



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Norma de S. Thiago Pontes

**Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação
permanente: a experiência no PSF do Município de Petrópolis**

Rio de Janeiro

2007

Norma de S. Thiago Pontes

**Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação permanente: a
experiência no PSF do Município de Petrópolis**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Cavalcanti de Aguiar.

Rio de Janeiro

2007

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

P814 Pontes, Norma de S. Thiago.
Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação
permanente: a experiência no PSF do município de Petrópolis / Norma de
S. Thiago Pontes. – 2007.
114f.

Orientadora: Adriana Cavalcanti de Aguiar.

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

1. Programa Saúde da Família (Brasil) – Petrópolis (RJ) – Teses. 2.
Saúde bucal – Teses. 3. Educação permanente – Teses. 4. Cirurgiões-
dentistas – Teses. I. Aguiar, Adriana Cavalcanti de. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-084

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

Assinatura

Data

Norma de S. Thiago Pontes

**Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação permanente: a
experiência no PSF do Município de Petrópolis**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 02 de abril de 2007.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Adriana Cavalcanti de Aguiar (orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Faculdade de Saúde Pública – USP

Prof. Dr. Luciana Freitas Bastos
Faculdade de Odontologia – UERJ

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

A Deus,

força suprema do universo, causa primária de todas as coisas..Que através do meu trabalho eu possa acima de tudo, ser um instrumento da vossa paz e do vosso amor na terra!

AGRADECIMENTOS

Ao meu eterno amor Carlos Henrique e aos meus amados filhos Camille e Henrique por tudo o que representam na minha vida. Obrigada por todo o apoio, companheirismo e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais e verdadeiros amigos, Nilton e Helena, fonte de inspiração para realizar minha pesquisa numa área de interface entre a saúde e a educação. Seus exemplos de educadores marcaram profundamente a minha vida e a minha trajetória profissional.

Aos meus sogros Apolon e Eurydice por todo carinho, apoio e estímulo dedicados a mim.

À Neuza, companheira de luta, pelo amor e afeto maternal dedicados aos meus filhinhos, suprimindo a minha ausência nos períodos mais turbulentos, e à Ana Lúcia por toda dedicação.

Ao Leque, irmão querido, pela boa vontade em sempre me ajudar com os “probleminhas” no computador.

Às irmãs Claudia e Adriana, também militantes da Saúde Pública, pelos exemplos de humildade e amor ao próximo.

À Dani e Isabela, pelo carinho dedicado na realização da correção ortográfica.

A todos os meus irmãos e sobrinhos, pelo carinho terno da família para superar dificuldades e renovar esperanças.

À minha prima Márcia pela ajuda com a tradução do resumo.

Aos tios Niltinho e Solange e vovô Lauro, por estarem por perto nesses momentos finais da pesquisa, me estimulando, transmitindo amor, paz e carinho.

À minha orientadora Adriana Aguiar, que foi a luz sempre presente para que as ideias pudessem aflorar. Sua vinda à Petrópolis foi um dos momentos mais enriquecedores para mim, onde pude perceber toda a sua generosidade e dedicação como parceira na construção deste trabalho. Serei eternamente grata por todo carinho e apoio.

Ao professor Ruben Mattos, pelo exemplo de compromisso com as verdadeiras causas. Sua vinda à Petrópolis na época da VIII Conferência Municipal de Saúde, foi momento marcante e especial. Obrigada pelas brilhantes aulas, por ter sido o meu leitor, pelas dicas e observações enriquecedoras.

À Professora Laura Feuerwerker, por ter participado da banca de qualificação e ter contribuído enormemente com suas ideias e reflexões para a pesquisa.

Aos amigos da Equipe de Saúde da Família do PSF Vila Saúde e à comunidade desta área, pelas experiências e exemplos que marcarão para sempre a minha trajetória profissional.

Aos dentistas do PSF de Petrópolis, por todo apoio, boa vontade e dedicação.

Ao amigo José Amaro, pelos livros emprestados, pelas conversas e troca de ideias, pela identidade de sonhos e ideais nos caminhos da Saúde Bucal Coletiva.

À Coordenação e Supervisão do PSF de Petrópolis, por todo suporte e apoio dispensado.

Aos professores e funcionários do IMS, e a toda minha turma, pela união e companheirismo, em especial às amigas Jôsi, Leila e Mônica pelo apoio e amizade.

Aos companheiros do PEP serrana e do núcleo local de EP (Petrópolis/Areal).

Aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Petrópolis e a todos aqueles que sonham e lutam por um SUS resolutivo, justo e solidário!

Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações! O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a Terra como pátria e mátria de todos.

Leonardo Boff

RESUMO

PONTES, Norma de S. Thiago. *Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação permanente: a experiência no PSF do Município de Petrópolis*. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2007.

A inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) representa um desafio na mudança do modelo de atenção, tradicionalmente centrado no indivíduo e na doença para uma abordagem integral do indivíduo inserido em seu contexto familiar, comunitário e social. A formação do cirurgião-dentista, eminentemente técnica e voltada para o mercado privado, não contribui para subsidiar o serviço público com profissionais preparados, com conhecimento da realidade social e necessidades de saúde da população usuária do Sistema Único de Saúde. A presente pesquisa teve como objetivo principal conhecer o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família do Município de Petrópolis, a partir das perspectivas dos profissionais cirurgiões-dentistas e identificar as tendências no manejo de situações-problema emergentes, no intuito de contribuir para o processo de Educação Permanente em Saúde. Com caráter exploratório e qualitativo, os métodos empregados foram a entrevista em grupo no formato de Grupo Focal, e inquérito realizado com o universo dos profissionais para caracterizar as atividades realizadas pelos cirurgiões-dentistas no PSF. Subsidiariamente foram incluídas informações provenientes de participação observante da autora. A análise do inquérito permite caracterização das atividades dos cirurgiões-dentistas no PSF, cuja visibilidade é ainda restrita, apontando condições de trabalho que permitem a realização da maioria das ações preconizadas nos documentos oficiais. A análise dos Grupos Focais pode subsidiar iniciativas de Educação Continuada e Permanente, destacando-se as seguintes temáticas: trabalho em equipe, organização e planejamento da assistência clínica e das ações coletivas, fortalecimento da supervisão, ferramentas para realização de diagnóstico coletivo e apoio à integração da saúde bucal ao processo de trabalho no Programa de Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde bucal. Saúde da família. Processo de trabalho em saúde. Educação permanente.

ABSTRACT

The insert of the Teams of Buccal Health in the Health of the Family Program (PSF) represents a challenge in the change of the model of attention, traditionally centered in the individual and in the disease for an integral approach of the individual inserted in his familiar, community and social context. The surgeon-dentist's formation eminently technical and directed to the private market doesn't contribute to subsidize the public service with prepared professionals, with knowledge of the social reality and needs of the population that uses the Unique System of Health (SUS). The present research had as main objective to know the process of work of the Teams of Buccal Health in the Health of the Family Program in the borough of Petrópolis starting from the perspectives of the surgeon-dentists professionals and to identify the tendencies in the emergent situation-problem handling, in the intention of contributing for the process of Continuous Education in Health. With exploratory and qualitative character, the used methods were the interview in group in the format of Focal Group, and inquiry accomplished with the professionals universe to characterize the activities accomplished by the surgeon-dentists in PSF. Subsidiarily informations from the author's observant participation were included. The analysis of the inquiry allows characterization of the activities of the surgeon-dentists in PSF, whose visibility is still restricted, showing work conditions that allow the accomplishment of most of the actions appearing extolled in the official documents. The analysis of the Focal Groups can subsidize initiatives of Continuous and Incessant Education, emphasizing the following topics: team work, organization and planning of the clinical attendance and of the collective actions, invigoration of the supervision, tools for accomplishment of collective diagnosis and support to the integration of the buccal health on the work process in the Health of the Family Program.

Keywords: Buccal health. Health of the Family. Process of work in health, Continuous Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação do nº de Cirurgiões-Dentistas, ACDs e THDs e respectivos locais de atuação na rede pública de saúde do Município de Petrópolis .	45
Quadro 2	Unidades de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal e população coberta por Equipe. Petrópolis-RJ, 1998-2007	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indicadores obtidos no Projeto SB Brasil e metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000. Brasil, 2003	21
Tabela 2	Procedimentos básicos odontológicos constantes da Norma Operacional, Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS - 2001)	51
Tabela 3	Procedimentos individuais realizados pelos cirurgiões-dentistas e percepção sobre a formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006.....	56
Tabela 4	Procedimentos clínicos individuais que foram apontados como não realizados por um terço ou mais dos cirurgiões-dentistas. Petrópolis 2006 (elaboração própria)	60
Tabela 5	Procedimentos individuais e percentagem de cirurgiões-dentistas que apontaram condições de trabalho regulares ou insuficientes para a realização dos mesmos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria)	61
Tabela 6	Procedimentos Coletivos realizados pelos cirurgiões-dentistas, e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria)	64
Tabela 7	Atividades características da ESF realizados pelos cirurgiões-dentistas e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização das mesmas. Petrópolis, 2006 (elaboração própria)	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	– Associação Brasileira de Odontologia
ACD	– Auxiliar de Consultório Dentário
CAPS	– Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEO	– Centro de Especialidades Odontológicas
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CMS	– Conselho Municipal de Saúde
CNSB	– Conferência Nacional de Saúde Bucal
DCNO	– Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia
DEGES	– Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EC	– Educação Continuada
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública
EP	– Educação Permanente
EPS	– Educação Permanente em Saúde
ESB	– Equipe de Saúde Bucal
ESF	– Equipe de Saúde da Família
FSESP	– Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
IAPS	– Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	– Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MEC	– Ministério da Educação
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial de Saúde
OPAS	– Organização Panamericana de Saúde
PACS	– Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	– Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PEPS	– Polos de Educação Permanente em Saúde

- PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
- PS – Promoção da Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SB – Saúde Bucal
- SEGETES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
- SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
- SUS – Sistema Único de Saúde
- THD – Técnico em Higiene Dental
- USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	CONSIDERAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO BRASIL	22
2.1	Assistência odontológica no contexto da reforma sanitária: a saúde bucal coletiva e a política nacional de saúde bucal	25
2.2	Saúde bucal no programa de saúde da família	28
3	MERCADO DE TRABALHO NO PSF E FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS COM A AMPLIAÇÃO DA ESFERA PÚBLICA	35
4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS E GERENCIAIS	40
4.1	Política nacional de educação permanente	41
5	METODOLOGIA	45
5.1	Características do campo de estudo	45
5.2	Métodos	49
5.3	Coleta de dados	50
6	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NO PSF DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS	54
6.1	Análise dos resultados do inquérito	54
6.1.1	<u>Procedimentos individuais realizados pelos cirurgiões-dentistas</u>	55
6.1.2	<u>Procedimentos coletivos realizados pelos cirurgiões-dentistas</u>	6
6.1.3	<u>Atividades características do processo de trabalho no programa de saúde da família</u>	65
6.1.4	<u>Sistema de referência e contra-referência</u>	67
6.1.5	<u>Atividades desenvolvidas pelas ACDS</u>	69
7	PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NO PSF: CONTRIBUIÇÕES PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	71

7.1	Dificuldades inerentes à demanda reprimida por assistência clínica em saúde bucal	72
7.2	A importância do planejamento das ações e do monitoramento das informações na organização do processo de trabalho no PSF	74
7.3	Meios de trabalho e tecnologias apropriadas para um modelo de atenção integral à saúde	76
7.4	Trabalho em equipe: disputas, incômodos e conflitos a serem superados na construção do trabalho interdisciplinar	78
7.5	A gerência do processo de trabalho em saúde bucal no PSF em Petrópolis	81
7.6	Percepções dos cirurgiões-dentistas sobre os limites da formação para o desenvolvimento do processo de trabalho no PSF	84
7.7	Educação permanente e educação continuada em saúde no município de Petrópolis	88
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXO A – . Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
	ANEXO B – Inquérito.....	109
	ANEXO C – Texto para estimular o debate durante a realização dos grupos focais	114

1. INTRODUÇÃO

Em 1986, a primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, propôs uma definição ampla de saúde, englobando a educação em saúde, a formulação de políticas públicas, o enfoque ambientalista e a ação comunitária. Seu relatório final, a Carta de Ottawa, serviu de base para o modelo contemporâneo de Promoção de Saúde. Neste modelo, a contribuição da saúde bucal para a saúde geral e bem-estar coletivo vem sendo extensivamente enfocada em resoluções da Assembléia Mundial de Saúde e em Comitês Regionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), preconizando a integração da saúde bucal em programas nacionais e comunitários de saúde (PETERSEN et al, 2005).

A saúde bucal afeta as pessoas física e psicologicamente, influenciando a maneira como elas crescem, se divertem, falam, mastigam, saboreiam os alimentos, nutrem-se e se socializam. Interferindo em seu bem-estar social, reflete sua estreita relação com a saúde geral e a qualidade de vida (SHEIHAM, 2005). Doenças bucais levam a desconforto, dor, sofrimento, noites sem dormir, dificuldade na função mastigatória e nutrição e horas fora da escola e do trabalho, produzindo negativo impacto no indivíduo e na sociedade (WATT, 2005).

A Promoção da Saúde (PS) representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento de problemas, estando atualmente associada a um conjunto de valores como intersetorialidade, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento social, participação comunitária e parceria. Ademais, sua operacionalização implica na responsabilização múltipla pelos problemas e por suas soluções, através da combinação de ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação

comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2002).

Segundo Moysés (1997), a maior contribuição que o conceito de Promoção da Saúde poderá dar à odontologia e às práticas sociais será o respeito ao ser humano, na manifestação de sua heterogeneidade subjetiva e na objetividade concreta de sua vida social, num campo onde o nascimento, o transcurso da vida, o envelhecimento e a morte estão muito próximos dos profissionais que optaram por trabalhar com a saúde e a doença.

No entanto, no Brasil, apesar de alguns avanços nas últimas décadas, a assistência odontológica tem contribuído pouco para a melhoria das condições de saúde bucal da população. O país avançou muito na prevenção e no controle da cárie dentária em crianças, contudo, de forma desigual na população, pois ainda persistem elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida. (SB Brasil - ver Tabela 1 Principais Resultados, 2003). Ainda hoje existem contingentes de pessoas que carregam pesado acúmulo de doenças bucais; em geral indivíduos pertencentes a grupos socialmente desprotegidos, que apresentam especial vulnerabilidade a doenças por serem mais susceptíveis, ou por estarem mais expostos a fatores de risco (WEYNE, 1999).

Iniquidades e desigualdades sociais são determinantes da saúde bucal e caracterizam atualmente os maiores desafios a serem superados na direção do pleno direito à saúde. A falta de saúde bucal e o estado precário dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos indicadores de exclusão social, uma vez que escolaridade deficiente, baixa renda, falta de trabalho, enfim, má qualidade de vida, produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca (CNSB, 2004).

Com a Constituição de 1988, pela primeira vez na nossa história, a saúde foi considerada de relevância pública, sendo “um direito do cidadão e um dever do Estado”. Resgatando princípios como a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social das ações de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado em 1990 como instrumento de política social capaz de tornar-se real e viável, se todos os princípios forem de fato aplicados na construção de uma sociedade mais justa e solidária (COSTA et al., 1998).

Neste sentido, o enfrentamento dos problemas de saúde no país passou a incorporar a concepção do conceito de cidadania, e a compreensão da saúde bucal incorpora o direito à qualidade de vida, com lideranças buscando assegurar e ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) é lançado como principal estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da organização da Atenção Básica. A Equipe de Saúde da Família (ESF) é planejada para atuar como catalisadora da saúde como direito, a partir de sua responsabilização por populações adstritas, numa estratégia de intervenção baseada no território. Originalmente a equipe mínima era composta por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo os demais profissionais eventualmente incorporados às Unidades de Saúde da Família (USF), de acordo com a demanda e organização do serviço local.

A participação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF tem sido proposta desde sua criação e se deu pioneiramente no Município de Curitiba (1995), no Estado do Paraná. A partir daí vários municípios tentaram viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal no PSF, que variaram desde o treinamento dos agentes comunitários de saúde, para adicionarem às suas atividades orientações relativas à saúde bucal, até a inserção do cirurgião-dentista nas equipes do PSF (OLIVEIRA,1999).

Com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 (IBGE, 2000), indicando que significativa parcela da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos, em outubro de 2000 foi lançado pelo MS o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF. Pereira (2003) considera esta iniciativa de extrema importância para a saúde bucal, visto que o novo modelo proposto oferece instrumentos para reordenar a prática odontológica, historicamente pautada em ações de alto custo e baixo rendimento, ineficaz e ineficiente na medida em que não responde, em níveis significativos, aos problemas de saúde bucal da população.

O engajamento de profissionais da saúde bucal, no reforço das iniciativas de promoção da saúde e ampliação do acesso, é muito variável de acordo com as diversas regiões do país. No caso do Estado do Rio de Janeiro, antes mesmo do lançamento pelo MS da Portaria 1.444 GM/MS (28 de dezembro de 2000), que estabelece a inserção das Equipes de Saúde Bucal no PSF, cirurgiões-dentistas que atuavam na rede de saúde do Município de Petrópolis, com o apoio e estímulo dos profissionais que constituíam as Equipes de Saúde da Família, lideraram um movimento que objetivava sua inserção nas Unidades de Saúde da Família estabelecidas no Município.

Em fevereiro de 2000, após intensa mobilização dos profissionais em defesa da saúde integral, foram então incorporados cinco cirurgiões-dentistas às Equipes do PSF, e em outubro de 2005, foram implantadas oficialmente dez Equipes de Saúde Bucal modalidade 1, compostas por um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

Com o intuito de contribuir com o processo de estruturação da atenção à saúde bucal, com base nos princípios do SUS, este estudo visa identificar percepções desses profissionais sobre o processo de trabalho em Saúde Bucal no PSF, contribuindo para o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS), com vistas à construção da integralidade.

TABELA 1 - Indicadores obtidos no Projeto SB Brasil e metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000. Brasil, 2003

	Proporção de crianças (até 5 anos) que nunca tiveram cárie	CPO nas crianças (12 anos)	Proporção de adolescentes com todos os dentes	Proporção de adultos com 20 ou mais dentes	Proporção de idosos com 20 ou mais dentes
Meta da OMS	50	Menor que 3	80	75	50
Brasil	40,6	2,8	55,1	53,9	10,2
Norte	35,0	3,1	39,1	46,3	8,6
Nordeste	34,9	3,2	45,1	50,0	11,1
Sudeste	44,9	2,3	66,5	62,3	9,3
Sul	43,3	2,3	66,5	55,1	10,4
Centro-Oeste	41,7	3,1	65,7	58,4	11,2

obs: CPO-índice de dentes cariados, perdidos e obturados.

Fonte: BRASIL. (2004). Projeto SB Brasil: resultados principais

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO BRASIL

No Brasil, a esfera privada sempre foi *locus* de excelência para a oferta das práticas profissionais em Odontologia, tendo sido a esfera pública formada e operada como secundária na definição das relações, modos e mecanismos de regulação do exercício profissional (ZANETTI, 2000).

Uma das primeiras experiências de inserção da Odontologia na assistência pública ocorreu em 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, pelo médico-higienista Baltazar Vieira de Mello, primeiro diretor do Instituto Médico Escolar de São Paulo (CARVALHO E LOUREIRO, 1997). A partir desse marco, desenvolveu-se no país atendimento escolar rudimentar no que tange ao planejamento e ao tipo de serviço ofertado. A falta de avaliação e o preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias contribuíram com a concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

O modelo de assistência odontológica implementado era preponderantemente de prática privada e, paralelamente à assistência odontológica privada, a Previdência Social prestava serviços através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), havendo um crescimento maior da oferta a partir de 1933, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores urbanos segurados, utilizando a contratação de serviços profissionais privados. Anos mais tarde, alguns IAPs passaram a ter serviços próprios (OPAS/MS, 2006).

Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias em regiões afastadas do país que tinham interesse estratégico para a economia, como as regiões de produção da borracha na Amazônia. A assistência planejada para os escolares,

introduzida pelo SESP no início da década de 1950, de certa forma ampliou o atendimento à demanda espontânea, estabelecido de forma pulverizada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre os diversos modelos gerenciais, o que se estabeleceu como hegemônico foi o Sistema Incremental em escolares, geralmente vinculado aos programas de Saúde Escolar (OLIVEIRA, 1999). Este sistema visava o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle. Desenvolvido inicialmente nos EUA, alcançou expressiva difusão no Brasil, a partir de trabalhos da Fundação SESP (PINTO, 1993).

Com um grande acúmulo de doenças bucais, os municípios detectaram a necessidade de ampliar a produtividade dos serviços com conseqüente aumento dos custos, pois já no início dos anos 70, o Sistema Incremental se mostrou como um modelo superado tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura (OLIVEIRA, 1999). Na tentativa de reduzir gastos, foi desenvolvida a Odontologia Simplificada, onde a clínica como um todo é caracterizada pelo processo de simplificação dos equipamentos, das rotinas, dos instrumentos, dos materiais e das técnicas (ZANETTI, 1996). Objetivando maior cobertura da população de escolares, historicamente mal assistida no país, emerge o conceito de “equipe odontológica”, mediante a criação de carreiras técnicas e complementares: a dos Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e a dos Técnicos de Higiene Dental (THD).

A partir da aplicação da Odontologia Simplificada nas populações mais jovens, ainda livres de cárie, surge a Odontologia Integral, movimento cujas origens remontam às críticas formuladas em relação ao ensino e à prática de uma Odontologia cada vez mais fragmentária (MOYSÉS, 2005). A Odontologia Integral utiliza a lógica do modelo preventivista, de influência escandinava, onde a idéia de risco foi potencializada pela noção da cárie como doença infecto-

contagiosa. Daí em diante não apenas a dentição permanente seria objeto de atenção, mas também a dentição decídua (ZANETTI, 1996). Além de aplicar o modelo preventivista, com atenção voltada aos mais jovens e, portanto, excludente, a Odontologia Integral incorpora também a lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, voltado para prevenir cáries em molares permanentes de crianças até determinada idade (NARVAI, 1994). No entanto, a tentativa de resolver disseminados problemas brasileiros, importando o modelo do sistema incremental americano de atenção às minorias, de forma acrítica, não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população.

Assim, entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública no Brasil era caracterizada pela predominância de assistência a escolares (na maioria das vezes com Sistema Incremental). Para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada nas diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas (NARVAI, 1994; ZANETTI, 1993; ZANETTI et al., 1996).

Desta forma, a assistência odontológica parece ter seguido uma rota divergente do quadro epidemiológico e das condições de vida da crescente população brasileira, mantendo a característica de um sistema de exclusão (PINTO, 1993). Esse sistema, assentado na base populacional de maior facilidade administrativa e de controle, que é a população infantil, não permitiu sequer a cobertura de toda faixa etária de 6 a 14 anos. As outras faixas etárias foram esquecidas ou timidamente assistidas pelos demais programas que, nos serviços públicos, se pautaram pela reprodução do processo de trabalho característico da prática liberal, com predominância do tratamento mutilador/restaurador e da baixíssima resolutividade (WERNECK, 1994).

Segundo Carvalho & Loureiro (1997), apenas a partir dos anos 90, novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e formas de intervenção, incluindo transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, e métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram a emergência de outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar.

2.1. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA: A SAÚDE BUCAL COLETIVA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A assistência odontológica no Brasil tem sido tradicionalmente centrada na figura do cirurgião-dentista, como agente exclusivo do processo de trabalho. Trata-se habitualmente de abordagem de cunho eminentemente curativo e voltada ao tratamento dos processos já instalados, resultando em um modelo de atuação com baixíssimo impacto na qualidade de vida da população, mas hegemônico na prática (NARVAI, 1994).

A partir da década de 80, com a eclosão do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e criação do SUS (Sistema Único de Saúde), cujos princípios fundamentais são a integralidade, universalidade, equidade e o controle social, foram colocados grandes desafios aos municípios que se propuseram a reorganizar seus modelos assistenciais embasados nessas novas diretrizes.

Analisando a evolução das práticas odontológicas, caracterizando as principais correntes e o momento histórico em que surgiram, podemos observar que durante a maior parte do século passado, a Odontologia conseguiu manter-se como um sub-setor, à parte no setor saúde, reproduzindo, nos serviços públicos, o modelo predominante da prática liberal da profissão. Para Werneck (1994), resultam daí dificuldades de trabalhar em equipe e a ausência de uma política de recursos humanos que considere o processo de trabalho em saúde em toda a sua amplitude. Com

a criação do SUS, os Cirurgiões-Dentistas são convidados a repensar a sua prática, exercendo um novo papel dentro da odontologia.

Opondo-se à mercantilização da saúde, emerge no final dos anos oitenta o termo **Saúde Bucal Coletiva**, imbuído de proposições que vão de encontro à hegemonia da **Odontologia de Mercado**:

“o objeto de trabalho da saúde bucal coletiva não é o mesmo da prática odontológica, tendo esta última, como seu objeto de trabalho, a boca (corpo biológico) para o qual se organizam tecnologias que visam estabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo. Já a saúde bucal coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí buscar tecnologias que visem não a ‘cura’ do paciente, mas sim a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva” (BOTAZZO, 1994, p. 58).

A Saúde Bucal Coletiva, com ênfase na promoção da saúde, deve modificar o cenário de atuação, tanto espacial (consultórios), como temporal, a fim de estabelecer processos de relações duradouras, em momentos distintos do cotidiano das pessoas para que se desenvolva a confiança e a responsabilidade mútua no espaço de trabalho.

Em 2003, a partir de uma nova conjuntura política no país, forças democráticas que gestavam a saúde bucal como direito intrínseco de cidadania aglutinaram-se num projeto comum de superação da exclusão social, entendendo que o resgate do direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, objetiva a superação do histórico abandono e do escasso compromisso público com a saúde bucal da população. Nesse contexto, a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política, constituindo-se em prioridade do atual governo federal, com aumento significativo dos investimentos que passaram da ordem de R\$ 56 milhões em 2002, para um montante de R\$ 545 milhões investidos em 2006 (OPAS/MS, 2006).

A OMS, em parceria com diversas instituições e entidades odontológicas, desenvolveu o Projeto SB Brasil, de investigação sobre as *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 - 2003*. Os resultados dessa pesquisa suscitaram ampla discussão que veio contribuir para a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada *Brasil Sorridente*, contemplando as diretrizes do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção em todos os níveis no âmbito do SUS (MS, 2004).

Segundo o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004), a reorientação do modelo adota como eixo o conceito do cuidado, respondendo a uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco. A ampliação das ações programáticas e o desenvolvimento das ações intersetoriais se expressam na construção de “políticas saudáveis”, objetivando o desenvolvimento de estratégias voltadas a todas as pessoas da comunidade; como por exemplo, possibilitar acesso à água tratada, incentivar a fluoretação das águas, o uso de dentifrícios fluoretados e assegurar acesso a cuidados odontológicos básicos apropriados para todos.

Neste sentido a PNSB, prevê trabalhar sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos para outros agravos (hipertensão, diabetes, obesidade, trauma e câncer), incluindo políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (PNSB, 2004).

Na PNSB, especial atenção tem sido dedicada à inserção das Equipes de Saúde Bucal no PSF, reconhecendo que o território e a população adstrita, o trabalho em equipe e a intersetorialidade constituem eixos fundamentais de concepção e implantação, sendo as visitas domiciliares uma de

suas principais estratégias. De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.342 novas equipes de saúde bucal (ESB) em unidades de saúde da família, chegando a um total de 12.603 ESB, o que representa um aumento de mais de 195% no número dessas equipes. Nesse mesmo período, a proporção de Equipes de Saúde da Família que possuem profissionais de saúde bucal, passou de 25,5% para 51,3% (OPAS/MS, 2006).

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários, no sentido da criação de vínculos, e com participação na gestão dos serviços de modo a dar respostas às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

2.2. SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No cotidiano dos serviços, enfocando o princípio da integralidade com vistas à implementação do SUS, fica difícil delimitar onde termina a saúde e onde começa a doença. Para muitas lideranças o processo saúde-doença se configura, por sua dinâmica peculiar, a partir das condições de vida e de trabalho das pessoas individualmente, no ambiente familiar e nas comunidades. Nesse contexto, a discussão sobre saúde/doença inclui propostas de novas ações em saúde, com ênfase na saúde comunitária e da família e o redesenho do modelo de organização dos serviços.

Em 1991 é criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Juntos, oferecem uma possibilidade de reestruturar a atenção primária do SUS, uma vez que incorporam ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo e da família, seja criança ou adulto, sadio ou doente, supostamente de maneira integral e contínua (MS, 1997).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 revelaram que cerca de 29,5 milhões (18,7% da população) de brasileiros nunca foram ao dentista (IBGE, 2000), estimulando o MS a lançar em outubro de 2000 o Plano de Inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF, iniciativa de extrema significação para a saúde bucal, visto que permite viabilizar a reordenação da prática odontológica, historicamente pautada em um modelo de alto custo e baixo rendimento, ineficaz e ineficiente (PEREIRA, 2003).

São conformadas, em tese, as bases da Saúde Bucal da Família, vislumbrando uma abordagem nova e sem antecedentes mundiais que, além de incorporar os paradigmas da promoção da saúde e das políticas saudáveis, viria a consolidar o conceito de vigilância à saúde bucal no SUS (ZANETTI, 2000).

A inserção das equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar novas práticas e relações voltadas para a reorientação do processo de trabalho em saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (OPAS/MS, 2006). Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444 (28 de dezembro de 2000), que estabelece diretrizes e incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios. Foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (ESB):

- Equipe de Saúde Bucal modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).
- Equipe de Saúde Bucal modalidade II: composta por Cirurgião-Dentista, ACD e Técnico de Higiene dental (THD).

A simples agregação de outras categorias profissionais não representa, de forma automática, que uma equipe esteja constituída. Para tal, torna-se necessário o estabelecimento de rotinas de

trabalho e a definição de objetivos comuns, a partir da compreensão de problemas e possibilidades dos serviços de saúde (AGUIAR, 1996). Assim, o pessoal auxiliar assume papel estratégico nas ESB, principalmente no que se refere à execução das ações coletivas. Estando capacitados para atuarem em ambientes coletivos, tornam-se multiplicadores de informações e de ações promotoras de saúde. No caso dos THDs, além dessas funções, eles são, potencialmente, executores de ações preventivas também no âmbito clínico, como polimento dentário e aplicação tópica de flúor, fato este que faz o MS diferenciar o repasse para os municípios qualificados na Modalidade II (HANSEN, 2002).

Na Estratégia de Saúde da Família, é fundamental definir as linhas de cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que viabilizem ações resolutivas centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Se necessário:

“a linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas”(PNSB, Brasil, 2004).

Silveira Filho (2002) ressalta como a dimensão do cuidado, entendido como mais que vigiar, portanto ampliando o conceito de vigilância à saúde, seria perceber nuances e possibilidades de cada uma das suas famílias; buscar parcerias, governamentais ou não, para superação dos problemas mais comuns; fomentar a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos,

das famílias e da própria comunidade, percebendo os problemas de saúde como resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz e reproduz no interior da sociedade.

Neste sentido, observa-se atualmente na literatura internacional um resgate do Modelo de Determinação Social das Doenças como enfoque para a discussão de desigualdades sociais e de saúde (MARMOT & WILKINSON, 1999), enfatizando-se estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde através de mudanças dos padrões e modos de vida das populações. Tal enfoque remete à necessidade de uma prática clínica ampliada, que não decodifica apenas as questões biopsíquicas, mas que resgata valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas.

Moysés (2005), listando alguns atributos requeridos para uma atuação voltada para a ampliação da clínica e a intervenção familiar e comunitária, com ênfase na integralidade possível implicada no exercício profissional do trabalhador (MATTOS, 2001), enfatiza a importância do ciclo de vida, o qual é constituído por uma série de eventos previsíveis, que ocorrem no desenvolvimento da vida pessoal e familiar, exigindo adaptação e ajustamento. A ampliação da clínica visa organizar suas linhas de cuidados progressivos, do bebê ao idoso, passando por pré-escolar, escolar, adolescente, adulto jovem e adulto, demandando dos profissionais uma preparação que ultrapassa o campo clínico; na verdade, força o desenvolvimento de competências que incorporem conhecimentos oriundos das ciências humanas e comportamentais.

Neste processo de ampliação da clínica, a construção de vínculo é vista como mais que simplesmente conhecer os moradores de sua área. Significa identificá-los em seu contexto familiar, de trabalho e de comunidade. Conhecer suas atividades, sua exposição ao estresse, seu padrão alimentar, enfim, conhecer uma variedade de fatores que possam estar interferindo na sua

qualidade de vida. É percebê-los como cidadãos capazes de mudarem seus hábitos, de apreenderem novas atitudes mais saudáveis; respeitando seus padrões culturais; com o profissional de saúde como ator social da comunidade (SILVEIRA FILHO, 2002).

Segundo Campos (2003), a condição para a construção de vínculo está na capacidade de a equipe responsabilizar-se pela atenção à saúde dos que vivem em um dado território; encarregando-se dos casos que exigem atendimento, seja em razão de doenças ou de outros fatores que aumentam a vulnerabilidade das pessoas (idade, gestação, uso de drogas, dificuldades existenciais).

Sob a ótica da atenção integral, Mattos (2001) defende a necessidade das equipes discernirem de um modo abrangente as necessidades dos usuários dos serviços, buscando, de um lado, aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, identificar necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças. O autor adverte que as equipes de saúde deveriam programar suas práticas desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa de saúde (ou de doença), vislumbrando a integralidade como um modo de organizar o processo de trabalho, permitindo otimizar o seu impacto epidemiológico.

Neste sentido, tornam-se necessárias estratégias para superar limites historicamente reforçados, como a constituição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e a compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, ampliando o trabalho clínico na direção da integralidade. Um modelo de atenção integral em saúde bucal requer a articulação da assistência odontológica com o conjunto de ações de alcance coletivo desenvolvidas dentro e fora do setor saúde.

Segundo Narvai (1992), a assistência odontológica se caracteriza pelo conjunto de procedimentos clínicos-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não, enquanto a atenção em saúde bucal se configura em um conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal.

Uma prática clínica integral é desejável como ideal para a equipe de saúde bucal, porque o trabalho do cirurgião-dentista foi historicamente constituído como fragmentado. Há muito a ser avançado nesse aspecto, pois segundo Botazzo (2005) as práticas em saúde bucal no seu atual recorte puericultor, representam um limite para a construção de um modelo integral de atenção à saúde. Compreendemos que a prática, nesta perspectiva, fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal, pois concentra as ações em uma faixa etária específica. Contudo, é no esteio dessa lógica de atenção que as ações preventivas vão se configurando no cotidiano das equipes de saúde bucal, de forma acrítica e limitada, na solução de problemas inerentes a este campo (SANTOS & ASSIS, 2006).

A necessidade do especialista e do ato clínico teria que enfrentar a ressignificação da própria clínica odontológica e depois a ressignificação da relação paciente-profissional, para uma menos hierárquica, e sim delineada como relação entre cidadãos (BOTAZZO, 2005).

Assim, torna-se necessário refletir de que maneira os recursos humanos envolvidos neste permanente processo de mudanças são formados no interior das universidades. De acordo com Matos & Tomita (2004), além de o ensino odontológico tradicional basear-se em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia, a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema frequentemente discutido entre estudantes e professores, o que resulta em uma formação eminentemente técnica e voltada para o mercado

privado. Hoje, este mercado encontra-se saturado, sendo altamente competitivo e constituído por profissionais distanciados das necessidades de saúde da população. O que nos leva a inferir que a necessidade de qualificação adequada dos profissionais que constituem e constituirão as Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, é de extrema importância para que estes correspondam ao novo modelo proposto, baseado no princípio da integralidade, abandonando a tradicional e histórica opção mutiladora e iatrogênica da assistência odontológica no Brasil.

3. MERCADO DE TRABALHO NO PSF E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS A PARTIR DE UMA NOVA DINÂMICA NA ESFERA PÚBLICA

A Odontologia curativa viveu seu apogeu entre os anos 60 e o início dos anos 80, quando o crescimento econômico deixou de atingir todos os setores da economia, restringindo a expansão das classes médias e das classes trabalhadoras brasileiras. Especialmente após 1984, quando ocorre o desenvolvimento de novas tecnologias, em especial a utilização crescente do flúor no cotidiano das populações brasileiras, modificam-se sensivelmente os níveis de incidência e prevalência de cárie, resultando em uma transição epidemiológica em Saúde Bucal no Brasil. É essa conjuntura de novas possibilidades que fortalece uma dinâmica diferenciada de mercado, mais articulada com as também novas dinâmicas da Esfera Pública (ZANETTI, 2000).

Assim, a década de 90 inaugurou um novo momento da profissão, instalando um quadro de plethora profissional: muita oferta de serviços e diminuição da capacidade de compra pelos indivíduos (ZANETTI, 1993). Cabe destacar que no período de 1995 a 2003 foram criados 81 novos cursos de odontologia, significando um crescimento de 91,0% na capacidade instalada dessa modalidade de graduação, alterando de 89 para 170 cursos de graduação em odontologia no país (MS, Fundação Oswaldo Cruz, 2006). Caracterizada como uma das áreas da saúde que mais se expandiu no Brasil nos últimos anos, a Odontologia torna-se a terceira categoria de nível superior da equipe de saúde, com 57 mil postos de trabalho, depois da Medicina e da Enfermagem. Pode-se dizer que as políticas públicas do governo federal, formuladas nos últimos anos, contribuíram de forma ímpar para o crescimento das categorias odontológicas, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF e, mais recentemente, com o lançamento do Programa “Brasil Sorridente” (MS, 2004).

O PSF se constitui atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. Entretanto, o cirurgião-dentista que trabalha no programa, enfrenta muitos desafios, podendo sentir-se em alguns momentos, inseguro e despreparado. Com uma formação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, e com pouca ênfase para os fatores sócio-econômicos e psicológicos no processo saúde-doença, dificilmente o profissional sai da universidade preparado para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (ARAÚJO, 2006). Além disso, segundo Teixeira (2006), o processo de trabalho do cirurgião-dentista raramente insere-se em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, reforçando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe.

Na Odontologia, inúmeros avanços foram alcançados, especialmente nas evoluções tecnológicas e científicas, possibilitando uma ampliação do enfoque centrado nas estruturas dentárias, o que agregou importância social à profissão. No entanto, Mattos (2006) adverte que a ênfase exacerbada nesses avanços reitera práticas pautadas na habilidade técnica do profissional, podendo radicalizar o quadro de isolamento e alienação da Odontologia do trabalho em equipe.

Para Silveira Filho (2002), o perfil esperado do cirurgião-dentista que atua no PSF é o de um generalista em formação, com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos. O papel do cirurgião-dentista expressaria uma combinação entre especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social, analogamente à que cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência. Para tal, o profissional precisa incorporar novas habilidades, competências e racionalidades para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar. Este novo trabalhador em saúde bucal deve dominar o método científico, ser crítico, criativo, estudar de forma participante um espaço-território com a população, acompanhando as nuances do tecido social (CORDÓN, 1998).

Para atender às novas diretrizes do SUS, é necessário formar profissionais com uma nova mentalidade, dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais com conhecimento dos determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais que definem o perfil epidemiológico da população, bem como sabedores das estratégias de intervenção (PUSTAI, 1996).

Porém, há mais de um século no Brasil, cristalizou-se um ensino e uma prática odontológica inspirados no modelo biomédico flexneriano e giesiano. Os relatórios Flexner e Gies, publicados nos Estados Unidos respectivamente em 1910 e 1926, se espalharam para outros continentes ao longo do século XX. Visando a normatização do ensino médico e odontológico americano, privilegiaram o biologicismo, a assistência individual, a especialização e tecnificação, dando ênfase à Medicina/Odontologia curativa (MOYSÉS, 2003).

A formação tradicional em saúde vem sendo baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduzindo ao estudo fragmentado dos problemas de saúde, com formação de especialistas que não conseguem lidar com realidades complexas. Esta abordagem pedagógica tradicional de baixa eficácia, com conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem, demanda requalificação. Este é o diagnóstico acerca dos cursos de graduação em saúde feito pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo MS na reunião da Comissão de Intergestores Tripartite – CIT, realizada em setembro de 2003 (MS, Fundação Oswaldo Cruz, 2006).

Segundo Teixeira (1998), além do componente técnico ser preponderante, é comum nos cursos de graduação em Odontologia uma tendência à especialização precoce, estimulada reciprocamente pelos corpos discente e docente, que perpetua o elitismo da profissão. O ensino odontológico vem acontecendo de forma divorciada do interesse clínico e das necessidades da

comunidade, em um cenário em que as faculdades de Odontologia não vêm exercendo um papel transformador da mão-de-obra que formam (COSTA, MARCELINO & SALIBA, 1999).

Os aspectos tecnológicos envolvidos no ensino e na prática odontológica não têm como base análises de custo-benefício ou custo-oportunidade, nem mesmo revelam uma Odontologia baseada em evidências, mas sim realizada como mecanismo de reprodução capitalista no mercado (MOYSÉS, 2005).

A homologação pelo Ministério da Educação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia (DCNO), em 2001, vem incentivar as universidades a negociar iniciativas inovadoras e articuladoras em quatro campos: mudanças na graduação, produção de conhecimento, Educação Permanente e prestação de serviços à comunidade (MS, Fundação Oswaldo Cruz, 2006). O que se pretende com as DCNO é formar um profissional crítico, generalista, capaz de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade; que as universidades demonstrem abertura para produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde, apoiando a transformação do modelo de atenção, fortalecendo a promoção e a prevenção, e afirmando a autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

As propostas de formação orientadas pelas DCNO que fortaleçam mudanças paradigmáticas e caminhem na direção da integralidade enfrentarão grandes obstáculos e devem ser construídas com base na reflexão crítica das práticas vigentes, conformando parcerias entre universidades, serviços de saúde e população (FEUERWERKER, 2003).

No entanto, Mattos (2006), analisando o documento das DCNO, identificou a existência de uma forte delimitação das competências gerais ao próprio campo específico da Odontologia, demonstrando a incipiência de uma reflexão mais profunda sobre o cuidado. A autora adverte que

a apropriação das concepções de atenção à saúde das DCNO, como mera ampliação do processo de trabalho que se desenvolve no consultório odontológico, através da integração das diversas especialidades, não é suficiente para a formação de um perfil generalista do cirurgião-dentista, e constitui-se em elemento dificultador para o trabalho em equipe.

O quadro atual de restrição do mercado privado e os efeitos esperados a médio e longo prazos das mudanças na graduação em Odontologia, nos conduzem a questionar de que forma esses cirurgiões-dentistas vêm migrando para o setor público.

A inserção dos cirurgiões-dentistas no Programa Saúde da Família, critica Werneck (2003), não se deu a partir de experiências já existentes ou de uma discussão ampliada acerca de seus significados. Não houve discussão sobre a maneira como esses profissionais deveriam atuar na atenção básica, nem sobre as dificuldades que enfrentariam ao trabalhar com uma equipe de saúde. Conseqüentemente, é provável que muitos não estejam qualificados para desenvolver suas funções ou, ainda, que continuem trabalhando tradicionalmente, pouco contribuindo para melhorar as condições de saúde bucal da população (ARAÚJO, 2006). Visando sua integração na equipe e no desenvolvimento de ações direcionadas à reorganização da prática odontológica, o dentista necessita urgentemente do apoio de um processo de qualificação profissional, que forneça suporte para sua inserção na Estratégia Saúde da Família. Não se trata, porém, apenas de treinamento de novas habilidades, mas de reconfigurar o próprio sentido e objetivos da atuação profissional.

4. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PRESSUPOSTOS PEDAGÓGICOS E GERENCIAIS

Diferenciando-se das estratégias individualizadas de Educação Continuada (EC), a Educação Permanente em Saúde (EPS) ganhou destaque na área da saúde, em parte devido à difusão, pela Organização Pan-Americana de Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região, reconhecendo que os serviços de saúde são organizações complexas, em que somente a aprendizagem significativa será capaz de mobilizar a adesão dos trabalhadores ao processo de mudança no cotidiano (CECCIM, 2005). A aprendizagem significativa requer uma postura pró-ativa do aprendiz, que favoreça o estabelecimento de relações entre o novo e os elementos já presentes em sua estrutura cognoscitiva, sendo esta representada por

“um conjunto de esquemas de conhecimento constituído por dados, conceitos, situações, fatos, seqüência de acontecimentos, ações e seqüências de ações, que podem estar mais ou menos organizados e coerentes, e que permitem o estabelecimento de redes e relações de diferentes matizes de extensão e complexidade” (LIMA, 2005, p. 374).

Partindo do entendimento de que a aprendizagem significativa promove e produz sentidos, a EPS propõe que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD, ROSCHKE E DAVINI, 1994).

Segundo Ceccim (2005, p. 161), a EPS:

“coloca o cotidiano do trabalho - ou da formação - em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”, fomentando a

atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente. Contando com a participação das instituições formadoras, também há necessidade de disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, entre trabalhadores, gestores, formadores e controle social, conformando a rede do SUS como rede-escola.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, para problematizá-las, não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e construir novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde do conceito de atenção integral, humanizada e de qualidade e da equidade (CECCIM, 2005).

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

O relativo distanciamento do aparelho formador aliado à responsabilidade dos serviços de saúde na transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde, levou ao desenvolvimento da proposta da Educação Permanente em Saúde, que a partir de 2003 adquire estatuto de política pública no país, constituída como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde.

Assumindo o protagonismo definido na legislação como de ordenador da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) lançou a Política de Educação Permanente em Saúde (MS/SEGTES, 2003). Esta propõe que os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde tomem como referência as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais

e a organização do trabalho. Estruturados a partir da problematização da atenção e da gestão setorial em saúde, na prática, a formatação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos não estaria mais centrada nas mãos das instituições formadoras. A proposta implica em pactuar as prioridades a partir das necessidades, tendo os movimentos sociais e os estudantes da área da saúde também como interlocutores.

Com este intuito, a Política Nacional de Educação Permanente criou uma instância de discussão locorregional para o SUS: os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), envolvendo um amplo conjunto de atores de uma determinada base geográfica, constituindo-se num espaço de negociação e construção de consensos sobre problemas e necessidades de natureza político-pedagógica, e estratégias de enfrentamento. Seu objetivo seria a pactuação sobre prioridades e intervenções que implicassem processos de capacitação, especialmente aqueles que pleiteassem apoio financeiro do MS.

Os Pólos, no entanto, sofreram com o despreparo dos vários atores para construir mecanismos de convivência, comunicação e pactuação, necessitando de ajustes para operar de maneira mais efetiva perante o desafio da formulação de políticas (Feuerwerker, 2005).

Independente da organização dos PEPS, a EPS pode contribuir para o desenvolvimento de múltiplos centros de força em nível local, impulsionando a produção social em saúde na direção da integralidade.

Partindo da idéia de reforçar a desconstrução da lógica predominante na saúde a partir do espaço da micropolítica e da organização das práticas (MERHY, 2002), conclui-se que a EPS, ao basear-se na reflexão sobre o processo de trabalho e o que precisa ser transformado, se constitui em estratégia promissora para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde (RIBEIRO & MOTTA, 1996).

O sucesso de um programa destinado a elevar o nível de saúde bucal, por melhor que seja o planejamento, depende de recursos humanos adequadamente preparados, sendo necessária a qualificação dos profissionais, para sentirem e gradualmente ajustarem seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, socioeconômica e cultural, exigindo uma constante revisão do papel desempenhado pela Odontologia como instrumento social (VOISCHAN et al., 2002; CHAVES, 1986).

Desta forma, neste momento histórico, em que a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica, o cirurgião-dentista necessita ser sujeito de um processo de problematização do modelo assistencial, assumindo práticas profundamente distintas das vigentes, especialmente na atenção básica (CAPISTRANO, 2000).

Neste sentido, ao permitir a convergência de interesses para o aprimoramento do modelo de Atenção à Saúde em nível local, a Educação Permanente se torna fundamental no processo de preparação de recursos humanos estratégicos para a consolidação do SUS. Tal importância se verifica, tanto no sentido de legitimação dos profissionais de saúde, quanto no aspecto da integração ensino-serviço, na perspectiva de uma prática de saúde integral, que envolva a ação de vários profissionais e considere a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla – a da qualidade de vida.

Assim, a Educação Permanente se constitui em valioso elemento integrador, neste contexto de reorientação da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família. Possibilitando, a um só tempo, produzir conhecimentos e intervir nas práticas de saúde a partir do processo de trabalho, facilitando a reorganização dos modelos assistenciais (MOTTA, 1998). Para tal, faz-se necessário um processo de negociação entre os diferentes atores sociais interessados. A pactuação de soluções envolve trabalhadores, gestores e população, bem como

representantes do aparelho formador, negociando consensos sobre questões como interação ensino-serviços-comunidade, gestão do trabalho em equipe e relações com outros setores que não a Saúde. Nesta direção, todos se tornam sujeitos na construção de propostas de EP que de fato contribuam para ações e serviços de saúde mais resolutivos, almejando melhorar as condições de vida e saúde da população.

5 METODOLOGIA

5.1 CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTUDO

O Município de Petrópolis, localizado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, ocupa uma área de 775 Km², e possui uma população estimada de 306.002 habitantes (IBGE, 2005).

Segundo dados da Coordenadoria Geral de Odontologia Social de Petrópolis, atualmente o município conta com 97 Cirurgiões-Dentistas, 19 Auxiliares de Consultório Dentário (ACDs) e três Técnicos de Higiene Dental (THDs) trabalhando na rede pública, atuando em diferentes locais como mostra o Quadro 1:

Quadro 1 - Relação do nº de Cirurgiões-Dentistas, ACDs e THDs e respectivos locais de atuação na rede pública de saúde do Município de Petrópolis.

Postos de Saúde	Cirurgiões-Dentistas	ACDs	THDs
P. S. Alto Independência	2		
P. S. Dr. Thouzet	2		
P. S. Posse	3		
P. S. Itamarati	3		
P. S. Pedro do Rio	2		
P. S. Morin	1		
P. S. Araras	1		
P. S. Itaipava	2		
Postos de Saúde do Programa de Saúde da Família			
P. S. Vila Saúde	1	1	
P. S. Caxambú	1	1	
P. S. Vale das Videiras	1	1	
P. S. Sertão do Carangola	1	1	

Quadro 1 - Relação do nº de Cirurgiões-Dentistas, ACDs e THDs e respectivos locais de atuação na rede pública de saúde do Município de Petrópolis (cont.)

P. S. São João Batista	1	1	
P. S. Fazenda Inglesa	1	1	
P. S. Vila Felipe	1	1	
P. S. Menino Jesus de Praga	1	1	
P. S. Boa Esperança	1	1	
P. S. Secretário	1	1	
Centro Odontológico Domingos Padula Primo		5	
Endodontia	5		
Cirurgia Oral Menor	2		
Odontopediatria	7		
Clínica Geral	9		
Radiologia	2		
Periodontia	3		
Hospital Alcides Carneiro		2	
Clínica Geral	5		
Radiologia	2		
Odontopediatria	2		
Hospital Municipal Nelson Sá Earp			
Urgência e emergência (24 horas)	7	1	
DIP: Departamento de Doenças Infecto-Parasitárias		1	
Atendimento a pacientes com necessidades especiais	2		
Patologia Bucal	1		
Instituto da mulher, da criança e do adolescente Olga Benário Prestes			1
Odontopediatria	2		
Clínica Geral	2		

Quadro 1 - Relação do nº de Cirurgiões-Dentistas, ACDs e THDs e respectivos locais de atuação na rede pública de saúde do Município de Petrópolis (cont.)

Escolas Públicas Municipais e Estaduais			
Liceu Municipal	2		
E. M. Educandário Terra Santa	1		
Comac	1		
C. E. Cardoso Fontes	1		
Unidades Odontológicas Móveis (4)	6		
Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde Escolar	7		2
Coordenadoria de Odontologia Social	2		
TOTAL	Cirurgiões- Dentistas	ACD	THD
TOTAL	97	19	3

Fonte – SMS Petrópolis (Coordenação de Odontologia), 2006.

No intuito de reorientar o modelo de assistência à saúde, o Município de Petrópolis adotou o Programa de Saúde da Família como estratégia de reestruturação do Sistema de Saúde a partir da Atenção Básica, implantando a sua primeira Equipe (Sertão do Carangola) em março de 1998. A partir daí, o Programa foi gradativamente se expandindo, utilizando prioritariamente profissionais que faziam parte do quadro permanente da rede pública municipal, sendo priorizadas comunidades de maior risco social onde já existiam Unidades de Saúde.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, em 2000, o Programa de Saúde da Família contava com 10 Equipes de Saúde da Família (ESF), dando cobertura a 7,86% da população de Petrópolis. Naquele mesmo ano, em fevereiro, após intensa mobilização em defesa da saúde integral, foram incorporados cinco cirurgiões-dentistas às Equipes do PSF, e mais um em junho de 2001. Esses seis cirurgiões-dentistas atuaram sem terem

reconhecimento por parte do MS para efeito de repasse de incentivo financeiro, pois até então não havia ACDs no PSF. Em novembro de 2005, foram implantadas oficialmente dez Equipes de Saúde Bucal modalidade 1, compostas por um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário.

Atualmente (fevereiro/2007), de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis, atuam no município 38 ESF que foram implantadas gradativamente. As ESF estão distribuídas em todos os distritos do município e dão uma cobertura a 132.476 habitantes (43% da população).

O Quadro 2 mostra as Equipes de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal, e o número de habitantes coberto por Equipe.

Quadro 2 - Unidades de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal e população coberta por Equipe. Petrópolis-RJ, 1998-2007.

Nº	USF COM ESB	Nº POPULAÇÃO COBERTA/ESF
01	PSF SERTÃO DO CARANGOLA	2859
02	PSF CAXAMBÚ	4233
03	PSF VILA SAÚDE	2731
04	PSF SÃO JOÃO BATISTA	2311
05	PSF FAZENDA INGLESA	2768
06	PSF VALE DAS VIDEIRAS	1316
07	PSF SECRETÁRIO	3311
08	PSF VILA FELIPE	4082
09	PSF BOA ESPERANÇA	2275
10	PSF MENINO JESUS DE PRAGA	3065

Fonte: SMS (Coordenação do Programa de Saúde da Família) Petrópolis, 2007.

5.2 MÉTODOS

O presente estudo tem caráter exploratório e qualitativo, e visou identificar a percepção dos cirurgiões-dentistas que atuam na Programa de Saúde da Família do Município de Petrópolis sobre seu processo de trabalho, visando identificar necessidades de Educação Permanente.

Os métodos empregados foram a entrevista em grupo no formato de grupo focal, e inquérito com os profissionais para caracterizar as atividades realizadas pelos cirurgiões-dentistas no PSF. A população do estudo foi composta pelo universo de cirurgiões-dentistas que atuam em Unidades de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal no Município de Petrópolis. Subsidiariamente, foram incluídas informações provenientes da participação observante (GOLD APUD MINAYO, 1994) da autora. Segundo a classificação de Gold referido por Minayo (1994), a inserção do pesquisador em campo está relacionada a diferentes situações, que vão desde o participante total num dos pólos, até a situação de observador total no outro pólo.

A escolha do Município de Petrópolis-RJ, se deve ao fato da pesquisadora atuar neste município como cirurgiã-dentista em uma unidade de Saúde da família desde fevereiro de 2000, tendo participado desde o início, do processo de desenvolvimento do trabalho em Saúde bucal no PSF.

Como representante da ABO (Associação Brasileira de Odontologia)- Petrópolis, a autora deste trabalho participou do movimento de mobilização para aprovação da inserção das 10 Equipes de Saúde Bucal pelo Conselho Municipal de Saúde, e representa o segmento profissionais de saúde do CMS-Petrópolis no Pólo de Educação Permanente da Região Serrana do Estado (PEP-Serrana), tendo sido indicada pelo PEP-Serrana para o Curso de formação de Facilitadores em Educação Permanente, oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). Neste sentido, o presente estudo visa subsidiar

estratégias de Educação Permanente (EP) que viabilizem mudanças necessárias ao desenvolvimento do processo de trabalho em Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Município de Petrópolis.

5.3 COLETA DE DADOS

Após autorização para realização do estudo pela Coordenação do PSF e da assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1) pelos cirurgiões-dentistas e Coordenador do Programa de Saúde da Família, a coleta dos dados iniciou-se em agosto de 2006 através da aplicação de um instrumento estruturado visando caracterizar as atividades desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas. O instrumento de coleta de dados (ANEXO 2) é composto de questões fechadas acerca de procedimentos individuais e coletivos, bem como acerca da percepção do participante sobre as condições para sua realização e seu próprio preparo para realizá-los. A relação de procedimentos individuais e coletivos foi selecionada a partir daqueles elencados como de responsabilidade do nível da Atenção Básica pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 96) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001).¹ A Tabela 2 lista tais procedimentos selecionados, com uma breve explicação que visa situar o leitor não especializado sobre as características do procedimento.

O instrumento de coleta de dados contemplou ainda questões sobre critérios de encaminhamento de usuários para outros níveis do sistema e manejo dos atendimentos de urgência. Aborda ainda o sistema de referência e contra-referência, procurando identificar se o

¹ A NOB 96, publicada em janeiro de 1997 redefiniu a responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e da União, foi em parte substituída pela segunda, editada em 2001 e revisada no ano seguinte, cujo foco é a regionalização da assistência, aprofundando a descentralização visando a equidade no acesso. A NOAS avança ao enumerar sete áreas prioritárias de abrangência da atenção e da assistência à saúde, dentre elas a da Saúde Bucal.

cirurgião-dentista obtém informações sobre os procedimentos realizados, e de que forma, e as atividades realizadas pelas ACDs.

A segunda fase da coleta de dados consistiu na realização de entrevistas em grupo, por meio da técnica do Grupo Focal, voltadas para apreender conceitos, impressões e concepções dos participantes sobre seu processo de trabalho, identificar tendências no manejo de situações-problema emergentes, e percepções em relação a condições de trabalho, capacitação para atuar no PSF, organização da assistência clínica-odontológica, desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal e trabalho em equipe.

Foram realizados dois Grupos Focais em novembro de 2006. Os participantes foram divididos por grupo de acordo com seu tempo de atuação no PSF, partindo do princípio que a variável tempo de atuação interfere nas percepções e na inserção das Equipes de Saúde da Família. Cada grupo teve a duração aproximada de duas horas. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Tabela 2 - Procedimentos básicos odontológicos constantes da Norma Operacional, Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS - 2001)

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS	DESCRIÇÃO
Primeira Consulta Odontológica Programática	Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente elaboração de um plano preventivo-terapêutico
Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão	Aplicação de Flúor pelo cirurgião-dentista
Aplicação de cariostático (por dente)	Medicamento que visa estacionar o processo de cárie
Aplicação de selante (por dente)	Selamento de sulcos e estruturas que possam reter restos alimentares na superfície dos dentes
Controle de placa bacteriana	Procedimento que visa remover a placa bacteriana (biofilme dental), orientando o paciente para seu controle
Escariação (por dente)	Remoção de tecido cariado
Raspagem, Alisamento e Polimento- RAP(hemi-arcada)	Instrumentação das superfícies dos dentes, a fim de remover placa e cálculos neles aderentes

Tabela 2 - Procedimentos básicos odontológicos constantes da Norma Operacional, Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS - 2001). Continuação.

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS	DESCRIÇÃO
Curetagem supra-gengival e Polimento dentário (por hemiarcada)	Remoção de cálculos e placa na região da coroa dos dentes, importante para evitar problemas periodontais
Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente)	Selamento com duração temporária
Capeamento pulpar direto em dente permanente	Proteção direta da polpa (nervo), através de medicamentos locais
Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento com cimento provisório	Remoção parcial da polpa e selamento com duração temporária
Restauração a pino	Utilização de pinos que auxiliam na retenção das restaurações quando os dentes não possuem paredes suficientes
Restauração com amálgama de duas ou mais faces	Restauração com amálgama de prata envolvendo mais de uma face do dente
Restauração com amálgama de uma face	Restaurações com amálgama de prata envolvendo apenas uma face do dente
Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces	Restauração com resina fotopolimerizável (da cor do dente), envolvendo mais de uma face do dente
Restauração fotopolimerizável de uma face	Restauração com resina fotopolimerizável (da cor do dente), envolvendo apenas uma face do dente
Restauração de ionômero de vidro de uma face	Restauração com ionômero de vidro (cimento que possui flúor na sua composição) envolvendo apenas uma face do dente
Restauração de ionômero de vidro de duas ou mais faces	Restauração com ionômero de vidro (cimento que possui flúor na sua composição) envolvendo mais de uma face do dente
Exodontia de dente decíduo	Extração simples de dente decíduo (de leite)
Exodontia de dente permanente	Extração simples de dente permanente
Remoção de resto radicular	Remoção de elementos dentários que se apresentam totalmente envolvidos por tecido gengival
Tratamento de alveolite	Tratamento de inflamação no alvéolo (região que envolve o dente, após a extração do mesmo)
Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência	Estancamento da hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência
Ulotomia	Abertura da gengiva para a erupção (nascimento) do dente
Ulectomia	Remoção de uma porção da gengiva que está cobrindo um dente
Glossorrafia	Sutura da língua
Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente	Remoção da polpa necrosada (nervo morto)
PROCEDIMENTOS COLETIVOS	DESCRIÇÃO
Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	Escovação dental realizada com grupos populacionais sob orientação de um ou mais profissionais de saúde
Ação Coletiva de Bochecho Fluoretado/Aplicação Tópica de Flúor-Gel	Bochecho de solução fluoretada ou aplicação tópica de flúor em gel realizados sistematicamente, por grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde
Ação Coletiva de Exame Bucal com finalidade epidemiológica	Compreende a avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos, em estudos de prevalência e incidência e outros, com objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas

Tabela 2 - Procedimentos básicos odontológicos constantes da Norma Operacional, Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS - 2001). Continuação.

PROCEDIMENTOS COLETIVOS	DESCRIÇÃO
Ação Coletiva de Educação em Saúde na Unidade/Comunidade	Atividade profissional educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo mínimo de dez participantes e duração de 30 minutos

Fonte: NOB/SUS e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 2001)

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ.

6. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS NO PSF DO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS

A análise dos dados quantitativos será apresentada em etapas: inicialmente serão analisados os dados referentes aos procedimentos individuais, em seguida serão analisados os procedimentos coletivos realizados pelos cirurgiões-dentistas, seguidos da análise de atividades características do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, sendo finalizada com questões relacionadas ao atendimento de urgências, referência e contra - referência, e atividades desenvolvidas pelas ACDs.

6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO INQUÉRITO

Foi realizada uma caracterização das atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB), através de um inquérito respondido pelo universo de cirurgiões-dentistas que atuam em USF no Município (nove profissionais). O universo de cirurgiões-dentistas é constituído por quatro mulheres e cinco homens, sendo que cinco atuam no PSF há mais de dois anos e quatro há menos de dois anos. O inquérito teve por objetivo identificar quais os procedimentos individuais, procedimentos coletivos e atividades inerentes ao processo de trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF) realizadas pelos cirurgiões-dentistas.

Investigou-se ainda, a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre a adequação da sua formação e das condições de trabalho para a realização de tais atividades, assim como a percepção sobre atendimento de urgências, referência e contra-referência e atividades desenvolvidas pelas Auxiliares de Consultório Dentário (ACDs).

6.1.1 PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS REALIZADOS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

A Tabela 3 apresenta a lista de procedimentos individuais odontológicos de responsabilidade da Atenção Básica, identificando para cada um, o número e percentual dos profissionais que os realizam, e sua percepção das condições de trabalho e adequação da própria formação para tal. Foram agregados os conceitos Ótimo e Bom para caracterizar formação e condições de trabalho *adequadas* e os conceitos Regular e Insuficiente foram agregados para caracterizar formação e condições de trabalho *aquém do desejável*.

Tabela 3 - Procedimentos Individuais realizados pelos cirurgiões-dentistas, e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria).

PROCEDIMENTO INDIVIDUAIS														
	Procedimen- tos realizados		Adequação da sua formação para a atividade O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente						Adequação das condições de trabalho O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente					
			Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não respondeu		Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não responde u	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primeira Consulta Odontológica Programática	9	100	9	100					5	55,6	4	44,4		
Aplicação terapêutica intensiva de flúor	9	100	9	100					7	77,8	2	22,2		
Aplicação de selante	6	66,7	7	77,8			2	22,2	1	11,1	6	66,7		
Controle de placa bacteriana	9	100	9	100					7	77,8	2	22,2		
Escariação	9	100	9	100					7	77,8	2	22,2		
Raspagem, alisamento e polimento	9	100	9	100					4	44,4	5	55,6		
Curetagem supra-gengival e polimento dentário	8	88,9	8	88,9			1	11,1	4	44,4	4	44,4	1	11,1

Tabela 3 - Procedimentos Individuais realizados pelos cirurgiões-dentistas, e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria) continuação.

PROCEDIMENTO INDIVIDUAIS

	Procedimen- tos realizados		Adequação da sua formação para a atividade O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente						Adequação das condições de trabalho O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente					
			Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não respondeu		Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não responde u	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Selamento da cavidade com cimento provisório	9	100	9	100					8	88,9	1	11,1		
Capeamento pulpal direto em dente permanente	8	88,9	8	88,9			1	11,1	4	44,4	4	44,4	1	11,1
Pulpotomia em dente decíduo ou permanente	8	88,9	7	77,8	1	11,1	1	11,1	1	11,1	7	77,8	1	11,1
Restauração de amálgama uma face	9	100	9	100					8	88,9	1	11,1		
Rest. de amálg. de duas ou mais faces	9	100	9	100					8	88,9	1	11,1		
Restauração fotopolimerizá vel de uma face	5	55,6	5	55,6			4	44,4	4	44,4	2	22,2	3	33,4
Restauração fotopolimerizá vel de duas ou mais faces	5	55,6	5	55,6			4	44,4	4	44,4	2	22,2	3	33,4

Tabela 3 – Procedimentos Individuais realizados pelos cirurgiões-dentistas, e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria) continuação.

PROCEDIMENTO INDIVIDUAIS														
	Procedimen- tos realizados		Adequação da sua formação para a atividade O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente						Adequação das condições de trabalho O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente					
			Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não respondeu		Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não responde u	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Restauração com ionômero de vidro de uma face	9	100	9	100					7	77,8	2	22,2		
Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces	9	100	9	100					6	66,7	3	33,3		
Exodontia de dente decíduo	9	100	9	100					8	88,9	1	11,1		
Exodontia de dente permanente	9	100	9	100										
Remoção de resto radicular	9	100	9	100					4	44,4	5	55,6		
Tratamento de alveolite	9	100	8	88,9			1	11,1	4	44,4	3	33,3	2	22,2
Pequenos procedimentos de urgência	8	88,9	7	77,8	1	11,1	1	11,1	3	33,3	5	55,6	1	11,1
Ulotomia	5	55,6	5	55,6			4	44,4	2	22,2	3	33,3	4	44,4
Ulectomia	2	22,2	2	22,2			7	77,8	1	11,1	1	11,1	7	77,8
Glossorafia	1	11,1	1	11,1			8	88,9	1	11,1	1	11,1	7	77,8
Pulpectomia em dente decíduo ou permanente	8	88,9	7	77,8	1	11,1	1	11,1	3	33,3	5	55,6	1	11,1

Tabela 3 – Procedimentos Individuais realizados pelos cirurgiões-dentistas, e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria) continuação.

PROCEDIMENTO INDIVIDUAIS														
	Procedimen- tos realizados		Adequação da sua formação para a atividade O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente						Adequação das condições de trabalho O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente					
			Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não respondeu		Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente	8	88,9	7	77,8	1	11,1	1	11,1	3	33,3	5	55,6	1	11,1

A análise da Tabela 3 informa que dos vinte e seis procedimentos individuais relacionados, quatorze foram apontados como sendo realizados por 100% dos cirurgiões-dentistas. Dentre estes incluem-se procedimentos básicos como: extrações, restaurações, periodontia básica, controle de placa, aplicação tópica de flúor e primeira consulta odontológica programática. O instrumento não provê informações sobre porque alguns procedimentos listados na NOB 96 não são realizados nas unidades investigadas.

A presente análise não considerou significativo quando apenas um ou dois profissionais informaram a não-realização de determinado procedimento, pois é provável a ocorrência de impedimentos de caráter local ou circunstancial. Por exemplo: em três procedimentos (pulpectomia, necropulpectomia e pulpotomia), um respondente que não os realiza informou não considerar sua formação adequada para tal. A análise a seguir, portanto, valorizou aqueles procedimentos não realizados por três ou mais profissionais, o que corresponde a um terço ou mais do universo pesquisado. Tais procedimentos individuais, merecem uma discussão em nível

local, para a devida problematização da assistência clínica odontológica, apontando causas e possíveis soluções para sua efetiva realização.

Na Tabela 4, estão listados os procedimentos individuais que foram apontados como não realizados por um terço ou mais dos cirurgiões-dentistas

Tabela 4 - Procedimentos clínicos individuais que foram apontados como não realizados por um terço ou mais dos cirurgiões-dentistas. Petrópolis 2006 (elaboração própria).

Procedimentos	Glossografia	Ulectomia	Ulotomia	Restauração Foto de 2 ou mais faces	Restauração Foto de 1 face	Aplicação de selante
% de cirurgiões-dentistas que apontou não realizar	88,9%	77,8%	44,4%	44,4%	44,4%	33,3%

É provável que alguns fatores estejam contribuindo para a não realização de tais procedimentos. Por exemplo: restaurações fotopolimerizáveis necessitam para sua realização de um aparelho fotopolimerizador, que provavelmente na data de aplicação do inquérito não estava disponível em algumas USF. Atualmente todas as unidades possuem aparelho fotopolimerizador. Selantes são agentes utilizados para ocluir fôssulas e fissuras no esmalte dentário na prevenção de cáries dentárias, seu uso não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, e seu emprego deve ser restrito à indicação individual de acordo com o risco e não utilizado como medida de rotina na prevenção da lesão de cárie (MS, 2006). A não realização deste procedimento pela maioria dos cirurgiões-dentistas sugere ainda, que as USF careçam do material necessário à realização deste procedimento.

A maioria dos cirurgiões-dentistas considera sua formação adequada para a realização dos procedimentos individuais, mas quando nos reportamos à percepção dos mesmos sobre as condições de trabalho, identificamos que em todos os procedimentos, pelo menos um dentista apontou condições de trabalho insatisfatórias. A Tabela 5 lista os quatorze procedimentos que, embora realizem, um terço ou

mais dos pesquisados apontou condições de trabalho aquém do desejável para a realização, sendo a maioria deles procedimentos cirúrgicos invasivos, sugerindo relação com condições inadequadas de biossegurança.

Tabela 5 - Procedimentos individuais e percentagem de cirurgiões-dentistas que apontaram condições de trabalho regulares ou insuficientes para a realização dos mesmos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria).

<i>Procedimentos Individuais</i>	<i>Porcentagem de cirurgiões-dentistas que apontaram condições de trabalho regulares ou insuficientes</i>
Pulpotomia em dente decíduo ou permanente	77,8%
Aplicação de selante	66,7%
Exodontia de dente permanente	55,6%
Remoção de resto radicular	55,6%
Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência	55,6%
Pulpectomia em dente decíduo ou permanente	55,6%
Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente	55,6%
Raspagem, Alisamento e Polimento	55,6%
Curetagem supra-gengival e Polimento dentário	55,6%
Capeamento pulpar direto em dente Permanente	55,6%
Primeira Consulta Odontológica Programática	55,6%
Tratamento de Alveolite	33,3%
Ulotomia	33,3%
Restauração de Ionômero de vidro de 2 ou mais faces	33,3%

Dentre os procedimentos individuais cujas condições de realização foram consideradas pouco adequadas, aparece a primeira consulta odontológica programática. Não há motivo para atribuir tal dificuldade às condições de biossegurança. Trata-se de uma avaliação das condições gerais de saúde do indivíduo e realização de exame clínico odontológico, com finalidade de diagnóstico e (necessariamente) elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito

de um programa de saúde. Implica em registro das informações em prontuário e o MS recomenda uma consulta/ano por pessoa (Portaria GM/MS 95, fevereiro, 2006). A Cobertura de primeira consulta odontológica programática é um dos *indicadores principais* redefinidos pelo MS (2006), por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica (instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à Atenção Básica). Todos os cirurgiões-dentistas apontaram que realizam este procedimento, porém quatro deles (44,4%) consideraram as condições de trabalho aquém do desejável. Possíveis elementos para explicar tal fato, podem estar relacionados à carência de fichas para realização do exame clínico e anotação de dados provenientes da anamnese. Alguns aspectos importantes relacionados à primeira consulta odontológica programática serão abordados na análise dos grupos focais.

No tocante à resolução local dos problemas inerentes aos atendimentos das urgências odontológicas, cinco cirurgiões-dentistas referiram resolver mais de 70% dos casos de urgência que se apresentam na unidade, um respondeu resolver entre 31 e 50%, e um terço referiu resolver na USF no máximo até 30% dos casos.. A maioria dos cirurgiões-dentistas respondeu que o atendimento de urgências é programado e realizado durante a manhã, antes dos pacientes agendados. Um terço dos cirurgiões-dentistas indicaram atender à livre demanda.

6.1.2 PROCEDIMENTOS COLETIVOS REALIZADOS PELOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

A denominação *Procedimentos Coletivos* foi adotada pelo MS a partir do início dos anos 90. Entre eles, destaca-se a aplicação de flúor gel, em diversos espaços sociais (e não mais apenas no consultório dentário), o que significou um dos principais avanços da tecnologia assistencial em Saúde Bucal Coletiva, a partir dos anos 80. Com periodicidade trimestral, e tendo sido simplificada pelo uso de escovas de dentes, deve ser associada, quando possível, à escovação diária com creme dental fluoretado e/ou bochecho semanal de flúor. A associação programática

entre os Procedimentos Coletivos preconizados e a organização da atenção básica a partir da lógica geográfica e familiar representa um enorme potencial de universalização da atenção preventivo-promocional a populações excluídas dos coletivos tradicionalmente assistidos (ZANETTI, 2000).

A Tabela 6 apresenta os Procedimentos Coletivos realizados no nível da Atenção Básica, assim como a percepção dos cirurgiões-dentistas sobre formação e condições de trabalho para a realização dos mesmos.

Tabela 6 - Procedimentos Coletivos realizados pelos cirurgiões-dentistas, e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização dos procedimentos. Petrópolis, 2006 (elaboração própria).

PROCEDIMENTOS COLETIVOS														
	Procedimen- tos realizados		Adequação da sua formação para a atividade O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente						Adequação das condições de trabalho O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente					
			Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não respondeu		Ótima + Boa		Regular + Insuficiente		Não responde u	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escovação Bucal Sepervisionada	9	100	9	100					6	66,7	3	33,3		
Bochechos Fluorados	9	100	9	100										
Aplicação Tópica de Flúor (coletiva)	9	100	8	88,9	1	11,1			8	88,9	1	11,1		
Exame com finalidade epidemiológica	9	100	8	88,9	1	11,1			8	88,9	1	11,1		
Ação Coletiva de Educação em Saúde na USF	9	100	8	88,9			1	11,1%	4	44,4	5	55,6		
Ação Coletiva de Educação em Saúde na Comunidade	7	77,8	7	77,8			2	22,2%	4	44,4	3	33,3	2	22,2

Aos analisarmos a Tabela 6, identificamos que 100% dos cirurgiões-dentistas indicam realizar todas as atividades citadas, com exceção da Ação Coletiva de Educação em Saúde na Comunidade, que não foi apontada como realizada por três cirurgiões-dentistas (33,3%). A maioria dos cirurgiões-dentistas considera a sua formação ótima ou boa para a realização dos procedimentos coletivos. Mais da metade dos cirurgiões-dentistas indicou que as condições de

trabalho são aquém do desejável para a realização de Ações Coletivas de Educação em Saúde na Unidade de Saúde da Família, e um terço identifica condições aquém do desejável para a realização de Escovação Supervisionada e Atividade de Educação em Saúde na Comunidade. Tais informações podem estar relacionadas com provimento de insumos, tais como escovas de dentes e pasta, e inexistência ou inadequação de espaço físico para realização das atividades.

A discussão em nível local, problematizando a realidade de cada equipe, analisando com critério como e por quais profissionais estão sendo desenvolvidas essas atividades, contribui para reforçar o planejamento do processo de trabalho, visto que o cirurgião-dentista tem por atribuição coordenar as ações coletivas em saúde bucal, programando e supervisionando as atividades desenvolvidas e os insumos necessários.

6.1.3 REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com as diretrizes do PSF, o processo de trabalho deve ser organizado a partir de uma equipe multiprofissional, cujo campo disciplinar é o território-família-comunidade. Assim, dentre as principais funções comuns aos integrantes da equipe de saúde, estão ações de planejamento, realização de visitas domiciliares e reuniões de equipe, visando compreender melhor a realidade, os principais problemas e necessidades da população.

A Tabela 7 apresenta as atividades realizadas pelos cirurgiões-dentistas diretamente relacionadas à atuação profissional na Estratégia Saúde da Família.

Tabela 7 Atividades características da ESF realizados pelos cirurgiões-dentistas e avaliação sobre sua formação e condições de trabalho para a realização das mesmas. Petrópolis, 2006 (elaboração própria).

	Procedimentos que realiza		Avaliação da formação para a atividade O: Ótima, B:Boa, R: Regular, I: Insuficiente						Avaliação das condições de trabalho para a realização adequada do procedimento O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente					
			O + B		R + I		Não respondeu		O + B		R + I		Não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visitas Domiciliares	9	100	5	55,6	3	33,3	1	11,1	5	55,6	3	33,3	1	11,1
Reuniões de Equipe	9	100	5	55,6	1	11,1	3	33,3	4	44,4	2	22,2	3	33,3
Gerência e planejamento das ações de saúde	5	55,6	5	55,6	2	22,2	2	22,2	4	44,4	2	22,2	3	33,3

A análise da tabela 7 informa que todos os cirurgiões-dentistas realizam visitas domiciliares, no entanto um terço deles indicam condições de trabalho e formação aquém do desejável para a realização das mesmas. Os dados sugerem a importância de discutir a forma como essa atividade vem sendo realizada, por exemplo abordando questões relativas aos critérios para agendamento e ações desenvolvidas, uma vez que, além de permitir a identificação das condições sociais das famílias, as visitas domiciliares constituem-se em oportunidades para realização de ações de promoção, prevenção, diagnóstico e intervenções factíveis (SILVEIRA FILHO, 2002). As visitas domiciliares poderiam, assim, fortalecer o direcionamento familiar da organização das ações assistenciais, desde que agendadas e realizadas segundo critérios definidos pela Equipe de Saúde para o acompanhamento de situação de vulnerabilidade das famílias (MS, 2006).

As reuniões de equipe são realizadas por 100% dos cirurgiões-dentistas, dos quais cinco consideraram sua formação adequada para realizar esta atividade. Chama a atenção o fato de que três não responderam. Com relação às condições de trabalho para realização das mesmas, quatro consideraram adequadas, dois consideraram aquém do desejável e, de novo, três não responderam. Isto sugere insuficiente clareza em relação a esta estratégia de organização do trabalho em saúde, básica para a atuação em equipe multiprofissional.

Atividades de gerência e planejamento das ações de saúde foram apontadas como não sendo realizadas por quatro cirurgiões-dentistas, devendo ser dispensada grande relevância a este dado, visto que a rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família inclui processos de reconhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento e avaliação das ações (MS, 2006). A Portaria MS/GM 267 (6 de março de 2001), entre outros aspectos, explicita as funções dos integrantes das ESB na Estratégia de Saúde da Família, e preconiza que o cirurgião-dentista coordene, organize e supervisione as ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em Saúde Bucal.

Com relação à realização de outras atividades além das citadas, a maioria respondeu que realiza atividades com grupos específicos como idosos, diabéticos, hipertensos, pais e adolescentes, não associando as mesmas às ações coletivas de educação em saúde, já referidas anteriormente.

6.1.4 O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Quanto às referências para as especialidades, todos responderam realizar encaminhamento para tratamento endodôntico, sendo apontados diferentes critérios, sugerindo, em relação a esta

especialidade, baixo grau de consenso quanto às circunstâncias em que os pacientes devem ser encaminhados. Com relação aos encaminhamentos para serviço de Radiologia, a maioria dos cirurgiões-dentistas indica para esta especialidade casos de exodontias (extrações) mais complexas, ou ainda com finalidade de avaliação endodôntica. Um dentista não indica para a especialidade de radiologia, pois a unidade em que atua possui aparelho de Raio-X.

Segundo as respostas dos cirurgiões-dentistas, são encaminhados para tratamento especializado de Periodontia casos mais avançados de doença periodontal, com manifestação severa dos sinais e sintomas da doença e quando há necessidade de abordagem cirúrgica. Um dentista indicou não realizar encaminhamento para tratamento periodontal especializado.

Com relação ao encaminhamento para Cirurgia Oral Menor, oito cirurgiões-dentistas (88,8%) realizam este tipo de encaminhamento, principalmente para realização de cirurgias de dentes impactados e inclusos, disfunção da Articulação Temporo-Mandibular e necessidade de realização de frenectomias (cirurgia de freios).

Sete dos nove dentistas que responderam o inquérito, indicaram a realização de encaminhamento para odontopediatria, sendo os critérios mais apontados, os relacionados a casos de pacientes não cooperativos, fato que merece maior aprofundamento em nível local, uma vez que o profissional, para atuar no PSF, deve ter um perfil generalista, e estar apto a atender pacientes nos diferentes ciclos de vida.

Para a especialidade de Patologia Oral, todos os cirurgiões-dentistas responderam realizar encaminhamentos, sendo que a maioria o faz com relação a pacientes que necessitem realizar diagnóstico de lesões suspeitas de malignidade presentes na cavidade oral.

Com relação à realização de encaminhamentos para outras especialidades, os cirurgiões-dentistas indicaram as especialidades de prótese e ortodontia (problemas de oclusão), que não

existem no serviço público do município. Referiram indicar também para fonoaudiologia, quando identificam pacientes com problemas relacionados com a postura da língua e fala.

Na questão que procurou abordar o sistema de referência e contra-referência, com ênfase na forma como os cirurgiões-dentistas obtém informações sobre o tratamento dos pacientes que foram encaminhados, a maioria relatou orientar o paciente a retornar à USF ou mencionou a busca ativa realizada pelo agente comunitário de saúde.

6.1.5 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELAS ACDs

Segundo a Portaria MS/GM 648 (28 de março de 2006), as competências dos cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica por meio do Programa de Saúde da Família incluem dentre outras, realizar supervisão técnica do THD e ACD, assim como contribuir e participar de atividades de Educação Permanente direcionadas a estes profissionais e aos outros profissionais da ESF. Neste sentido, uma das questões investigou as atividades regularmente realizadas pelas ACDs, como forma de abranger as atividades dos demais componentes da Equipe de Saúde Bucal. As atividades realizadas incluem: visitas domiciliares, escovação supervisionada e bochechos fluoretados, lavagem, esterilização do material e instrumentação do cirurgião-dentista, agendamento dos grupos e marcação das consultas. Algumas ACDs também realizam atividades com grupos de educação em saúde nas USF e escolas, assim como com grupos prioritários.

Os dados coletados através do inquérito permitiram perceber que as ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas no âmbito do PSF no Município de Petrópolis, de uma maneira geral, contemplam o preconizado pelas diretrizes do programa, no que tange à organização das ações, planejamento e implementação, de modo preconizado pelo PSF.

Por outro lado, existem aspectos que merecem aprofundamento da investigação e supervisão, visando corrigir insuficiências detectadas através da provisão adequada dos insumos

necessários, ou de processos de capacitação ou Educação Permanente. Neste sentido, a investigação buscou realizar uma caracterização qualitativa do processo de trabalho e atividades dos cirurgiões-dentistas no PSF, cuja visibilidade é ainda restrita. Pode-se dizer que, ao que tudo indica, do ponto de vista técnico, as condições de trabalho são em geral bastante razoáveis, pelo menos na perspectiva dos profissionais envolvidos. Resta saber, porém, como se dão as relações interpessoais entre profissionais de Odontologia e os demais, e destes com a comunidade; bem como, de que forma são resolvidas no cotidiano as dificuldades inerentes à gestão da unidade no nível local e na relação com os níveis hierárquicos aos quais está submetida. Tais fatores estão direta ou indiretamente implicados no trabalho dos cirurgiões-dentistas e perpassam iniciativas de EP em andamento ou que possam vir a ser implementadas. O capítulo seguinte aprofunda tais aspectos do processo de trabalho.

7. PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE O COTIDIANO DAS PRÁTICAS NO PSF: CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Situações propícias para a aplicação da técnica de Grupo Focal incluem aquelas nas quais os objetivos da pesquisa, para serem atingidos, requisitam o levantamento, através de debate, das impressões, visões e concepções de mundo de seu público-alvo (NETO et al., 2001). No presente estudo, a partir da leitura de uma situação-problema (ANEXO 3), relacionada ao processo de trabalho do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família, objetivou-se instaurar o debate entre os participantes, propiciando a todos possibilidades equânimes de apresentar suas percepções, criando oportunidades para que as mesmas fossem discutidas e aprofundadas. Foram realizados dois grupos focais, sendo formados utilizando-se o critério de tempo de atuação no Programa de Saúde da Família. O primeiro grupo contou com cinco participantes que atuam no PSF há mais de dois anos. O segundo foi realizado com a participação de três dos quatro cirurgiões-dentistas que atuam no PSF há menos de dois anos. Um quarto profissional não pode comparecer no dia em que foi realizado o grupo, o que só foi informado na hora marcada. Os grupos serão denominados respectivamente de GF1 e GF2.

A análise buscou identificar temas de grande interesse para os grupos, e utilizou o software *Logos* (CAMARGO JR, 2000), que consiste num programa de gerenciamento de bases de dados de textos. Este facilitou a associação de trechos das falas dos cirurgiões-dentistas com certas categorias, e a análise através de agrupamento dos vários trechos identificados em padrões regulares.

Os eixos temáticos, caracterizados a partir das falas serão apresentados a seguir, destacando-se algumas citações, no intuito de prover evidências e ampliar a compreensão do leitor acerca do debate. A partir da análise temática buscou-se, no processo de inferência,

identificar significados para as ações e percepções dos entrevistados que permitissem ampliar a compreensão do processo de trabalho no PSF-Petrópolis do ponto de vista dos envolvidos (Bardin, 1970).

7.1 – DIFICULDADES INERENTES À DEMANDA REPRIMIDA POR ASSISTÊNCIA CLÍNICA EM SAÚDE BUCAL

Vários depoimentos enfatizam a temática da demanda reprimida à atenção odontológica como dificuldade potencial expressa pelos cirurgiões-dentistas para a organização das suas práticas de trabalho.

Se você bobear, você só vai ficar na cadeira, paciente não pára de chegar não. (...) No início quando eu cheguei, as pessoas vieram em cima de mim (...) e tudo era emergência, não podia esperar, entendeu? (...) Depois de uns seis meses que eu comecei, eu falei: vou abrir um horário para fazer visita, vou abrir um horário para ir na escola, para ir na creche. (GF1)

A pressão por parte da comunidade para o atendimento clínico curativo e atendimento às urgências demanda atitude dos cirurgiões-dentistas no sentido de alcançarem um melhor controle do processo de trabalho, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial. De uma maneira geral, observou-se que no grupo de cirurgiões-dentistas que está atuando no PSF há menos de dois anos, esse aspecto apareceu mais intensamente do que naquele composto por cirurgiões-dentistas engajados no PSF há mais tempo.

Eu acho que o grande problema também é a demanda que já existe. Então a gente tem que atender essa parte de ambulatório, não tem jeito, não dá para a gente fazer exatamente só o programa do PSF, participar das reuniões, então às vezes fica complicado, eu sinto isso às vezes lá. (GF2)

Para Araújo & Dimeinstein (2006), a inclusão dos dentistas no PSF em alguns municípios se dá de maneira desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que acarreta apenas um acréscimo de horas de atendimento e aumento do número de pacientes e procedimentos.

Procedimentos esses centrados na resolução imediata dos problemas de saúde bucal, atendendo apenas à demanda espontânea, sem a preocupação de realizar o tratamento do usuário por completo. Dessa forma, não há uma real melhoria das condições de saúde bucal da população. Aqui, algumas falas expressam essa preocupação, nos levando a inferir que existe um esforço de superação do modelo de saúde ainda vigente, cirúrgico-restaurador, no qual a quantidade de procedimentos predomina como objetivo na mentalidade dos cirurgiões-dentistas e dos gestores.

Eu trabalhei durante mais de 12 anos só em ambulatório. Então você via o paciente, tirava aquela dor, fazia uma extração, fazia uma obturação. Você, às vezes, depois não o via. Voltava tanto tempo depois para fazer mais uma [obturação], então você não via aquela seqüência. Eu acho que a visão da própria Odontologia é um pouco isso, e do resto da equipe, que (...) está acostumada a ver você (...) cobrir aquela demanda que chega ali, e o pessoal sair satisfeito porque fez obturação naquele dente, porque tirou o outro dente que estava doendo. E você quando quer se estender para trabalhar mais amplamente, cobrir uma família toda, planejar mais o seu atendimento, aí é uma coisa que você vai ter que conquistar devagar mesmo. (GF2)

Neste sentido, para contemplar o princípio da integralidade da atenção à saúde, é necessário que, além da indispensável assistência aos doentes, sejam simultaneamente desenvolvidas ações destinadas a prevenir o aparecimento de doenças, diminuindo, no médio prazo, a magnitude da assistência necessária. Nada impede que tais ações sejam dirigidas a indivíduos, isoladamente. Contudo, pela sua natureza, tais ações são frequentemente voltadas para contingentes populacionais, de modo a potencializar os seus efeitos. São as denominadas ações coletivas em saúde (Narvai, 1992).

Na visão dos cirurgiões-dentistas, a organização da agenda de trabalho configura-se como um grande desafio, compatibilizando ações intra e extra clínicas, atividades curativas e preventivo-promocionais, na lógica de abordagem familiar preconizada pelo PSF.

Não fiz o que eu queria, deu tudo certo, menos o que eu queria. Menos o que eu tinha programado, menos o que está na minha cabeça... Porque a parte curativa eu vou ter 500 mil [pacientes] se eu ficar ali só atendendo. Agora, e a prevenção, e a orientação, e ensinar

essas crianças a escovarem, e o flúor para combater essas cáries todas, e a minha presença junto com as mães? Porque isso é uma batalha diária, você tem que estar junto com as mães o tempo todo. (GF2)

Assim, fica evidente a angústia sentida pelos cirurgiões-dentistas no sentido de tentar equacionar a enorme demanda reprimida com as ações coletivas tão necessárias para obtenção de impacto epidemiológico positivo na saúde bucal da comunidade. Neste sentido o planejamento e monitoramento das ações se constituem em instrumentos valiosos, que podem subsidiar a identificação de necessidades e eleição de prioridades na organização do processo de trabalho da equipe.

7.2 – A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES E DO MONITORAMENTO DAS INFORMAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO PSF

Na percepção dos cirurgiões-dentistas, a mudança do modelo de atenção à saúde, demanda competências e aptidões para gerir o planejamento do processo de trabalho de forma autônoma e efetiva, se constituindo como um grande desafio à incorporação das Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

Acho que o que aconteceu foi um choque entre o sistema de atendimento normal [sic] com o PSF. Porque a filosofia de atendimento, ela é diferente e as pessoas têm uma dificuldade muito grande de entender isso. (...) Você tem que ter a capacidade de convencer, de mostrar para os usuários a modificação que aconteceu com o sistema de atendimento daquela região. (GF1)

O processo de trabalho no PSF, segundo Silveira Filho (2002), leva a questionar formas de garantir acesso universal, perante a demanda que se acumula nos serviços. Segundo o autor, daí surge a necessidade de organizarmos a Atenção em Saúde Bucal, através do planejamento, utilizando-se de critérios para priorização, que permitam realizar a gestão da clínica, fazendo valer desta forma outros dois princípios do SUS: o da equidade - priorizando o uso de recursos

disponíveis para aqueles que mais necessitam de atenção; e o do controle social - que se refere à participação popular na gestão dos serviços. Neste sentido, na percepção dos cirurgiões-dentistas, a incorporação da saúde bucal ao PSF no município foi marcada pela falta de planejamento e de parâmetros para a programação das ações, e pela ausência de normatização e referências técnicas, dificultando o desenvolvimento das ações e a integração ao trabalho da Equipe de Saúde da Família.

Temos muitos problemas com a normatização do MS, com a Política de Saúde Bucal, que diz o que a gente tem que fazer. Parâmetros de qualidade.(...) Até aqueles instrumentos de avaliação da melhoria da qualidade que está tendo agora, a gente ainda não sabe nada.(...) Deveria ter alguma coisa para a gente fazer um planejamento. (GF1)

Brigamos quase um ano para saber em relação ao código da 1ª consulta. [Neste procedimento] se faz uma anamnese, e tal... (...) A gente não sabe se é assim mesmo, não vem um papel que diz que é assim. Cadê a normativa que é assim? (GF1)

Com relação à sistematização das informações sobre as ações desenvolvidas, os cirurgiões-dentistas alegam que, por falta de orientação e normatização, há muito preenchimento errado de informações relativas às atividades realizadas, o que gera muitas dúvidas e dificuldades para o planejamento do trabalho. Os processos avaliativos ainda são pouco incorporados às práticas dos serviços de saúde, como suporte para o planejamento das ações a serem desenvolvidas. Neste sentido, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde nesse nível de atenção, propõe metas anuais a serem alcançadas, sob a forma de indicadores de saúde. Na saúde bucal, os indicadores principais pactuados para o ano de 2006 referem-se à Cobertura de primeira consulta odontológica programática e Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (MS, 2006).

Segundo a portaria nº493/GM (10 de março de 2006), o indicador “Primeira Consulta Odontológica Programática” refere-se ao percentual de pessoas que receberam uma primeira

consulta odontológica realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, realização de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender às necessidades detectadas. Não inclui atendimentos eventuais como de urgência/emergência, que não têm seguimento previsto. Os cirurgiões-dentistas apontam dificuldades e dúvidas para compreender e interpretar periodicamente alguns instrumentos e indicadores. Tal fato gera prejuízos ao processo de trabalho, pois o acompanhamento das metas pactuadas e o debate com a gestão e ESF sobre indicadores apropriados à realidade local, objetiva a melhoria do desempenho dos serviços e da situação de saúde da população.

7.3 – MEIOS DE TRABALHO E TECNOLOGIAS APROPRIADAS EM UM MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A limitação na cobertura e na resolubilidade das práticas em saúde bucal baseiam-se, em parte, na histórica dependência de insumos e ferramentas de trabalho, necessárias ao desenvolvimento das atividades curativas, e insuficientes para atender às diferentes demandas de saúde (SANTOS & ASSIS, 2006). O conceito de saúde como qualidade de vida requer a passagem de um trabalho individual, compartimentado, para uma ação coletiva, onde a compreensão de pensamentos e ações desiguais pressupõe a existência de pontos comuns entre pessoas que pretendem desempenhar uma ação interdisciplinar (WESTPHAL & MENDES, 2000). Neste sentido *a implantação do PSF por si só não garante a modificação do modelo assistencial*; esta depende da mudança na forma de produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais, entre si, e com os usuários. Alguns trechos dos depoimentos dos cirurgiões-dentistas apontam para uma tentativa de ruptura com o modelo hegemônico, na busca de uma prática que altere a dinâmica do trabalho cotidiano.

(...) você tem que mostrar [as especificidades da prática do cirurgião-dentista], porque aí o pessoal começa a entender também, e nessa parte de troca, você tem que [se] fazer entender (...). A gente está trabalhando muito em troca, eu e o médico, ele me chama às vezes para tirar uma dúvida lá na sala dele, conversar a respeito de uma coisa. Eu falo com ele se eu estou notando alguma coisa, também, mas a gente procura entender [juntos]. Eu posso até dar uma olhadinha [em alguém que não está marcado], mas ele vai ser agendado um outro dia. Assim como eu sei que [o médico] não vai poder atender naquele momento. Teve um paciente que toda hora estava com herpes, uma baixa imunitária. A gente falou, pediu um exame de sangue,[para] fazer uma consulta, porque era adolescente, não vem nunca ao Posto. Aí ele veio, [o médico] deu uma olhadinha, marcou [para retornar] no outro dia (...) A gente faz essa troca, mas [ele] começou a entender que não é aquele imediatismo [na odontologia, tipo] sentou na cadeira e fez o procedimento. É entender que você vai dar uma olhadinha, ver o que precisa de atenção, agendar outro dia, aí devagarzinho você começa. (GF2)

Assim, o debate em torno da atenção integral converge para um modelo de prestação de serviços de saúde concebido a partir de dispositivos de mudança, de vínculo e acolhimento, que podem ser apreendidos como atos comunicacionais, ao receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas à demanda ao longo do percurso realizado pelos usuários na busca pela saúde (SANTOS & ASSIS, 2006).

Segundo Merhy (2002), as “tecnologias leves” compreendem as relações de produção de vínculo, autonomização e acolhimento. As tecnologias “leve-duras” se caracterizam pelos saberes e rotinas bem estruturados que se operam no processo de trabalho em saúde, e as “tecnologias duras” referem-se não somente aos equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, mas também a normas e estruturas organizacionais. Werneck e Ferreira (2000) destacam a necessidade de adequada conformação das tecnologias dura, leve-dura e leve para que, na reformulação do processo de trabalho em saúde bucal as transformações ocorram de forma harmônica e sistemática com os interesses dos usuários e dos serviços. Para atuar no PSF nesta perspectiva, os cirurgiões-dentistas devem desenvolver renovada habilidade clínica, baseada em tecnologias leves (MOYSÉS & SILVEIRA FILHO, 2002), utilizando no diagnóstico e na terapêutica,

elementos biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Neste sentido apreendemos em algumas falas, indícios de superação da perspectiva clínica tradicional, revelando a preocupação em modificar a escuta, identificando elementos que ampliam as possibilidades de interação entre usuários e profissionais.

Tem (...) uma família com um menino de 15 anos que parece ter 10, mas ele é o esteio da família, ele que cuida de todos os outros irmãos, a mãe só sabe fazer filho, cada um de um pai. Aí por exemplo, eu já sei da história dele, então, isso deve acontecer com todos os outros [cirurgiões-dentistas] aqui. [Então decidimos:] vamos deixar um horário livre para o Eduardo, tem que encaixar o Eduardo e a família dele, porque ele vem com os irmãozinho. (...) Tem esse outro lado, que a gente fica sabendo de tudo, essa é a parte gostosa do PSF. (GF1)

Este tipo de abordagem clínica demanda estabelecimento de vínculo continuado. O importante não é completar o diagnóstico em um primeiro atendimento, mas construir uma avaliação processual dos usuários. Esta ampliação não pode ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio para a equipe multiprofissional e será uma tarefa da Equipe Local de Referência e das Equipes de Apoio (SMS-CAMPINAS, 2001). Nesta perspectiva, Werneck et al (2003) recomendam um processo de trabalho onde as Equipes de Saúde Bucal deixem de ser mera referência odontológica para as equipes básicas originais de Saúde da Família e iniciem um processo integrado de planejar, implementar e avaliar suas ações, onde os profissionais de saúde bucal se integrem de modo efetivo nas Equipes de Saúde da Família.

7.4 – TRABALHO EM EQUIPE: CONFLITOS, INCÔMODOS E DISPUTAS A SEREM SUPERADOS NA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Peduzzi (1998), discute a diversidade das concepções de trabalho em equipe, apresentando duas concepções básicas e distintas: a equipe como *agrupamento* de agentes e a equipe como *integração* entre pessoas, relações e práticas. A primeira é caracterizada pela

fragmentação das ações e a segunda, pela construção de possibilidades de recomposição. Esta última estaria consoante com a proposta da integralidade das ações de saúde e a necessidade contemporânea de composição dos saberes e trabalhos especializados.

Nos depoimentos dos cirurgiões-dentistas, o trabalho em equipe foi identificado como temática central para a problematização das práticas dos mesmos. Emerge no debate em torno deste tema, dentre outros aspectos, alguns relacionados à fragmentação do processo de trabalho, poder, definição do agendamento, bem como as especificidades das diferentes práticas profissionais. Tais sub-temas serão discutidos a seguir, a partir da transcrição de alguns trechos das falas.

O Ministério erra inicialmente porque determina que exista uma ESB e uma ESF, não se pode separar boca do indivíduo, a gente tem que ver o indivíduo de maneira holística (...). Então se existe uma ESF e a odontologia está inserida, não tem que ter uma ESB, tem que ter uma ESF onde exista o odontólogo, a ACD, onde acho importante, saúde mental, a fisioterapia, nutrição (...) Acho que quando a gente tem que se inserir num cenário, onde já existe um andamento, já existem vícios profissionais, [e] você quer chegar lá e de repente mudar alguma coisa e você não encontra um respaldo, um carinho de grupo [que] te coloque dentro de um cenário que já existe, então começam os problemas, de profissão, de salários, de perfil. (...) O dentista quer fazer mas não consegue, e aí você parte para uma coisa individual: vou pegar minha ACD e vou fazer um trabalho com as crianças da escola. Isso é PSF? (GF1)

O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal robusta, mas os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe (NOGUEIRA, 2000). Deve-se considerar que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas especificidades influem sobre esse processo de trabalho, pois estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe. Ou seja, estabelecer uma prática comunicativa como estratégia para o enfrentamento dos conflitos significa romper com velhas

estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico (ARAÚJO & ROCHA, 2007). Na visão dos cirurgiões-dentistas, relações conflituosas no interior da equipe ainda dificultam a interação e o estabelecimento de consensos e projetos em comum:

A Odonto[está] sempre no meio. Eu no meu posto, (...) me sinto tipo uma balança. (...) Porque tem os melindres do médico, a enfermeira fica melindrada com certa coisa e a gente fica naquela [de mediador], entendeu?(GF1)

Teve uma situação, um tempo atrás, no meu posto, que era a médica e a enfermeira não se cruzando. (...) Então eu chegava no posto e a médica ficava de [conversa] comigo, a enfermeira ficava de [conversa] comigo, meu Deus, eu não estava agüentando o clima. (GF1)

Existe uma briga de poder entre médico e enfermagem, a gente sabe que existe, no meu posto existe muito, protocolo, de quem pode passar exame, não pode, só pode o que o Ministério preconiza, só para os programas... O médico não consegue parar com essa emergência, essa demanda, acho que é culpa do próprio. Ele quer que alguém triage [os pacientes] para ele e é difícil alguém que se responsabilize por essa triagem. Isso é emergência, isso não é, quem tem que ver isso é o médico. Não adianta [tentar conversar], e aí causa esse atrito com a comunidade. (GF1)

No trabalho em equipe ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas assume uma nova dimensão, onde conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada (PEDUZZI, 1998). A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, concebida como Cuidado, significando uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância, adotando postura pró-ativa de proteção, procurando conhecer os fatores que possam estar interferindo na qualidade de vida da comunidade, respeitando seus padrões culturais e evitando impor crivos rígidos sobre certo e errado. (SILVEIRA FILHO, 2002).

7.5 – A GERÊNCIA DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL NO PSF EM PETRÓPOLIS

Segundo a Portaria 648/GM (28 de março de 2006), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as atribuições referentes ao cirurgião-dentista no PSF, incluem entre outras, atividades de supervisão técnica, coordenação e gerência das ações e insumos necessários para a organização da atenção em saúde bucal. No entanto, alguns cirurgiões-dentistas expressaram certa dificuldade em exercer com autonomia o gerenciamento do processo de trabalho na saúde bucal, fruto, segundo eles, da falta de instrumentos que possam respaldar suas ações, e da pressão por atendimento clínico exercida, não só pela comunidade, mas também por outros profissionais da equipe de saúde.

(...) quando o cirurgião-dentista tenta implementar todas essas coisas que eu falei aqui, ele vai ser questionado pela equipe da seguinte forma: mas vem cá, de onde é que você tirou isso? Qual é o respaldo que você tem para fazer isso? Isso aí não está [escrito] em lugar nenhum. Porque que você quer fazer assim? Você não pode fazer assim, você tem que fazer é isso aqui. (GF1)

Eles querem muito isso, a gente já tem os nossos pacientes agendados, e eles querem que a gente cubra a agenda do enfermeiro e a agenda do médico. (...) Eles querem que a gente atenda os pacientes deles no mesmo dia em que nós estamos atendendo os nossos. Só que os pacientes deles vão embora e só vão voltar daqui a uns três ou quatro meses, na próxima consulta deles, e [os da] a gente não, temos que remarcar esses pacientes para acabar o tratamento. (GF2)

De acordo com o observado em estudo recente sobre a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas – Bahia (Santos & Assis, 2006), a linha de tensão se desvela com grau máximo no momento da marcação de consultas. Também no presente estudo, alguns cirurgiões-dentistas

relataram já ter tentado diversas formas de agendamento, no intuito de oferecer um serviço mais próximo da universalidade e da equidade na atenção.

A comunidade, ela gosta de pegar o número de manhã e ir para ser atendida. (...) Ela acha isso, é o perfil dela. Agora eu vou mudar novamente. Eu já mudei minha demanda várias vezes (...). [Existe uma tensão entre] o que a comunidade gosta e o que a supervisão quer agora, novamente. E até a equipe também às vezes acha injusto eu dar o número cedo, entendeu? Eu vou ver o que vai dar, vai mudar de novo, já mudei várias vezes. (GF1)

A Portaria MS/GM 267 (6 de março de 2001) explicita as funções dos integrantes das ESB, as responsabilidades institucionais e o elenco de procedimentos da saúde bucal no âmbito da Atenção Básica. Para o cirurgião-dentista, as atividades apontadas incluem ações de coordenação, de registros e encaminhamentos, ações preventivas e educativas, além das atividades inerentes à natureza clínica do trabalho odontológico. Desta forma, o cirurgião-dentista que atua no PSF, deve ser mais que um clínico apto a prevenir, diagnosticar doenças bucais e tratá-las, gerindo a Unidade Básica de Saúde no tocante aos assuntos de saúde bucal (Dias, 2006).

Um dos principais desafios para a organização da atenção em saúde bucal no PSF se constitui em unificar a porta de entrada com as ações da Medicina e Enfermagem, seja na perspectiva de organizar as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de apropriação do território-família-comunidade, seja na oferta de serviços clínicos assistenciais (restaurações, aplicação de selante, e outros). O planejamento conjunto de ações e a organização das atividades programadas são importantes para a integração do trabalho e para o fortalecimento da equipe (MS, 2006). Na percepção dos cirurgiões-dentistas entrevistados, existe um desconhecimento relativo às especificidades de sua prática por parte dos outros profissionais, gerando dificuldades para a aproximação com os outros membros da equipe:

Eu acho que a Enfermagem e a Medicina são duas especialidades [sic] que se permeiam melhor do que a Odontologia. Porque a Odontologia é uma especialidade cirúrgica (...).

Você tem que se preocupar com a biossegurança, você tem que anestésiar o paciente, você lida muito com sangue, você corta, o procedimento é demorado. Existe um preparo antes e depois de receber o paciente. Não é uma coisa em que um paciente levantou e o outro sentou (...). O jogo de cintura que o cirurgião-dentista tem que ter é de conseguir colocar isso para a equipe - a Odonto é uma especialidade diferente. (GF1)

O estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde poderia contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros, reproduzindo a divisão social do trabalho, traduzida na permanência de relações de mando e autoridade (MISHIMA et al., 2000). Estruturar serviços com base em equipes de saúde significa questionar a rígida divisão técnica e social do trabalho, avançando na responsabilização conjunta pelos problemas identificados, superando a indiferença burocrática dos serviços públicos de saúde (CAMPOS, 1992). Neste estudo, na visão dos cirurgiões-dentistas, a divisão técnica e social do processo de trabalho, oriunda de vieses presentes no modelo de atenção à saúde hegemônico, se constitui em obstáculo à articulação da produção do cuidado, comum a todos os profissionais da equipe.

Tem muito paciente que não vai no médico, mas vai no dentista. Principalmente adolescentes, e crianças mesmo, não vão ao médico, mas estão sempre no dentista. (GF1)

Escola e creche é só dentista [atuando]. O Programa de saúde bucal da prefeitura faz um trabalho nas escolas: levantamento epidemiológico, palestra, orientação, fluoretação... Nas áreas de PSF que têm escola, os dentistas de PSF ficaram encarregados de visitar essas escolas e creches da área. Por conta dessas visitas freqüentes às escolas, as diretoras acabam nos chamando em diversas situações: homossexualismo, abuso sexual, problemas com o médico e enfermeiro. (GF1)

Ou seja, a própria inserção da atenção à Saúde Bucal na Saúde Coletiva trás como marca a priorização das faixas etárias mais baixas. Não surpreende, deste modo, que seja o dentista, o profissional da equipe técnica que mais esteja coordenando e desenvolvendo atividades educativas e preventivas voltadas para crianças, adolescentes e grupos escolares. Resta saber se

essa permeabilidade das instituições escolares ao dentista, por exemplo, é reconhecida pela equipe como um recurso a ser utilizado no fortalecimento de parcerias que busquem melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

7.6 – PERCEPÇÕES DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE OS LIMITES DA FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO NO PSF

A territorialização do cuidado, com estabelecimento de responsabilidade epidemiológica sobre um espaço-população adscrito à equipe de saúde, é um fenômeno recente na Odontologia brasileira, e implica em exigências ao profissional de saúde bucal que atua no PSF (MOYSÉS & SILVEIRA FILHO, 2002). O desenvolvimento de ações individuais e coletivas, aliando uma combinação de recursos diagnósticos, fundados na epidemiologia clínica e nas ciências sociais, para o estabelecimento de riscos biológicos e sociais, demanda novas competências para as quais os cirurgiões-dentistas reconhecem lacunas na formação, identificando necessidade de maior suporte:

Sinto falta de instrumentos de identificação de problemas sociais, locais, de comunidade, de problemas específicos daquele local. Como você identifica isso? Porque daí para frente você consegue criar, depende muito da imaginação de cada profissional. (...) E você começa as ações sem saber se essas ações vão ser certas ou não, porque sempre é um processo, aquilo, você age, você reflete se está dando certo, e você age de novo, e assim vai ser. Indicadores de saúde positivos, indicadores negativos de saúde, aí você saber trabalhar naquela comunidade esses tipos de indicadores (...). Quais são os problemas daquela comunidade? Porque são vários os problemas: áreas de risco social, risco de saúde... Entendeu? Isso é que é difícil. (GF1)

Ação, reflexão, e também evidências, eu acho que é aquela coisa de você praticar uma ciência baseada em evidências. Você tem uma ação, você tem reflexão sobre aquela ação que você adotou, e você também tem que ficar atento aos resultados. Á medida que você vai tendo a evidência daquilo que você está realizando, você avalia, né? (GF1)

Não se produzem novos perfis profissionais somente com educação continuada, pois essa

ênfatiza o domínio cognitivo (por exemplo, na Epidemiologia Clínica, ou “Medicina” Baseada em Evidências). Não basta para o cirurgião-dentista no PSF somente desenvolver habilidades clínicas. As tecnologias leves, por exemplo, ao apostarem em um diagnóstico sensível à intersubjetividade, ampliam a pauta técnica para a pauta ética, baseada em solidariedade, cidadania e humanização (MOYSÉS & SILVEIRA FILHO, 2002). Alguns depoimentos nos levam a inferir que os cirurgiões-dentistas identificam claramente os limites de uma abordagem restrita apenas à dimensão biológica do paciente:

A Odonto é uma coisa muito técnica, eu acho que falta essa parte psicológica, de você entender o paciente, sem ser [apenas] aquele cara que vai no seu consultório e você vai tratar o dente dele, mas como pessoa, mesmo. Bom, eu já tenho quase 20 anos de formada, então, a gente não via isso [na faculdade. Lá] você aprende a fazer obturação, você não vê o paciente como um todo. (...) Às vezes [o paciente] não vai ali a fim de tratar o dente, exatamente. Ele está a fim de fazer uma terapia, eu acho que com esse mundo que a gente está, tem muito essa coisa. Às vezes [o paciente] vai com a sua cara e te transforma num terapeuta... (GF2)

O que eu sinto muita falta, para entender melhor essas relações humanas, seria a Antropologia e Sociologia. (...) Acho que para a área de saúde é fundamental, (...) para entender porque a pessoa se comporta daquela forma. (GF1)

Sinto falta da parte de assistência social, um embasamento [para compreender] (...) porque que [esta pessoa] está reagindo assim? A minha comunidade foi a dos desabrigados de 1988. (...) Eles estão reagindo assim: eu tenho que reagir como, de que forma? (...) Então essa parte de assistência social e psicológica acho que a gente tem que ter um embasamento. Eu não tive na faculdade. (GF1)

Ao refletirmos sobre a Saúde Bucal Coletiva podemos verificar que os conhecimentos advindos das Ciências Sociais têm ajudado a Odontologia a se aproximar da realidade social. Sofisticou-se o instrumental necessário para compreender o contexto em que as pessoas vivem e entendê-las em suas múltiplas dimensões, estabelecendo relações e interpretando situações, analisando causas e propondo soluções para os seus problemas (Araújo, 2006). Não seria o caso, necessariamente, de preconizar a presença do psicólogo ou assistente social, entendendo que todos os profissionais de saúde compartilham o mesmo *campo de responsabilidades*, que floresce

no território das tecnologias leves. Somente imbuído dessa dimensão “viva” do trabalho em saúde é que o dentista irá, de fato, conseguir realizar uma troca efetivamente interdisciplinar com os outros profissionais de saúde, para que juntos possam compreender e trabalhar sobre as verdadeiras causas dos problemas, e não apenas os seus efeitos (Teixeira, 2006).

A construção do modelo biomédico hegemônico, que faz do objeto das práticas de saúde o corpo dimensionado pela Anatomia e Fisiologia define, ao mesmo tempo, que tipo de saberes deverão ser apreendidos para intervir neste corpo. Nesse caso, se os problemas de saúde são vistos como problemas de partes de um corpo, o saber legitimado e definidor da intervenção será o da anátomo-clínica, sendo os demais saberes secundários. Contudo, se a visão de corpo aproxima-se de sua percepção como construção social, historicamente definida, e os problemas de saúde são definidos enquanto necessidades sociais de saúde, os saberes da Epidemiologia, das Ciências Sociais e da Antropologia passam a permear os demais saberes, incluída a clínica (MOTTA, 1998). Desta forma propostas de Educação Permanente que trabalhem conteúdos inspirados por estes saberes, vão ao encontro da percepção dos cirurgiões-dentistas de que o objeto de trabalho em saúde se constitui como um corpo social.

De repente a Odonto (...) passou a ser uma coisa secundária. [O cirurgião-dentista no PSF] agora está vendo a pessoa mesmo, então você está dando importância para a pessoa, independente de se você fez dez obturações, vinte ou cinquenta. Então a Odonto, para mim agora, lá no PSF passou a ser uma coisa secundária, não secundária em termos de fazer uma coisa mal feita, não é isso não. É um trabalho humanitário.(...) Eu acho que a gente está vendo o paciente muito mais como uma pessoa mesmo, no todo. (GF2)

Mattos (2001) adverte que a postura dos profissionais é fundamental para a integralidade, mas em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. Nos depoimentos de alguns cirurgiões-dentistas, revelam-se claramente dificuldades e limites na busca de uma aproximação

mais intensa entre os membros da equipe, com vistas à organização integrada do processo de trabalho.

Pelo menos a minha formação foi muito pouco direcionada para esse lado. Eu acho que isso aí não é só na Odontologia, eu acho que é dentro das outras disciplinas também. (...) Eu acho que na Odontologia é mais evidente porque a gente trabalha muito preso dentro daquele consultório, daquele equipamento. Mas eu acho que também o médico, o psicólogo, não está muito acostumado a interagir, a trocar opiniões. Porque esse sistema de ver o paciente integralmente é uma coisa bonita, mas é uma coisa que tem que se aprender. E eu acho que isso aí seria parte de uma formação (....) Da minha formação, não fez parte. (GF2)

O empenho dos profissionais para esse novo modo de operar as ações de saúde gera um movimento de reflexão sobre as práticas de saúde, aproximando os diferentes membros da equipe e desta com a comunidade. Entretanto, ações preventivas tradicionais estão ancoradas em ações educativas baseadas na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo maior, que é a transformação do conhecimento em algo capaz de efetivar-se gerando autonomia dos próprios cuidados com a saúde (ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006). Por outro lado, a aproximação entre profissional e usuário aumenta as chances de construir a autonomia possível para o enfrentamento dos problemas, estabelecendo um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender. Através de algumas falas dos cirurgiões-dentistas, identificamos o desenvolvimento de ações de educação em saúde que avançam nesta direção, criando possibilidades para que profissionais e usuários, realizem a produção do cuidado.

Estou fazendo “fuxico”² com as idosas [da comunidade]. Acho que ali, para mim, estou tendo muito mais ganho (...). Porque não adianta, se a gente não passar informação, a gente não vai conseguir nada. Então eu consigo fazer [isso], apesar de ter a pressão de produção. Mas eu acho que eu produzo de outra maneira, eu tento ver essa parte de educação em saúde, de vigilância em saúde. (GF1)

Fazer obturação de amálgama ou fazer raspagem, extração, ficou uma coisa secundária. Você está trabalhando outras coisas. Você senta e faz argila com uma criança no chão, ao mesmo tempo que você está falando com ela do dentinho que nasce, de como se escova os dentes... Então, abriu uns desafios,(...) que eu estou maravilhada! (GF2)

² Fuxico é um tipo de artesanato de corte e costura.

7.7 – EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS

Partindo da necessidade do desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente, almejando possibilidades de mudança dos diversos modos de agir dos profissionais entre si e com os usuários, a partir da implantação do PSF, foi iniciada no Município de Petrópolis a proposta de Educação Permanente em Saúde.

Num primeiro momento houve a intenção de ampliar a visão dos profissionais que atuavam no PSF em relação ao processo saúde-doença e propiciar um perfil mais generalista à prática dos mesmos. A partir de 2001 essa proposta foi sistematizada, sendo reservado um período da semana de trabalho dos profissionais para o desenvolvimento dessas atividades.

Com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em 2003, o município integrou o Pólo de Educação Permanente da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, e mais recentemente, a partir de agosto de 2006, constituiu um núcleo local de EP em parceria com o Município de Areal (RJ), no intuito de agregar atores locais e viabilizar parcerias inter-institucionais, buscando uma aproximação maior com as demandas destes municípios.

Segundo Motta (1998), a Educação Permanente teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, sobretudo a partir da transformação de valores e conceitos dos profissionais, vistos como sujeitos, colocados no centro do processo ensino-aprendizagem.³ Nesse sentido, quando questionados sobre a Educação Permanente, algumas falas dos cirurgiões-dentistas demonstram certa confusão em relação à diferença entre Educação Permanente e Educação Continuada. Os cirurgiões-dentistas percebem avanços no processo em

³ Já a Educação Continuada, possui finalidades mais restritas de atualização, geralmente dirigidas a profissionais específicos, com atividades de duração definida através de metodologias tradicionais (RICAS, 1994).

desenvolvimento no município, mas expressam limites, que na visão deles, têm dificultado maior integração e articulação do processo de trabalho do cirurgião-dentista com o restante da Equipe de Saúde da Família.

Aí com os treinamentos da educação continuada, que é o que falta para a gente, para alguns assuntos, até pra melhorar o nosso desempenho, a médica foi se sentindo mais segura e a gente passou a criar o grupo de hipertensos e diabéticos.(GF1)

Eu tinha pânico de criança, só atendi criança na faculdade, e de repente se tem que atender uma criança danada. Virei quase que odontopediatra. Isso é uma dificuldade mesmo do dia a dia, a gente não ter esse preparo que a medicina tem. (GF1)

Eu acho que teria que evoluir mais,(...), eu acho que deveria direcionar mais até a interdisciplinaridade, falar coisas relativas à nossa parte para que outros [profissionais] escutem. [Existe um] anseio muito grande dos PSFs que não tem Odonto, de terem Odonto. (GF2)

Assim, observa-se o desejo, por parte dos cirurgiões-dentistas, de maior envolvimento nas atividades de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no município sobre questões relacionadas à inserção deste profissional e com a organização e integração das ações de saúde bucal no PSF.

Visto que a Educação Permanente em Saúde operacionaliza-se através de coletivos, possibilitaria a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no contexto do SUS, com foco nos processos de trabalho das equipes. Este trabalho visou contribuir iluminando parte desse cenário, buscando dar uma maior visibilidade às percepções dos CDs, que, no entanto, agora podem ser discutidas e problematizadas junto aos demais atores envolvidos no trabalho, mantendo como foco a busca de uma atenção integral, resolutiva, e mais próxima dos interesses e necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frequentemente confundida com a Educação Continuada (EC), afeita ao aperfeiçoamento técnico, a Educação Permanente (EP) em Saúde prioriza identificar necessidades de estratégias educacionais a partir da dinâmica do processo de trabalho. Apóia-se, para tal, no diálogo e parcerias, voltados para o estabelecimento de consensos e para a negociação de soluções para problemas comuns. Com o interesse de compreender o processo de trabalho desenvolvido nas USF no Município de Petrópolis, o presente estudo buscou identificar a inserção e percepções dos cirurgiões-dentistas em tal contexto, reconhecendo que os profissionais de saúde possuem diferentes visões de mundo e concepções sobre o trabalho, as quais repercutem significativamente nas suas práticas. Este último capítulo tece as considerações finais, procurando, a partir dos resultados, apontar tendências e refletir sobre as possíveis contribuições da Educação Permanente em Saúde no Município de Petrópolis, com ênfase na Saúde Bucal.

Para situar o leitor, inicio discriminando as principais atribuições oficialmente definidas pela Portaria nº 648/GM (28 de março de 2006) para o cirurgião-dentista no PSF e relaciono-as aos resultados da pesquisa.

Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

As percepções dos cirurgiões-dentistas evidenciam obstáculos para participar do planejamento e programação de ações, que são fundamentais no âmbito do PSF. Aliado ao pouco embasamento para realizar essas atividades, aparecem resistências de outros membros da equipe e da Secretaria de Saúde, que contribuem para um relativo alijamento dos cirurgiões-dentistas. Ao demonstrarem interesse em processos educacionais que reforcem sua competência para a realização de diagnóstico coletivo, identificação de risco e estabelecimento de indicadores de

saúde, os participantes apontam elementos para subsidiar estratégias de EC e EP. Os depoimentos sugerem que, a partir da visão dos cirurgiões-dentistas, existe um desconhecimento por parte deles da existência de documentos e referências técnicas vigentes, demandando iniciativas para fomentar a familiaridade da equipe com determinados métodos e instrumentos úteis na identificação de necessidades a partir da realidade local. Destaque foi dado para a importância da troca de experiências e discussão coletiva desenvolvida pelos dois grupos de cirurgiões-dentistas, que vem facilitando a reflexão sobre essas dificuldades e a busca de possíveis soluções.

Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

Através do inquérito identificamos que os cirurgiões-dentistas realizam regularmente a maioria dos procedimentos clínico-cirúrgicos em saúde bucal preconizados para a Atenção Básica. No entanto, há necessidade de atualização para a realização de alguns procedimentos, ou para seu aperfeiçoamento. A Educação Continuada, em seu caráter mais técnico, também tem a contribuir para o aperfeiçoamento da atenção à Saúde Bucal, aumentando a resolutividade ao nível local. Ou seja, uma dada opção pedagógica deve estar atrelada à natureza dos problemas que emergem no cotidiano que, em parte são definidos pela forma como os agentes constroem o significado de seu processo de trabalho. Os resultados do inquérito referentes à percepção dos cirurgiões-dentistas sobre adequação de sua formação para a realização dos procedimentos individuais, podem reforçar a identificação das necessidades.

Aliadas a estas questões devem ser consideradas as condições de trabalho para a realização desses procedimentos. Os dados sugerem a necessidade de apropriação por parte dos outros profissionais da equipe, da complexidade e sofisticação intrínsecas aos procedimentos técnicos individuais do trabalho em Saúde Bucal, pois ficou claro que este desconhecimento gera

conflitos e incômodos que interferem no planejamento e organização das ações.

Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

A atenção integral demanda articulação entre ações preventivas e curativas e ações individuais e coletivas. Para tal, o cirurgião-dentista precisa superar a contradição entre ações orientadas para a prevenção ou cura, entre atenção ao indivíduo ou grupos, ao ampliar sua compreensão sobre processo saúde-doença. Na percepção dos cirurgiões-dentistas, apesar das ações de prevenção e promoção em saúde coletivas e individuais serem reconhecidamente necessárias, impõe-se uma sobrecarga de atendimento curativo individual sobre as ações de caráter coletivo. Isto se deve à pressão exercida pela população e por outros membros da equipe de saúde.

Os cirurgiões-dentistas estão atentos à comunicação e ações educativas, tanto na relação com a comunidade como com a própria equipe de saúde, num processo de localizar a importância da assistência clínica individual no contexto das ações coletivas de prevenção e promoção de saúde, fundamentais para a melhoria nos indicadores de saúde bucal. O planejamento dessas ações deve ser negociado com a equipe e discutido com a comunidade, e o cirurgião-dentista precisa ter clareza sobre critérios para o desenvolvimento de ações coletivas, agendamento clínico de indivíduos e famílias, com ênfase de determinados grupos. Para tal, a troca com os demais membros da equipe e a interação interdisciplinar é imprescindível, na medida em que os núcleos específicos de competência auxiliam no esclarecimento de razões e argumentos, na

formulação de um projeto comum de cuidado à saúde da população. A necessidade de subsídios para que os cirurgiões-dentistas possam melhor argumentar e negociar ênfases com a equipe e a população, apontam conteúdos a serem apropriados no âmbito da Educação Permanente.

Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

O “Levantamento de Condições de Saúde Bucal da população Brasileira – SB Brasil – 2003” (MS, 2003) apontou a necessidade de organização da atenção de média complexidade em Saúde Bucal no país. Visando corrigir distorções na aplicação dos recursos e ampliar o acesso, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (2004), vem incentivando a criação de Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) em todas as regiões do país, de acordo com os planos municipais e estaduais de saúde. O Município de Petrópolis prevê inaugurar um CEO em março de 2007, portanto o momento é promissor para ampliar a discussão local sobre critérios para referência e organização de fluxogramas para cada especialidade.

Problemas enfrentados pelos cirurgiões-dentistas em relação à referência e contra-referência como: falta de consensos em relação a critérios de encaminhamento para algumas especialidades, devem ser levados em consideração, subsidiando a pactuação local a partir da identificação de necessidades e prioridades. Por outro lado, ao encaminharem os usuários para outros níveis de complexidade do Sistema de Saúde, os cirurgiões-dentistas devem ter condições de seguimento do tratamento do usuário, durante todo o seu percurso pelo sistema. Os dados revelaram pouca interlocução dos cirurgiões-dentistas do PSF com os cirurgiões-dentistas que atuam em outros níveis de complexidade, na maioria dos casos precisando recorrer à busca ativa realizada pelos ACS, para obter informações em relação ao tratamento realizado.

Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

Ações coletivas orientadas para a promoção e prevenção são realizadas regularmente pelos cirurgiões-dentistas, mas o estudo sugere que seu desenvolvimento não está necessariamente articulado com diagnóstico epidemiológico e identificação de necessidades locais. A otimização no desenvolvimento dessas ações, como por exemplo daquelas direcionadas a grupos vinculados aos programas de saúde (hipertensos, diabéticos, crianças e grupos escolares) reforça o investimento de recursos em oportunidades de reflexão e capacitação da equipe para desenvolvimento de práticas educativas, assim como identificação de necessidades mediante diagnóstico coletivo.

Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

Na percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o processo de trabalho em saúde, integrar ações de assistência clínica e ações coletivas com os demais membros da equipe de saúde é um dos maiores desafios na construção da atenção integral à saúde da população. A Educação Permanente neste sentido pode contribuir aproximando os diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho das USF, permitindo desta forma troca de saberes e informações entre as diferentes categorias profissionais. Essa aproximação propicia melhor compreensão sobre o trabalho baseado em diferentes núcleos de saber, facilitando a conformação de um campo em que os profissionais elaborem seus projetos de cuidado a partir de uma compreensão ampliada das atribuições específicas e daquelas comuns a todos os membros da equipe.

Contribuir e participar de atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.

Esta atribuição vem reforçar a discussão realizada no item anterior. Não apenas o cirurgião-dentista, mas todos os profissionais da Equipe de Saúde podem contribuir no desenvolvimento de propostas de Educação Permanente que estejam relacionadas com seus núcleos específicos de atuação. Os cirurgiões-dentistas referem a necessidade de uma compreensão maior por parte dos outros membros da equipe em relação às especificidades do processo de trabalho em Saúde Bucal. Na Educação Permanente em Saúde, as estratégias pedagógicas são contextualizadas a partir da singularidade dos casos, dos profissionais, das equipes, se constituindo em processos educativos que nascem articulados a determinados diagnósticos coletivos sobre o processo de trabalho. Avanços nesta direção serão mais expressivos na medida em que os cirurgiões-dentistas se percebam e sejam tratados como sujeitos do processo de reconstrução e reformulação do modelo de atenção a saúde.

É neste intuito que o presente estudo procurou iluminar uma parte da prestação de serviços de Saúde Pública, ainda muito pouco visível, que é a Saúde Bucal. Apesar do PSF trazer uma proposta de radicalizar na ampliação de cobertura a todas as faixas etárias e a todos os tipos de problemas, identificamos que na esfera da Saúde Bucal no PSF, mantém-se tendências do modelo histórico de atendimento preferencial a crianças, adolescentes e grupos escolares. No entanto, os dados sugerem que os cirurgiões-dentistas possuem um grau de reflexão bastante sofisticado, repercutindo em mudanças nas práticas. Entretanto a visibilidade que isto tem ainda é baixa.

A partir de suas perspectivas, existe um afastamento involuntário dos cirurgiões-dentistas em treinamentos e debates, devendo estar sempre “correndo atrás” para participarem dos espaços de diálogo constituídos, que priorizam por vezes outros membros das equipes. A interlocução

informal entre cirurgiões-dentistas que estão há mais tempo no PSF e os mais novatos vem sendo fundamental para a problematização do processo de trabalho, facilitando a compreensão dos problemas de uma forma mais rápida. No entanto alguns avanços são sugeridos, pois a percepção de alijamento em relação aos treinamentos e capacitações aparece mais nas falas dos cirurgiões-dentistas mais antigos no PSF. Foi ressaltada a importância da supervisão funcionar como retaguarda e ponte estratégica entre os profissionais, e destes com a Secretaria de Saúde, no sentido da definição de atribuições e responsabilidades, bem como de incentivos, que permitam aos que atuam na periferia do sistema manterem-se conectados com as instâncias de tomada de decisões.

Percebem-se avanços no processo de Educação Permanente em desenvolvimento no município, numa dinâmica em que a integração do aparelho formador com o serviço vem se renovando através da formulação de estratégias que busquem uma aproximação cada vez maior entre diferentes setores. E o presente estudo, aproveitando o momento promissor, visa contribuir com este processo, proporcionando maior visibilidade das perspectivas dos cirurgiões-dentistas que atuam no PSF de Petrópolis, e refletindo sobre suas impressões, inquietações e expectativas em relação às suas práticas e condições de trabalho.

A partir de tais perspectivas foram identificadas tendências que podem nortear estratégias de EP para o aprimoramento do processo de trabalho no PSF em Petrópolis. Estas incluem:

a) Métodos e ferramentas para orientarem o cirurgião-dentista no sentido a equacionar a grande demanda por assistência e a necessidade do desenvolvimento de ações coletivas, preventivas, educativas e promocionais;

b) Apropriação de instrumentos e referências que apontem para as competências do cirurgião-dentista, suas atribuições e responsabilidades de acordo com a lógica estabelecida pelo

PSF;

c) Estabelecimento de consensos e metas, negociação sobre registros, uso de informações, interpretação de indicadores, e estabelecimento de indicadores locais em saúde bucal;

d) Organização do trabalho de forma integrada com os outros profissionais, discutindo atribuições e responsabilidades dos diferentes atores envolvidos no processo de trabalho;

e) Melhorar relações intersubjetivas no trabalho em equipe e incorporar saberes que ampliem a perspectiva sobre o objeto do trabalho em saúde, historicamente construído.

A Educação Permanente se operacionaliza de forma ascendente a partir da análise coletiva do processo de trabalho, possibilita a construção de estratégias pactuadas e contextualizadas, no diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas ao nível loco-regional. O presente estudo visou contribuir com a Educação Permanente no Município de Petrópolis, a partir das perspectivas dos cirurgiões-dentistas sobre o processo de trabalho em Saúde Bucal no PSF. Para maior refinamento de programas de EP que visem aperfeiçoar e integrar o trabalho em Saúde Bucal no âmbito do PSF, seria interessante investigar perspectivas de outros profissionais da equipe, inclusive os auxiliares e agentes de saúde, bem como ouvir de forma sistemática a população usuária e a gestão dos serviços, cruzando diferentes olhares na direção de um modelo de atenção integral a saúde, e produzindo falas nas quais a boca aparece como lugar de afirmação da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, A. C. Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 155-162.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- ARAÚJO, M.E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 179-182, 2006.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOTAZZO, C. **A Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 1994.
- BOTAZZO, C.; FREITAS, F.T. **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: UNESP, 1998.
- BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: GARCIA, Danielle do Valle (Org.) **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ; ANS; UNESCO, 2005.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES**, 3-19 fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília, 2006. 409p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. **Norma Operacional de Assistência a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília, 2004.
- BRASIL. **Portaria nº 267/GM de 6 de março de 2000**. Brasília, 2000.
- BRASIL. **Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.
- BRASIL. **Portaria nº 95/SAS de 14 de fevereiro de 2006**. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 493/GM de 10 de março de 2006**. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007**. Brasília, 2007.
- BRASIL. SB Brasil: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. **Informe da Atenção Básica**, ano 5, n. 23, jul./ago., 2004.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília/DF, 1997.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMARGO JR, K. R., 2000 "Apresentando **Logos**: um gerenciador de dados textuais." **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, 1:286-287, Rio de Janeiro.
- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, 2003. p. 35-44.
- CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Saúde da Família: SUS – Campinas**. Campinas, 2001. Mimeografado.
- CAMPOS, C. E. A. O desenvolvimento da integralidade segundo a perspectiva da vigilância à saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 8, 2000.
- CARVALHO, C. L.; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de Odontologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 43-57, nov. 1997.

- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, out./dez. 2005.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CHAVES, M. M. **Odontologia social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.
- Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3., 2004, Brasília. Anais.147p.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Perfil do cirurgião-dentista no Brasil**: pesquisa encomendada pelas entidades nacionais de odontologia: ABO, ABENO, ACBO, FIO, FNO, realizada pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas socioeconômicas/ INBRAPE, 2003.
- CORDÓN, J. A. P. **A Inserção da odontologia no SUS**: avanços e dificuldades. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 1998.
- COSTA, I. C. C. et al. Investindo na promoção da saúde: Programa de Saúde da Família (PSF) e Agente Comunitário de Saúde (PACS), uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. **Revista da Aboprev**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, nov.1998.
- COSTA, I. C. C, MARCELINO, G.; SALIBA, N. A. Perspectivas de um grupo de alunos de odontologia sobre a profissão no terceiro milênio. **Revista da Aboprev**, v. 2, n. 1, p.38-44, 1999.
- DIAS, A. A. et al. Saúde bucal coletiva e legislação à luz da construção de um novo modelo de atenção. In: Dias, A. A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje, problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.
- FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.18, p. 489-506, set./dez. 2005.
- HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.) **Educación permanente del personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

- HANSEN, L. M. M. **Atendentes de consultório dentário: interações entre formação, prática e condições de trabalho.** 2002. 107f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Rio Grande do Norte, 2002.
- IBGE. **Indicadores e Dados Básicos – IDB, Brasil, 2005.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 22 de maio de 2006.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD – 1998.** Rio de Janeiro,
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago. 2005.
- MATOS, P. E. S.; TOMITA, N.E. A inserção da saúde bucal na Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2004.
- MATTOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe.** 2006. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MATTOS, R. A. D. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Ed.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro. UERJ; ABRASCO, 2001. p. 180.
- MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (Org.), **Agir em saúde: um desafio para o público,** São Paulo: Hucitec; 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. 269p.
- MISHIMA, S. M. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova?: uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, n. 54, p. 66-74, 2000.
- MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso.** 1998. 227f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde)- Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 199
- MOYSÉS, S. O conceito de promoção de saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: KRIGER, L. (Org.) **Promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 371-407.

- MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em odontologia. **Pro-Posições**, v. 14, n. 1, p. 40-74, 2003.
- MOYSÉS, S. J. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em saúde bucal no Brasil. In: GARCIA, D. V. (Org.) **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABO-RJ; ANS; UNESCO, 2005.
- MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A.D. et al (Org) **Os dizeres da boca em Curitiba**. Rio de Janeiro: Cebes, 2002.
- NARVAI, P.C. Está ocorrendo um declínio de cárie no Brasil? **Jornal da Associação Brasileira de Odontologia Preventiva**, Rio de Janeiro, ano VII, p. 12, 1996.
- NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 180p.
- NARVAI, P.C. Recursos humanos para promoção de saúde bucal. In: KRIGER L. (Org.) **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 449-463.
- NARVAI, P.C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** Oficina do Grupo de Trabalho “Odontologia em SILOS – Sistemas Locais de Saúde”. Rede Cedros, 1992. Mimeografado.
- NETO, O.C. et al. **Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho nos serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.) **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: OPAS/Representação do Brasil, 2000. p 59-63.
- OLIVEIRA, A. G. R. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. II, n. I, p. 9-14, jan./mar. 1999.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, 2006.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.
- PEREIRA, D. Q; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da

saúde individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

- PETERSEN, P. E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H.; ESTUPINAN-DAY, S.; NDIAYE, C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, n. 83 p. 661-669, Sept.2005. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/661.pdf>>. Acesso em 14 de março de 2006.
- PINTO, V. G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000**: diagnóstico e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993.
- PUSTAI, O. P. O sistema de saúde no Brasil. In: DUCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Modelos ambulatoriais**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
- RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.12, p.39-44, jul. 1996.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
- SHEIHAM., A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 644-645, Sept. 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf>>. Acesso em 14 de março de 2006.
- SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Boletim do Programa de Saúde da Família**, dez. 2002.
- TEIXEIRA, M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.
- TEIXEIRA, M. C. B.; VALENÇA, A. M. G. A importância da educação em saúde no ensino universitário: o caso da odontologia. **Revista Fluminense de Saúde Coletiva**, v. 3, p. 7-33, 1998.
- VOLSCHAN, B. C. G. et al. Perfil do profissional de saúde da família. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 59, n. 5, p. 314-316, set-out. 2002.
- WATT, R G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Public Health Reviews. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 661-669, Sept. 2005 Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/661.pdf>>. Acesso em 14 de março de 2006.

- WEYNE, S. C. A Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.) **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

WERNECK, M. A. F. et al. **Algumas reflexões sobre o cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil** (versão preliminar). Belo Horizonte, 2003. Mimeografado.
- WERNECK, M. A. F.; FERREIRA, R. C. Tecnologia em saúde bucal. In: PINTO V. G. (Org.) **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. p. 278-91.
- WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, n. 34(b), p. 47-61, 2000.
- WILKINSON, R.; MARMOT, M. **Social determinants of health: the solid facts**. 2nd ed. WHO Regional Office of Europe. Copenhagen, 2003. Disponível em: <<http://www.who.dk/document/e81384.pdf>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2006.
- ZANETTI, C. H. G. **A crise e a perda da sustentabilidade da odontologia brasileira: perspectivas para uma agenda brasileira da saúde bucal**. Ensp, Fiocruz, 2000. Anteprojeto de Tese.
- ZANETTI, C.H.G. **As Marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. 1993. Dissertação (Mestrado)-Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1993.
- ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A.U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de uma programação local em saúde bucal mais resolutiva no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 13, jul.

ANEXO 1**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa "PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL E NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: A EXPERIÊNCIA DO PSF NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS" desenvolvida por Norma de S. Thiago Pontes para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras e com as instituições envolvidas.

A pesquisa proposta acima tem como objetivo principal conhecer o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no município de Petrópolis a partir das perspectivas dos profissionais e identificar as tendências no manejo de situações-problema emergentes. Haverá duas fases de coleta de dados. A primeira consistirá na resposta a um questionário e a segunda consiste em uma entrevista em grupo que será registrada manualmente e gravada em fitas cassete, sendo os entrevistados identificados por código por ordem de entrada no debate. Os dados poderão ser utilizados em apresentações em eventos científicos e publicação em periódico especializado. O anonimato dos participantes é garantido e não serão divulgados dados considerados confidenciais. Sua participação não será remunerada e nem haverá nenhum gasto de sua parte. Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos junto à

orientadora do trabalho, Prof Adriana Aguiar pelo telefone (21)32316135 ou pelo e-mail adriana.aguiar@post.harvard.edu.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadoras Norma de S. Thiago Pontes (Mestranda) e Adriana Cavalcanti de Aguiar (Orientadora), dos procedimentos que serão utilizados, concordando em participar da entrevista em grupo. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Rio de Janeiro , 14 de agosto de 2006

Assinatura: _____

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL - UERJ**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Venho solicitar à Coordenação do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis autorização para a realização da pesquisa "PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL E NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: A EXPERIÊNCIA DO PSF NO MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS" desenvolvida por Norma de S. Thiago Pontes para fins de obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

A pesquisa proposta acima tem como objetivo principal conhecer o processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis a partir das perspectivas dos profissionais e identificar as tendências no manejo de situações-problema emergentes. Haverá duas fases de coleta de dados. A primeira consistirá na resposta à um questionário e a segunda consiste em uma entrevista em grupo que será registrada manualmente e gravada em fitas cassete, sendo os entrevistados identificados por código por ordem de entrada no debate. Os dados poderão ser utilizados em apresentações em eventos científicos e publicação em periódico especializado. O anonimato dos participantes é garantido e não serão divulgados dados considerados confidenciais. A participação dos mesmos não será remunerada e nem haverá nenhum gasto da parte deles.

Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos junto à orientadora do trabalho, Prof Adriana Cavalcanti de Aguiar pelo telefone (21)32316135, ou pelo e-mail adriana.aguiar@post.harvard.edu

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____, RG _____,

Coordenadora do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis, declaro que li as

informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadoras Norma de S. Thiago Pontes (Mestranda) e Adriana Cavalcanti de Aguiar (Orientadora), dos procedimentos que serão utilizados, autorizando a realização da pesquisa. Petrópolis 11 de agosto de 2006

Assinatura: _____

ANEXO 2 – INQUÉRITO

1) Em relação às atividades que você desenvolve no PSF, por favor informe:

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS

	Assinale com um X os procedimentos que realiza	Como avalia a adequação da sua formação para a atividade? O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente		Como avalia a adequação das condições de trabalho para a realização adequada do procedimento? O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente	
		Ótima e Boa	Regular Insuficiente	Ótima e Boa	Regular e insuficiente
1.1. Primeira Consulta Odontológica Programática					
1.2. Aplicação terapêutica intensiva de flúor					
1.3. Aplicação de selante					
1.4. Controle de placa bacteriana					
1.5. Escariação					
1.6. Raspagem, alisamento e polimento					
1.7. Curetagem supra-gengival e polimento dentário					
1.8. Selamento da cavidade com cimento provisório					
1.9. Capeamento pulpar direto em dente permanente					
1.10. Pulpotomia em dente decíduo ou permanente					

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS – CONTINUAÇÃO					
1.11. Restauração de amálgama de uma face					
1.12. Restauração de amálgama de duas ou mais faces					
1.13. Restauração fotopolimerizável de uma face					
1.14. Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces					
1.15. Restauração com ionômero de vidro de uma face					
1.16. Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces					
1.17. Exodontia de dente decíduo					
1.18. Exodontia de dente permanente					
1.19. Remoção de resto radicular					
1.20. Tratamento de alveolite					
1.21. Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência					
1.22. Ulotomia					
1.23. Ulectomia					
1.24. Glossorrafia					
1.25. Pulpectomia em dente decíduo ou permanente					
1.26. Necropulpectomia em dente permanente ou decíduo					

PROCEDIMENTOS COLETIVOS					
	Assinale com um X os procedimentos que realiza.	Percepção sobre adequação da própria formação para tal O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente		Percepção sobre condições de trabalho compatíveis com a realização adequada dos mesmos O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente	
		Ótima e Boa	Regular e insufic.	Ótima e Boa	Regular e insuficiente.
1.27. Escovação bucal supervisionada					
1.28. Bochechos fluorados					
1.29. Aplicação Tópica de flúor (coletiva)					
1.30. Exame com finalidade epidemiológica					
1.31. Ação Coletiva de Educação em Saúde na USF					
1.32. Ação Coletiva de Educação em Saúde na Comunidade					
OUTRAS ATIVIDADES					
	Assinale com um X os procedimentos que realiza.	Percepção sobre adequação da própria formação para tal O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente		Percepção sobre condições de trabalho compatíveis com a realização adequada dos mesmos O: ótima, B:boa, R: Regular, I: Insuficiente	
		Ótima e Boa	Regular e insuficiente	Ótima e Boa	Regular e insuficiente.
1.33. Visitas Domiciliares					
1.34. Reuniões de Equipe					
1.35. Gerência e planejamento das ações de saúde					

2) Realiza outras atividade(s) além das citadas acima? () sim () não

Quais?

3) Há quanto tempo atua no PSF?

- () mais de dois anos
- () menos de dois anos

4) De acordo com a sua percepção, qual o percentual da demanda por atendimentos de urgências odontológicas que é resolvido na USF?

- a) No máximo 30%
- b) Entre 31 e 50%
- c) Entre 51 e 60%
- d) Mais de 70%

5) Como é organizado o atendimento das urgências odontológicas?

6) Em que situações você encaminha usuários para outros serviços para realização de procedimentos mais complexos?

() Necessidade de exame radiológico Em que circunstância(s) encaminha?

() Tratamento endodôntico. Em que circunstância(s) encaminha?

() Tratamento periodontal. Em que circunstância(s) encaminha?

() Cirurgia oral menor. Em que circunstância(s) encaminha?

() Odontopediatria. Em que circunstância(s) encaminha?

() Pacientes com necessidades especiais. Em que circunstância(s) encaminha?

() Patologia Oral. Em que circunstância(s) encaminha?

() Outros. Quais? Em que circunstância(s) encaminha?

7) No caso de encaminhamentos para outros serviços, você frequentemente obtém informações sobre os procedimentos adotados e os resultados obtidos? Sim () Não ()

Como obtém informações?

() Usuário é orientado a retornar à USF

() Especialista consultado envia informação por escrito

() Agente de Saúde realiza busca ativa

() Outros

Quais? _____

8) Na USF onde você atua quais são as atividades realizadas regularmente pelas ACDs?

ANEXO 3

TEXTO PARA ESTIMULAR O DEBATE DURANTE A REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

PARTICIPANDO DO PSF: UMA DENTISTA EM APUROS

A Dra. Bárbara acabou a faculdade de Odontologia com excelentes médias e decidiu dedicar-se à Endodontia. Começou um curso de especialização que duraria dois anos, mas estava preocupada pois pretendia casar-se com um colega de turma, e temia que o retorno financeiro do consultório fosse demorar muito. Soube por um amigo que o Município onde estudara estava selecionando dentistas para atuarem no Programa de Saúde da Família. Percebeu que o salário oferecido era compatível com seus planos de sair de casa e constituir família, e submeteu-se à seleção. Foi selecionada e lotada numa unidade de saúde da família cuja população adscrita tinha pouco acesso prévio a tratamento odontológico. Após um treinamento introdutório oferecido pelo Município, assumiu o cargo. Apesar do grande volume de atendimentos, estava contente com a possibilidade de praticar uma boa Odontologia e ajudar aquelas famílias. Com o passar do tempo, porém, o número de pacientes agendados não parava de aumentar. A Dra. Bárbara sentia-se pressionada pela comunidade e pelos demais membros da equipe para realizar uma quantidade muito grande de atendimentos que não permitia que ela estabelecesse um bom vínculo com os pacientes. Nas reuniões de equipe a Dra. Bárbara salientava que sentia-se sobrecarregada, mas a pressão só aumentava. A tensão piorou no dia em que outro membro da equipe cobrou seu maior envolvimento nas reuniões comunitárias e no planejamento e avaliação das ações da unidade. Naquele dia a Dra. Bárbara estourou e declarou que se sentia isolada e que não iria participar de tais atividades a menos que fossem reduzidos substancialmente o número de atendimentos odontológicos.