissionais envolvidos na equipe do PSF, apresentar sensibilidade para as questões sociais, estabelecer vínculos e criar laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade, humanizando as práticas de saúde e ter uma visão ampliada do processo saúde/doença. (BRASIL, 2006)

O desenvolvimento destas habilidades e competências propostas para a atuação do CD na APS implica em transformações na formação e educação permanente destes profissionais. Gil (2005) e Martelli *et al.* (2008) concordam quando relatam em seus artigos que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação.

O perfil do profissional, proposto na Portaria, é de um CD generalista e problematizador, preparado para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, vários autores têm verificado que os CDs ainda não estão preparados para atingir muito dos objetivos propostos, particularmente, aos relacionados à prevenção e educação em saúde, em especial a nível coletivo, isto é, para o desenvolvimento de ações baseadas em tecnologias leves e leves-duras. (GIL, 2005; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006; SANCHEZ *et al.*, 2008; MACHADO *et al.*, 2007 e MARTELLI *et al.*, 2008)

Deste modo, a gestão de pessoas nos serviços de saúde, representada pela força de trabalho, constitui um nó crítico a ser enfrentado pelos gestores no processo de consolidação do SUS, pois as competências, atitudes desenvolvidos na formação da graduação ainda se apresenta desvinculada, em sua maioria, aos preceitos do sistema de saúde brasileiro e das perspectivas do trabalho na ESF. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006; MACHADO *et al.*, 2007 e MARTINS *et al.*, 2009)

Martins *et al.* (2009) acrescenta que um aspecto que deve ser salientado, nesta discussão, é que o acesso ao serviço público não prevê o treinamento e/ou a capacitação direcionada, inviabilizando a reflexão desse profissional sobre os

paradigmas do SUS. Por sua vez, a maioria dos cursos e programas de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde existentes é isolada, desarticulada entre si e se restringem a questões técnicas, desestimulando os profissionais a discutirem seu papel no sistema de saúde no qual estão inseridos.

Atualmente a formação de profissionais capazes de responder às necessidades do sistema, às de saúde da família e tantas outras é urgente no setor saúde. Neste setor, a falência do perfil profissional e a inadequação às novas modalidades de organização e prestação de serviços nunca foi tão visível. Para que o CD assuma seu compromisso como profissional de saúde e contribua efetivamente para a melhoria das condições de vida da comunidade, sua formação profissional deverá enfatizar o caráter coletivo da prática odontológica, com conseqüente capacitação para o PSF. (MARTELLI *et al.*, 2008 e SANCHEZ *et al.*, 2008)

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Entretanto, na formação inicial da maioria dos profissionais de saúde, o ensino tradicional é tecnicista, com enfoque no indivíduo, descontextualizado e muitas vezes sem abertura para problematizar, refletir e construir um saber inerente à prática profissional. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006; MACHADO *et al.*, 2007 e MARTINS *et al.*, 2009)

Assim, tão importante quanto discutir sobre a formação acadêmica, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação fragmentada dos profissionais e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a implementação do SUS, em especial no âmbito da APS. (GIL, 2005 e MARTELLI *et al.*, 2008)

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. A simples transmissão de conhecimentos não é suficiente. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

A orientação predominante na formação profissional da área da saúde no país defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde e, em geral, pouco integrados; hegemônicos na abordagem biologicista, medicalizante, procedimento-centrada e tecnicista. (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006; MACHADO *et al.*, 2007 e MARTINS *et al.*, 2009)

Uma das alternativas é a Educação Permanente em Saúde, que constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Para tanto, a articulação entre ensino superior e saúde é fundamental e, no âmbito do PSF, tem-se nos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família um importante espaço, cuja concepção orientadora foi a de fortalecer a articulação ensino-serviço em torno, principalmente, das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes. (MATOS e TOMITA, 2004; GIL, 2005 e CECCIM, 2005)

Os Pólos são entendidos, ainda, como uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família na abordagem da atenção integral, destinavam-se a promover ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente, sempre buscando reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde. Desta forma, estariam se comprometendo com o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da família e também para a atenção básica do SUS. (MATOS e TOMITA, 2004; GIL, 2005 e CECCIM, 2005)

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que "uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor. (MACHADO *et al.*, 2007 *apud* Ceccim e Ferla, 2003, p. 4)

Há necessidade, portanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Perseguir a qualidade requer qualificar e manter atualizados médicos, enfermeiras, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – enfim, todos os profissionais da equipe de saúde.

(CAPISTRANO FILHO, 1999)

Dentre tantas questões tratadas neste embasamento teórico, algumas limitações são percebidas quando é descrito o processo de trabalho do CD na Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, o presente estudo visa descrever e compreender como os CDs vêm enfrentando estes dilemas em sua inserção nos serviços e práticas da ESF no município de Pirai.

## **2.6 A estruturação do Programa de Saúde Bucal do município de Pirai**

O Programa de Saúde Bucal do município deu início à sua reorganização a partir da inclusão em 100% das equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no ano de 2002. O principal foco da mudança foi a necessidade de aumentar a resolutividade dos tratamentos odontológicos clínicos, em face do grande número de demanda reprimida observado, incluindo demais clientela que não fossem somente os escolares da rede pública de ensino. (Relatório de Gestão SMS, 2009)

A inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família em Pirai, gerou reorganização da prática odontológica, definindo metas de programação dos serviços, contemplando ações coletivas e buscando resolutividade.

A reorganização deste programa começou em 2002 com a introdução de 06 equipes inseridas nas Unidades de Programa de Saúde da Família (PSF), atuando no esquema de um dentista para duas equipes de PSF, conforme portaria ministerial nº 1444/2000, que tinha como objetivo melhorar as ações de acesso, promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, com vistas à promover mudanças nos indicadores epidemiológicos do país.

Assim sendo, para trabalhar com responsabilidade integral sobre a população, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e recuperação, observou-se que era necessário potencializar as ações, introduzindo uma nova lógica assistencial que rompesse com a prática histórica da Odontologia, essencialmente centrada na dor e no trabalho dentro de quatro paredes do consultório segundo Roncalli (2000). Prática esta que vinha mantendo filas intermináveis de usuários à espera de uma oportunidade para tratamento dentário.

Como características específicas do programa ainda vigente no município de Pirai podemos destacar a possibilidade de:

- a) aumentar: o acesso ao tratamento clínico restaurador
- b) expandir e organizar a demanda através da distribuição da clientela por faixas etárias específicas
- c) ampliar as atividades de promoção e prevenção de forma integrada ao Programa de Saúde da Família
- d) aumentar a resolutividade no atendimento clínico restaurador
- e) diminuir a demanda reprimida pela definição de parâmetros de programação, protocolos clínicos e sistemas de referências
- f) facilitar as altas clínicas,
- g) garantir o atendimento prioritário e o acompanhamento sistemático de gestantes, bebês e escolares até 14 anos,
- h) ampliar o acesso ao usuário adulto com adoção de horário favorável ao seu atendimento como o período noturno;
- i) possibilitar o atendimento integral ao usuário com a articulação do acesso dos paciente do PSF às especialidades odontológicas
- j) implantar instrumentos de acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde bucal além da realização de levantamentos epidemiológicos, índice CPO-d em intervalos de 3 em 3 anos.,
- k) realizar encontros mensais de toda a equipe de saúde bucal para monitoramento e auto-avaliação. (Relatório de Gestão SMS, 2009)

Atualmente, o município conta com uma estrutura composta por 14 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 02 Odontomóveis, 12 aparelhos de raio-x odontológico, 01 laboratório de prótese dentária, 13 equipes de PSF e 13 equipes de Saúde Bucal. Quanto aos recursos humanos, dispõe de 29 dentistas, sendo 18 deles cumprindo carga horária de 20 horas e 11 cumprindo carga horária de 40 horas. Quanto ao vínculo empregatício, o município conta com 16 dentistas efetivos, 01 dentista com contrato pelo município, 01 dentista com vínculo com a SES-RJ e 11 dentista contratados pela Cruz Vermelha. (Relatório de Gestão SMS, 2009)

A rotina de trabalho do CD nas Equipes de PSF resume-se ao atendimento ambulatorial com consultas previamente agendadas, atendimento de intercorrências, realização de atividades educativas nas escolas e na comunidade e a realização de Visitas Domiciliares. Ao final do mês, os dados são coletados através de planilhas e



são avaliados conjuntamente com a coordenação de Odontologia do município, em reuniões mensais de avaliação com todas as Equipes de Saúde Bucal da rede municipal de saúde.

As demandas para o CEO são encaminhadas através de referência direta do CD do PSF para a gerência do centro de especialidades. Estas consultas são agendadas, e após a realização do procedimento solicitado é que, então, a contra-referência é devolvida ao PSF de origem, mesmo quando este paciente falta à consulta agendada no CEO.

Apesar dos avanços obtidos na atenção à saúde bucal do município de Pirai, que se caracteriza pelo continuado alcance das metas e indicadores epidemiológicos de saúde bucal preconizados, há um sentimento recorrente dos cirurgiões dentistas da ESF de Pirai de angústia e desvalorização. Estes sentimentos foram percebidos, de modo empírico, pela pesquisadora que também atua como profissional de saúde bucal no município.

Para entender melhor esta contradição entre os investimentos e os resultados alcançados pela saúde bucal em Pirai com o sentimento de desvalor que os CD expressam em muitas ocasiões foi desenvolvido este estudo.

Para se aproximar desta questão, que envolve sentidos e significados destes sujeitos em relação a sua inserção profissional, foi realizada uma pesquisa qualitativa. Foi adotada a técnica do grupo focal com cirurgiões dentistas atuantes na ESF em Pirai.

### 3 METODOLOGIA

Investigar o processo de trabalho do CD na Estratégia de Saúde da Família, como parte de uma equipe multiprofissional e inserido em uma nova proposta de atenção à saúde bucal, implica em explorar o comportamento, as percepções, as perspectivas e os processos dinâmicos experimentados por este grupo (SOARES, 2003). Buscando atingir os objetivos propostos neste trabalho, adotou-se para esta investigação a abordagem qualitativa, visto que possibilita incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (LEFÈVRE *et al.*, 2002; MINAYO, 2000).

Como o presente estudo busca compreender o comportamento de um grupo restrito, os cirurgiões dentistas, foi escolhido, como método de pesquisa, a técnica do Grupo Focal. Esta técnica compreende a formação de grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular ao receberem estímulos apropriados para o debate. Como uma prática de pesquisa distingue-se por suas características próprias, principalmente, pelo processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados. (KITZINGER e BARBOUR, 1999 apud RESSEL *et al.*, 2008)

Entende-se, ainda, por grupo focal, um dispositivo para aprofundar o significado de determinado tema para um conjunto de pessoas. Grupos focais, como uma técnica de pesquisa qualitativa, são organizados para coletar informações por meio das interações frente a um tópico específico, sugerido por um pesquisador que é, ao mesmo tempo, coordenador ou moderador do grupo. (MINAYO, 2009)

Essa técnica facilita a formação de ideais novas e originais. Gera possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo de estudo. Oportuniza a interpretação de crenças, valores, conceitos, conflitos, confrontos e pontos de vista. E ainda possibilita entender o estreitamento em relação ao tema, no cotidiano. (RESSEL *et al.*, 2008)

Foram convidados a participar do grupo focal todos os CD que atuam na Estratégia de Saúde da Família de Piraí. Contudo, apenas cinco dentistas compareceram ao encontro e concordaram com os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os projetos de pesquisa bem como o TCLE passaram pela submissão do Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Social (IMS)

A duração da atividade foi de aproximadamente 60 minutos. As conversas foram gravadas em áudio e o desenvolvimento do grupo foi registrado por um observador que elaborou um diário de campo do encontro.

Posteriormente, foi realizada a transcrição e análise dos diálogos estabelecidos entre os participantes.

Os diálogos foram estimulados a partir de questões motivadoras organizadas na forma de frases que eram lidas pelos participantes e, a partir delas, o moderador desencadeava o diálogo.

As temáticas escolhidas para o debate no grupo foram baseadas nas questões discutidas em reuniões de dentistas com a gerencia, inclui dificuldades e entraves observados pela pesquisadora que é, também, cirurgiã dentista atuante na Atenção Básica no município de Pirai.

Estas questões surgiram da observação de situações problema presentes na rotina diária do CD no PSF e levantadas nas reuniões em grupo de avaliação de indicadores mensais. As perguntas sugeridas ao grupo incluíram:

- Como o CD se vê como membro da Equipe de PSF?
- Como o CD vê o trabalho no CEO e sua interação com o PSF?
- Como o CD vê o fluxo de atendimento em seu consultório na Unidade de Saúde?
- Como você vê a Educação Continuada dos Dentistas do PSF?

O grupo focal desenvolveu-se em uma sala fechada, onde todos os participantes puderam acomodar-se, bem como o moderador do grupo e dois observadores.

Ao início do grupo, a pesquisadora apresentou os objetivos do trabalho, o tema a ser discutido e o moderador que conduziria a atividade. O fato da pesquisadora também ser uma cirurgiã dentista no município de Pirai e todos os profissionais se conhecerem a mais tempo possibilitou formação de um ambiente de descontração no grupo e pode ter contribuído na intensa participação dos profissionais.

Para evitar constrangimentos e vieses na coleta do material pesquisado o grupo foi moderado por um profissional externo ao município e desconhecido dos dentistas. A pesquisadora atuou, apenas, como observadora do encontro.

No início do grupo foi solicitado que cada sujeito se apresentasse explicitando

o nome, idade, tempo de formação, tempo de trabalho no PSF e, ainda, que dissessem como se imaginavam, profissionalmente, daqui a 10 anos.

Em seguida a esta apresentação, o moderador solicitou que um dos participantes escolhesse uma das perguntas motivadoras que se encontravam ao centro da mesa de discussão. Este participante, então, lia a pergunta em voz alta para os demais e a respondia.

A discussão sobre o tema levantado transcorria entre os membros e o moderador, quando julgava necessário, interrompia para alguma pergunta pertinente. Com o desenvolvimento da discussão, foi observado que os membros sentiam-se dispostos a abordar os temas levantados, pois compartilhavam de experiências comuns no PSF. Entretanto, no que se refere à participação, um deles destacou-se dos demais, polarizando a atenção em todas as questões propostas.

A análise do grupo focal foi resultado das anotações de campo dos observadores que estavam atentos à dinâmica e ao modo como os participantes interagiam na discussão. Os diálogos transcritos foram analisados de acordo com a análise temática de Bardin (1997). Foi realizada uma leitura flutuante inicial, identificadas as principais questões relatadas nos diálogos e posteriormente identificadas as categorias que emergiram das falas. Buscou-se através das categorias compreender as construções de significados pelos sujeitos a partir de suas falas no grupo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Valores e expectativas profissionais dos cirurgiões dentistas

Quanto às características dos membros do grupo, dois eram profissionais formados e trabalhando no PSF há mais de 5 anos, os outros três estavam formados e trabalhavam no PSF há menos de 5 anos.

Em relação aos objetivos profissionais, foi marcante o fato de que todos os CD não se imaginavam trabalhando no PSF em um futuro próximo. Mesmo os dentistas mais jovens e recentes na ESF não visualizavam seus futuros profissionais na estratégia ou como profissionais generalistas.

Esta negação era justificada tanto pela importância dada ao trabalho como especialista, com ênfase na prática privada da odontologia, como pela falta de uma perspectiva de carreira dentro do setor público. Esta carreira era percebida como limitada a atividades da gestão de serviços de saúde.

*“Eu não sei se tenho tanto futuro no PSF por causa dessa questão burocrática. Fiz até o curso de especialização em saúde da família...mas eu não tenho o perfil pra estar lidando com esta questão de gerência, meu negócio é mesmo a assistência.”  
(CD 3)*

*“Interessante, que a maioria de nós aqui falamos de diminuir a carga horária para privilegiar o setor privado, será que é porque o PSF é diferente de uma empresa, em que você vai entrar como um Dentista do PSF, e você vai ser isso pra sempre?”  
(CD 1)*

Esta percepção de um menor valor ao generalista se confunde com as questões do mercado profissional privado e foi uma questão central nas discussões entre os CD. Ela se expressa na valorização de uma perspectiva de prática odontológica curativa, centrada em procedimentos e na especialização que se integra com uma forma de reforçar a visão liberal da profissão.

Existe uma valorização social no imaginário do CD do trabalho em consultórios particulares ou em relação aos planos privados de saúde. Este imaginário envolve a ideia de trabalho especializado e tangencia a perspectiva de uma ideologia de trabalho liberal.

Alguns dos membros deste grupo indicaram a especialização voltada para o setor privado, como um modo de ascensão financeira e de valorização social, bem como uma maneira de diferenciação frente aos demais profissionais da mesma área.

[sobre a valorização do especialista em relação ao generalista] *“Eu acho que no SUS não tem diferença, o Dentista do CEO é o mesmo do PSF, no município é a mesma coisa. Mas no particular há uma diferença muito grande. Só de você encaminhar pro especialista, só de ele receber ele recebe de forma diferenciada, já tem que ter o preço diferenciado” (CD 4)*

Os integrantes têm a percepção que o mercado de trabalho em Odontologia passa por uma crise e acreditam que exista a necessidade de uma especialização ou atualização para melhor se inserirem neste mercado especializado. Esta percepção traz, por sua vez, uma visão de desqualificação do trabalho do CD na atenção primária.

[sobre a especialização] *“Eu acho até por uma questão pessoal. É que assim, hoje eu estou começando uma especialização de peso, porque eu me sentia assim: não estudei, não estou estudando, só trabalhava na rede pública e hoje eu estou muito realizada, lutando conquistando meu espaço.” (CD 3)*

A incorporação de novos procedimentos, a ênfase em novas áreas de desenvolvimento tecnológico como a odontologia estética tem levado a mudança do mercado de trabalho no setor privado (FORTUNA, 2003). Este movimento de incorporação tecnológica está associado a constituição de novos mercados e novas relações entre usuários e profissionais que impactam diretamente sobre as concepções do CD em relação a sua prática na ESF.

*“Hoje eu acho que a maioria dos pacientes não estão mais preocupados em ir ao melhor profissional da cidade, mas em ir naquele profissional que é mais barato ou porque aceita o plano de saúde que ele tem!” (CD 2)*

A expansão do acesso ao atendimento odontológico no setor público de Pirai, seja na atenção básica (pelo trabalho do generalista das equipes de PSF) ou na atenção especializada (a partir da criação dos CEO no município) tem produzido interferência no mercado privado local. Com a implantação do CEO, o maior acesso a procedimentos especializados dentro do setor público, tem restringido, cada vez mais, a prática privada especializada da odontologia e levado o CD a procurar formação em especialidades que não compõem o rol de serviços oferecidos no setor público.

*“Antigamente o especialista tinha que ser particular...” (CD 1)*

*“Tinha o generalista na rede pública e o especialista no particular, porque não existia o CEO..” (CD 2)*

A dificuldade no mercado privado, mesmo para a prática especializada faz com que os CD valorizem o vínculo com o setor público. Contudo, a baixa remuneração e a falta de uma perspectiva de carreira no SUS são compreendidas como um impedimento a adoção de um vínculo exclusivo no setor público.

*“Se eu fosse bem mais remunerada aqui, eu não trabalharia no consultório.” (CD 3)*

*“Exatamente! Ficaria quietinho! Eu não queria trabalhar fora do SUS não!” (CD 4)*

Os participantes do grupo relatam, ainda, sobre a insatisfação com o salário. Sentem-se desvalorizados frente aos demais profissionais de nível superior da equipe do PSF. Também queixaram da falta de perspectiva de carreira no SUS, como a falta de um plano de cargos e salários para se manterem no setor público.

Pode-se considerar que a perspectiva de uma vinculação exclusiva ao SUS faz parte de uma nova perspectiva, ou melhor, a carreira no setor público passa a ser uma possibilidade.

Pensando em uma carreira no SUS, alguns profissionais concordam quanto à importância da especialização em Saúde Coletiva ou em PSF, pois acreditam que este tipo de capacitação é voltado exclusivamente para a área pública e deveria ser oferecido pelo gestor.

*“Eu acho que fazer um curso como o de saúde coletiva seria muito interessante, mas que a prefeitura bancasse! Porque este tipo de curso não aumenta nosso salário e nem tem utilidade no consultório particular” (CD 5)*

A forma como os participantes vêem seu desenvolvimento e sua futura vinculação profissional apontam as contradições existentes entre uma prática generalista e especializada e entre a atuação no setor público e o privado. Estas contradições parecem influir diretamente na forma como os CD percebem e julgam suas práticas na ESF.

As categorias que surgiram da análise do material ajudam a compreender como os CD lidam com estas contradições e como elas influem no desenvolvimento

de uma prática integral na atenção primária.

#### 4.2 Concepções sobre a integralidade e o processo de trabalho do CD no PSF

VILLLA e ARANHA (2009) ao abordarem a formação profissional demonstram a ênfase que é dada ao domínio teórico biomédico na organização curricular das disciplinas da área da saúde. O modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica, restrito à sua dimensão biológica, com uma visão organicista do paciente e do processo saúde-doença, enfocando prioritariamente a doença e as intervenções curativas aplicáveis a cada caso.

Esta racionalidade da formação aparece nas falas dos CD como um pano de fundo das dificuldades deles em se aproximar da perspectiva integral do cuidado em saúde. Forma uma visão dominante que se coloca em contraposição às características da integralidade proposta na Atenção Básica, pois está focada na especialidade e traz dificuldades, conceituais e técnicas, para o trabalho diário do CD como generalista na ESF e o desenvolvimento de uma prática centrada na integralidade.

*“Eu acho que o profissional de PSF não deixa de ser um generalista....ele é um generalista sim, só que existem essas divisões, é o mito do especialista. Nesse caso ele é....sim um generalista!” (CD 3)*

Assim, os profissionais demonstraram dificuldade quanto à percepção das mudanças de modelo de atenção proposta na ESF. Tendem a transferir valores e conceitos da formação fragmentada, centrada em procedimentos e especializada para o contexto da atenção básica.

Quando são perguntados sobre sua prática diária, estes relatam apenas dificuldades com procedimentos, envio e troca de referências e problemas de relacionamento e de compartilhamento do trabalho na unidade básica com os outros profissionais da equipe.

*“Se a gente for comparar o fluxo de atendimento com os outros profissionais, Meu Deus....a gente deveria ganhar 10 mil reais!!! Trabalha muito! Atender é uma coisa e receber é outra!” (CD 4)*



Desse modo, a construção de um novo modelo de atenção pressupõe a formação de novas concepções entre os trabalhadores. Um dos participantes, por suas experiências profissionais no PSF, demonstrou se sentir mais confortável com a realização de práticas que envolvem questões relativas à prevenção e à promoção da saúde oral que são organizados na forma de programas como a saúde escolar (PROSANE) e a atenção materno infantil (PROMATI).

[sobre a prática do CD] *“... eu gosto de realizar os programas, sabe? Mas na hora de agir, foi com essa questão burocrática que eu comecei a desanimar...” (CD 3)*

O profissional de saúde comprometido com o usuário passa a ter um olhar para além do corpo que está à sua frente, palpável, visível ou diagnosticável através do exame clínico. O olhar deve se dirigir para a produção de cuidado daquele sujeito. Portanto, o profissional que tece o ato de cuidar no seu cotidiano está sempre ampliando suas ações. (TEIXEIRA, 2006)

No desenvolvimento do grupo, em nenhuma das falas surgiu a referência a palavra cuidado ou ao tema do vínculo. As idéias dispostas eram distantes destas questões, pois o discurso dos participantes voltou-se para um aprofundamento da fragmentação e da prática curativa.

Os pesquisadores questionam estas ausências. Seriam elas decorrentes da falta de reflexão sobre as próprias práticas que desenvolvem, de compreensão do que significam estas questões para a prática na ESF ou, simplesmente, da necessidade de aproveitar a ocasião para falar das limitações estruturais e gerenciais do cotidiano.

As dificuldades de desenvolver uma prática centrada na integralidade começam com a organização do processo de trabalho, visto que a maior parte das atividades das equipes de saúde bucal acontecem nos consultórios. A avaliação do ambiente de trabalho se restringe às condições dos consultórios que os CD consideram como sendo bem aparelhados, em condições de atingirem uma boa resolutividade e possibilitar atividades clínicas seguras e humanizadas. Esta avaliação do ambiente, portanto, parte do pressuposto de que a prática do CD no PSF é eminentemente curativa.

[sobre a resolutividade do consultório odontológico no PSF] *“...o consultório*

*tem resolutividade pra assistência básica sim!” (CD 2)*

*“Eu acho que sim, pra atender a demanda e a rotatividade que tem!” (CD 3)*

As dicotomias observadas na visão dos CD refletem a dificuldade apontada por Fortuna (2003) de que a inserção do CD na ESF deve compreender uma prática baseada em princípios como a integração das ações de prevenção, promoção e assistência, a consolidação de vínculos terapêuticos e uma perspectiva de produção de um cuidado integral aos usuários do SUS.

### **4.3 Dicotomia entre assistência e prevenção**

É senso comum na sociedade que quando se pensa no trabalho do cirurgião-dentista, imagina-se um profissional fechado dentro de seu consultório, realizando exclusivamente atividades clínicas. Essa é, inclusive, a imagem transmitida dentro das universidades, pela maioria dos professores, aos futuros profissionais e, por consequência, essa é a imagem que povoa o imaginário das pessoas e que se consolidou como o papel social do cirurgião-dentista.

Assim, um profissional de saúde bucal que não esteja, exaustivamente, trabalhando na sua cadeira, atendendo pacientes, não estaria correspondendo ao que é esperado dele.

A inserção dos profissionais nas atividades de grupo, nas visitas domiciliares e em tudo que remeta à saída do consultório – atividades essas previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF - ainda causam estranheza e desconfiança. Esses sentimentos se manifestam tanto entre os integrantes das Equipes de Saúde da Família como na própria comunidade atendida, representando, muitas vezes, um limite para que o novo processo de trabalho se efetive. (GONÇALVES e RAMOS, 2010)

Os dentistas reconheciam a importância do PSF na melhora do acesso à saúde bucal, contudo prevaleceu uma visão pouco clara do que seria uma atenção básica nesta área. Para eles justificarem o pouco desenvolvimento das ações de prevenção argumentaram com base na existência de uma grande demanda por atendimentos programados e espontâneos e a dificuldade dos demais membros da equipe de PSF em reconhecer a importância das ações de Visitas Domiciliares e

Atividades Educativas pelo CD.

Relatam, também, como justificativa para a centralidade nos consultórios, as dificuldades operacionais para a realização de ações preventivas e coletivas. Contudo, quando conseguem sair da unidade para realizá-las, muitos se sentem inseguros pela falta de planejamento, sobretudo das visitas domiciliares:

[avaliando o PSF] *“Mas eu acho que com toda essa mudança aí foi muito boa...Mas a demanda ainda é muito grande”* (CD 3)

*“Eu acho que pela exigência da produção que se quer ter, deveria ter mais profissionais, para trabalhar com qualidade e tranqüilidade”.* (CD 3)

*“Por várias vezes fiquei esperando ACS pra sair com o carro pra VD. Mas elas saem e não me avisam.”* (CD 1)

*“A VD do médico é agendada. A VD do Dentista tem que acompanhar a ACS do dia.”* (CD 3)

*“Quando é dia de visita e eu chego na sala das ACS, é dia de “cara feia”.* (CD 3)

Contudo, estes problemas operacionais não parecem ser as únicas razões para explicar a ênfase na atenção curativa nas falas dos participantes. Um exemplo de que a questão transcende os aspectos operacionais foi a ideia debatida pelo grupo de segmentação entre as medidas de prevenção e promoção de saúde e o trabalho assistencial do PSF. Neste sentido, as atividades de atendimento clínico e as medidas de prevenção passariam a ser consideradas ações de campos de práticas distintos, sem correlação e deveriam ser realizadas por mais e diferentes profissionais.

*“Eu acho que pra ter um atendimento maior nos programas que a gente tem aqui, deveria ter mais Dentistas.”* (CD 3)

*“Eu acho que o tempo é muito curto ....Porque demanda muito atendimento, coisa que não seria do PSF, é mais da Prevenção”* (CD 5)

*“...eu acho que a solução para o volume de atendimento não seria criar postos de emergência, seria aumentar o atendimento no PSF, para que o atendimento continuasse a ser executado e que a visão de prevenção fosse maior para o cara seja mais educado e ficasse menos doente!”* (CD 4)

A queixa em relação ao fluxo maior por consultas por demandas espontâneas é explicada por conta do prejuízo que pode causar no atendimento às consultas programadas. Estas teriam uma perspectiva de prevenção e atendimento a grupos específicos como as gestantes, bebês, adultos, escolares e pacientes acamados. Portanto, observou-se a preocupação com a aplicação de procedimentos de prevenção e promoção da saúde bucal a serem realizados na unidade e fora dela.

*“O nosso acesso às escolas está com dificuldade: um grande programa nosso é o PROSANE, que é atendimento de escolares e eu acho que os pacientes agendados faltam muito! Porque a facilidade é muito grande! O agente de saúde leva lá...a gente ainda dá uma chance...sendo que a lista de pacientes está enorme...enquanto a gente não atende aquele ali...o que a gente faz? A gente atende a emergência!” (CD 3)*

*“Prevenção é bonito? É, mas não é a minha realidade. Hoje, na minha realidade, eu não consigo me ver na praça do município e fazer prevenção sendo que tem um cara lá com dor olhando pra mim.” (CD 2)*

#### **4.4 Integração na rede de atenção odontológica**

A distante relação entre o trabalho do CD na ESF com os profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas pode refletir a existência de diferentes valores entre os profissionais, variando de acordo com o local e a função que exercem no processo produtivo, em especial uma diferenciação entre cirurgiões dentistas atuando como especialista versus o trabalho como generalista.

Outro aspecto diz respeito às dificuldades da rede de atenção para agilizar e regular o acesso à atenção especializada.

Este distanciamento entre profissionais da rede básica e especializada parece ocorrer devido a valores e concepções, assim como dificuldades operacionais e comunicacionais existente na rede de atenção.

Este distanciamento além de prejudicar a resolutividade da atenção básica também prejudica a construção de espaços de diálogo e de trocas de saberes e experiências entre especialistas e generalistas.

*“...essas contra-referências e referências, eu acho que o meio do caminho atrapalha muito, eu acho que se fosse uma coisa mais próxima teria menos problemas.” (CD 4)*

*“Já aconteceu de eu estar trabalhando no CEO e a paciente chegar pra ser atendida e mostrar o dente pra ser retirado, mas sem papel nenhum! E ninguém queria fazer a referência. E a coordenação me mandar fazer! Eu acho que tem muita burocracia ainda...” (CD 2)*

A troca de experiências e a discussão de problemas entre os profissionais nestes dois setores (atenção básica e especializada) são atividades com as quais todos só têm a ganhar, especialmente quando se busca a inserção e uma melhor adaptação à ESF.

#### **4.5 O trabalho em equipe multidisciplinar**

O perfil do profissional, proposto na Portaria que pauta as atribuições do CD na ESF, é de um CD generalista e problematizador, preparado para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. (GIL, 2005; NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2006; MACHADO et al., 2007; SANCHEZ et al., 2008 e MARTELLI et al., 2008)

Apesar do tempo passado após a ampliação da ESF, a organização e as relações nas equipes vêm sofrendo modificações, mas continuam marcadas pela divisão do trabalho, ou seja, pelo parcelamento das racionalidades e pela especialização e fragmentação profissional, mantendo uma rotina de execução de tarefas, em que cada grupo profissional fica responsável por parte da assistência. (GONÇALVES e RAMOS, 2010)

A unidade básica de saúde é o local onde praticamente todas as atividades/ações/relações de trabalho acontecem, não surpreendendo que ali ocorram conflitos que tanto potencializam como limitam a atenção à saúde.

A entrada tardia do CD como membro da equipe de ESF, as particularidades do trabalho clínico (maior parte das vezes isolado em consultórios) e a frágil percepção dos outros membros da equipe do significado da saúde oral como uma prática integral, ainda são obstáculos no processo de integração do CD às equipes.

Em todas as unidades de saúde da família de Piraí há um(a) coordenador(a) que atua como gerente local. A ele é atribuída a função de ligação das equipes com a Secretaria Municipal de Saúde, entre os trabalhadores e destes com os usuários

(Coordenação de Saúde Bucal, SMS, Pirai). Contudo, esta mediação nem sempre é reconhecida pelos CD como algo positivo. As críticas à gerencia das unidades, no entanto, pareciam mais relacionadas com as relações hierárquicas entre os gerentes e profissionais do que a abordagem do processo de trabalho em equipe.

*“Eu acho que a implicância com a enfermagem veio de cima, desde a coordenação. Acho também que um ponto fácil pra manipular e que está no mesmo nível que elas seria o CD, porque o médico não podia. Então a enfermagem tentava se sentir maior em cima do Dentista. Porque vamos falar a verdade? Temos culpa nisso!” (CD 3)*

As dificuldades de percepção dos sentidos da integralidade e das possibilidades de integração para o trabalho em equipe são questões que devem estar em pauta no processo de educação permanente. A seguir discutiremos as falas que expressaram significado sobre este tema no grupo focal

#### 4.5 Expectativas de capacitação/educação permanente

No desenvolvimento do grupo, percebeu-se um desconhecimento geral sobre o significado de educação permanente, desse modo, o foco dado por estes profissionais foi dirigido a cursos ou palestras de capacitação, em geral, voltadas para aspectos especializados da Odontologia e que teriam utilização nos atendimentos especializados em seus próprios consultórios particulares.

*“Eu acho que a educação continuada para os Dentistas no PSF é zero! Desde o ano passado que estamos pedindo o curso de Emergências Odontológicas e a resposta da coordenação era que tinha acabado a verba!” (CD 2)*

Foi notória a grande insatisfação com a falta de acesso a cursos de especialização e capacitação oferecidos gratuitamente pela Secretaria Municipal de Saúde. O grupo reconhecia, também, a importância de cursos voltados diretamente para o PSF e Saúde Coletiva:

[concordam] *“O último curso que teve direcionado pra Dentista? Não lembro!” (CD 2)*

*“Eu acho que, o curso de Especialização em Saúde da Família, deveria ser aberto pra todos!” (CD 3)*

[acrescenta] *“Aberto não, deveria ser obrigatório” (CD 2)*

*“Alguns Dentistas hoje fazem cursos pela prefeitura, que eu não vejo proximidade com o nosso trabalho no PSF.” (CD 2)*

Percebe-se que muitas vezes surgia dicotomia entre o que a gestão compreende como necessidade de capacitação e o que o CD avalia como importante.

*“Eu acho que ficam as necessidades individualizadas. Eu acho que deveria ter uma segunda reunião pros dentistas, e a gente exporia as dificuldades e anotaria como item. Daí a gente procuraria as maiores dificuldades, e procuraria trazer cursos, voltados pra estes assuntos. Porque quem sabe da minha dificuldade? Você não sabe..” (CD 4)*

*“E Pirai tem o título de amigo da amamentação há muito tempo....e até então não tem nenhum Dentista no curso de capacitação!” (CD 2)*

Em relação ao processo de trabalho do CD, a sobrecarga de serviços assistenciais dificultaria a liberação para cursos ou capacitações que são feitas, mais facilmente, por outros profissionais das equipes. Estes questionamentos foram observados nos seguintes depoimentos:

*“Hoje a gente vê no CRO on-line, e vemos disponíveis vários cursos de graça, e aí não têm carro pra levar a gente! E existe carro pra levar médico pra curso de eletro!” (CD 2)*

A relação fragmentada entre o profissional especialista, lotado no CEO, com o generalista implica, também, na educação permanente. A falta de diálogo entre eles não possibilita que haja trocas de saberes e experiências. Ao serem questionados sobre a efetividade do sistema de referência e contra-referência, como forma de comunicação entre os dois setores odontológicos, este problema foi evidenciado:

*“Aprender com a contra-referência? Eu acho que faz o que é pedido e só.” (CD 1)*

*“Isso [referindo-se às referências e contra-referência] eu acho que é mais um assunto que deveria ter uma capacitação, porque a gente não sabe fazer referência!” (CD 5)*

A partir da análise de Villa e Aranha (2006) acredita-se que o trabalho diário é um *lócus* formador do trabalhador de saúde, no qual os profissionais vêm aprendendo a lidar com as novas propostas de reformulação da assistência, como

pioneiros na construção do novo modelo assistencial, num verdadeiro processo de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho.

As opiniões dos CD em relação ao processo de educação/capacitação refletem o que Martins *et al.* (2009) descreve sobre a maioria dos cursos e programas de capacitação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde existentes. As perspectivas dos participantes era que as ações de capacitação são desarticuladas entre si. Contudo, a preocupação maior no grupo era a aplicabilidade dos cursos técnicos em suas atividades privadas atuais ou futuras. Emergiram assim considerações que direcionavam o interesse por capacitações que ampliassem suas competências no mercado privado.

As falas também demonstraram, como aponta Martins *et al.* (2009), que o acesso ao serviço público não prevê o treinamento e/ou a capacitação direcionada para a atuação nele. Esta falta de preparo na inserção dos novos profissionais pode dificultar o reconhecimento e sua reflexão sobre os paradigmas do SUS e da ESF.

Martelli *et al.* (2008) e Sanchez *et al.* (2008) acrescentam, ainda, que no setor saúde, a falência do perfil profissional e a inadequação às novas modalidades de organização e prestação de serviços nunca foi tão visível. Neste sentido, para que o CD assuma seu compromisso como profissional de saúde e contribua efetivamente para a melhoria das condições de vida da comunidade, sua formação profissional e a educação permanente deverá enfatizar o caráter coletivo da prática odontológica, com conseqüente capacitação para o PSF.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fragmentação do conhecimento, característica fundamental da formação na graduação na maior parte dos cursos de Odontologia predispõe a uma prática futura também fragmentada, individualizada e tecnicista.

A ESF organizada em torno do princípio da integralidade se apresenta como uma contraposição à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos. A estratégia propõe que o olhar e a prática do cirurgião- dentista busque ser totalizante e caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Por outro lado, no campo do desenvolvimento do saber na odontologia verifica-se uma maior ênfase e valorização nos avanços tecnológicos da área da odontologia e no desenvolvimento de novos produtos e intervenções. Um exemplo deste direcionamento é a busca da estética como um novo campo tecnológico e um novo nicho de mercado de práticas ou de qualificação profissional.

A tendência tecnicista aprofunda as concepções de uma prática odontológica pautada muito mais na habilidade técnica do profissional no uso de novos materiais ou equipamentos do que no seu embasamento científico e cultural voltado para uma perspectiva de um cuidado integral em saúde.

Esta visão tecnológica e de mercado que permeou a maior parte das falas dos CD no grupo além de não se abrir para perspectivas de práticas dirigidas à integralidade pode isolar os Cirurgiões-Dentistas dentro dos consultórios e afasta-los ainda mais do trabalho em equipe.

A abertura de novos campos de trabalho para o Cirurgião-Dentista, como é o caso das Equipes de Saúde Bucal no PSF, ao que tudo indica, traz a ampliação da atuação dos profissionais, nos sentidos das práticas, das discussões e implementações de políticas e da visão mais abrangente do universo das relações entre todos os atores envolvidos no trabalho.

A inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no município de Pirai, no ano de 2002, gerou a reorganização da prática odontológica. Objetivava melhorar o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, com vistas às mudanças nos indicadores epidemiológicos do município. Estes objetivos foram em grande parte alcançados considerando o alcance de metas e indicadores epidemiológicos de saúde bucal.

A visão de uma prática voltada ao mercado privado e tecnicista ainda são questões que o SUS e a ESF ainda precisa considerar quando pensa a participação do CD nas equipes. O trabalho evidenciou que ainda há um longo percurso para que as concepções dos CD em relação a uma prática integral e a sua integração como membro de uma equipe multidisciplinar se efetive.

Esta ampliação dos saberes e das práticas em saúde bucal são importantes, não apenas para os resultados epidemiológicos diretos na saúde bucal, mas para ampliar os sentidos e as ações da Estratégia de Saúde da Família em busca de uma atenção integral à saúde para uma determinada população de um território.

Neste sentido, o trabalho aponta para a necessidade de aprofundamento das estratégias de educação permanente, no sentido de valorizar o CD como um integrante da equipe e de fomentar sua maior participação nas questões técnico gerenciais das unidades. Este movimento deve estar conjugado com a preocupação de valorização de uma carreira para o CD no SUS, de modo que valores como a integralidade e a efetividade do cuidado passem a fazer parte de um projeto político ideológico destes profissionais quando estão nas unidades básicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v.9, nº 16, p. 39-52 Set./Fevereiro 2005.
- BALDANI, M. H.; FADEL, C. B. POSSAMA, T. QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(4): p1026-1035, jul-ago, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 29 dez 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Investimento em saúde bucal passa de 84 milhões para 238 milhões em 2004**. Brasília: MS; 2004.
- CAMARGO Jr, K.R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:p58-68, 2008
- CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de Saúde da Família de São Paulo. **Estudos Avançados** 13 (35), p.89-100,1999.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10 (4): p975-986, 2005.
- CHAVES , M.M. **Odontologia Social** . São Paulo, Artes Médicas, 1986.
- CHAVES, S. C. L. & SILVA L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,12 (6): p1697-1710, 2007.
- CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discourse among dentists within the Family Healthcare Program: crisis and change of habitus within public health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v.12, n.24, p153-67, jan./mar. 2008.

FERREIRA, M. A. F.; ALMEIDA, G. C. M. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2131-2140, set, 2008

FORTUNA, R. F. P. **Promoção de Saúde Bucal no SUS: Possibilidades e Limites do Programa de Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):490-498, mar-abr, 2005.

GOLDBAUM, M, GIANINI, R.J, NOVAES, H.M.D; CÉSAR, C.L.G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 39(1): 90-9. 2005.

GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. Dentists' work within the family health strategy: potential and limits in the struggle for a new care model. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.14, n.33, p.301-14, abr./jun. 2010

JUNIOR C. R; CAETANO J. C; PRADO M. L. A contribuição do trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [ 1 ]: 189-206, 2009

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C; TEIXEIRA, J.J.V. (Org.). **O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2002.

LOURENÇO, E.C; SILVA, A. C. B; MENEGHIM, M. C; PEREIRA, A. C. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1): p1367-1377, 2009.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(2), Março/Abril 2007.

MARTELLI, P. J. L.; CABRAL, A. P. S; PIMENTEL, F. C; MACEDO, C. L. S. V; MONTEIRO, I. S. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13 (5): p1669-1674, 2008.

MARTINS, J. F; MOIMAZ, S. A. S; GARBIN, C. A. S; GARBIN, A. J. I; LIMA, D. C. Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.1, p75-82, 2009.

MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6): p1538-1544, nov-dez, 2004.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção**

**e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO; 2000.

MINAYO, M.C.S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 33 (1 Supl. 1): p83-91; 2009.

NASCIMENTO, D. D. G; OLIVEIRA, M. A. C. A. Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS: Considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **REME – Rev. Min. Enf.;**10(4): p435-439, out./dez., 2006.

PEREIRA, C. R. S; PATRÍCIO, A. A. R; ARAÚJO, F. A. C; LUCENA, E. E. S; LIMA, K. C; RONCALLI, A. G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 25(5): p985-996, mai, 2009.

RESSEL, L.B; BECK, C.L.C; GUALDA ,D.M.R; HOFFMANN, I.C; SILVA, R.M; SEHNEM G.D. O Uso do Grupo Focal em Pesquisa Qualitativa. Texto contexto - enferm., Dez 2008, vol.17, no.4, p.779-786.

RONCALLI, A.G. **A organização de demanda em serviços de saúde bucal – universalidade, equidade, e integralidade em saúde bucal coletiva.** Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social ) – Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho , Araçatuba, 2000.

SANCHEZ, F. H; DRUMOND, M. M; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 13 (2): p523-531, 2008.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A; RODRIGUES, A. A. A. O; NASCIMENTO, M. A. A; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 23(1): p75-85, jan, 2007.

SOARES, E. **Metodologia Científica: lógica, epistemologia e normas.** São Paulo: Atlas, p19, 2003.

SOUZA, S.M.D. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. In: Pinheiro JT, (org). **Ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF): ampliando a atenção básica à saúde.** Recife: Ed. EDUPE; 2001.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 11 (1): p45-51, 2006.

VILLA, E. A. e ARANHA, A. V. S. **A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18 (4): p680-7.

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado DILEMAS E PERSPECTIVAS DA INSERÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NO PSF desenvolvido pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Roseni Pinheiro, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 21- 23340235 ou email: rosenisaude@uol.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é analisar a forma de inserção do cirurgião-dentista em um trabalho de equipe multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família de Pirai.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de observação de grupo focal, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2334-0504 ramal 148, fax (x-21) 2334-2152 e e-mail: cep-ims@ims.uerj.br. A pesquisadora principal do estudo / pesquisa / programa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo da minha relação com a pesquisadora e/ou com instituição a qual estou subordinado.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Análise de indicadores de desempenho dos serviços de saúde bucal**

<b>Indicador</b>	<b>Dado</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Nº de 1ª consulta Programática	1	7.620	8.501	9.282	11.462	11.896	12.333	12.622	13.139
Cobertura dos serviços de Saúde bucal	2	33%	37%	40%	46%	48%	50%	51%	50%
Resolutividade dos serviços de saúde bucal	3	47%	63%	63%	80%	80%	80%	83%	79%
Cobertura de ações preventivas	4	35% 0,35 hab/ ano	80% 0,8 hab/ ano	76% 0,76 hab / ano	198% 1,98 hab/ ano	216% 2,16 hab/ ano	292% 2,92 hab/ ano	296% 2,96 hab/ ano	576% 5,75 hab/ano

Fonte : Datasus / Planilha de Saúde Bucal da SMS Pirai

**Legenda de Dados:**

1 - Avaliação do acesso segundo PPI;

2 - Nº de usuários atendidos pelos serviços de saúde bucal nos procedimentos de 1ª consulta /total de usuários do município;

3 - Nº de usuários que obtiveram alta clínica / total de usuários que iniciaram tratamento odontológico e

4 - Aplicações e bochechos de flúor, escovações supervisionadas, educação em saúde, referentes à população total do município.