

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL E VIVÊNCIA DO CIRURGIÃO-
DENTISTA NA ESTRATÉGIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Yanne Pinheiro de Araújo

Natal – RN

2005

YANNE PINHEIRO DE ARAÚJO

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL E VIVÊNCIA DO CIRURGIÃO-
DENTISTA NA ESTRATÉGIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora:

Profa. Dra. Magda D. B. Dimenstein

Natal – RN

2005

A minha mãe, por todo amor, compreensão e apoio
em todas as decisões da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, que mesmo distantes, sempre se fizeram presentes na minha caminhada.

A Magda Dimenstein, pela paciência durante todo o período de orientação. Sua experiência foi fundamental na elaboração deste trabalho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Odontologia Preventiva e Social, que me guiam desde a graduação, por estarem sempre dispostos a ajudar e transmitir conhecimentos de maneira especial.

Aos integrantes da Faculdade de Odontologia, por proporcionarem um ambiente acolhedor e fraterno.

Aos cirurgiões-dentistas das unidades visitadas, pela atenção e disponibilidade com a coleta de dados.

A Luana Araújo, Ewerton Brito e José Ferreira Júnior, pela amizade, troca de experiências e apoio na consecução deste trabalho.

A Samara Macêdo, pelo incentivo e apoio incondicionais, fundamentais para a edificação dessa aspiração.

Aos amigos que, direta ou indiretamente, compartilharam todos os momentos vividos na elaboração desta Dissertação.

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo analisar o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF) de municípios do Rio Grande do Norte, buscando conhecer e compreender a maneira como estes experienciam o trabalho que desenvolvem neste Programa. Esta discussão envolve uma reflexão a respeito das perspectivas da consolidação do PSF e dos avanços possíveis do Sistema Único de Saúde no país. A população que fez parte da pesquisa foi composta de Cirurgiões-Dentistas que estavam trabalhando no PSF no Estado do Rio Grande do Norte. Foram realizadas 21 entrevistas orientadas por um roteiro semi-estruturado com perguntas abertas e composta de dados de identificação. Optou-se por gravar a fala dos profissionais, tendo em vista uma melhor fidelidade da coleta de informações. Os principais resultados encontrados foram: predominância do sexo feminino; maioria dos entrevistados sem pós-graduação, sendo que, aqueles que a possuem, não há relação com a saúde pública ou coletiva; os cirurgiões-dentistas têm perfil voltado para a atividade clínica; e os mesmos desenvolviam atividades básicas de dentística, periodontia básica, cirurgia simples e atividades preventivas e educativas, embora realizadas de maneira tradicional (palestras e aplicação de flúor). Apontaram como dificuldades a falta de materiais, estrutura física inadequada, falta de transporte para localidades distantes, falta de integração com a Equipe de Saúde da Família, dificuldade técnica para realização de atividades educativas e preventivas e de atendimento à demanda reprimida. Os resultados apontam que há necessidade de motivá-los a refletir e redirecionar as suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Inserção, PSF, Formação Profissional.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the working profile of dentists from the Family Health Program (PSF – Programa de Saúde da Família, Brasil) of some Municipal Districts of Rio Grande do Norte (Brazil) in order to understand the way they handle the experience acquired with the work developed in that Program. This discussion evolves a reflection about the perspectives of consolidation of the FHP as well as the possible advancements of the Brazilian Unified Health System (SUS - Sistema Único de Saúde). The target population was composed of dentists from the FHP of Rio Grande do Norte. Thus we performed twenty-one interviews orientated by a semi-structured guidebook with open questions and identification data. We opted for recording the speech of all the professionals in order to ensure the accuracy of the information gathered. The main results found were: predominance in the female gender; the majority of dentists has no post graduation courses; in those few cases of dentists with some post-graduation a lack of correlation with Public or Collective Health was observed; the dentists interviewed present a profile directed to clinical activities; the dentists used to develop basic restorative and periodontic treatment, simple surgeries and educative and preventive activities, even though the last two ones are carried out in an extremely traditional way (lectures and topical application of fluoride). In addition, as biggest difficulties to manage the work dentists pointed out the lack of permanent and consumer material, inadequate infrastructure, no transport to take them to distant places, no integration with the Health Family Team, technical difficulty such to perform educative and preventive activities as to provide adequate service to a repressed lawsuit. The results indicate the existence of a necessity to lead them to reflect and redirect their practices. In order to reach this aim it must be considered as initial measure the investment and encouragement toward to permanent education as well as a close follow-up and evaluation of the actions developed by them.

KEY-WORDS: Insertion, FHP, Professional formation

LISTA DE SIGLAS

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
CEFOPE	Centro de Formação para os Serviços de Saúde do Rio Grande do Norte
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPO	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
URSAP	Unidade Regional de Saúde Pública

SUMÁRIO

RESUMO	04
ABSTRACT	05
LISTA DE SIGLAS	06
INTRODUÇÃO	08
1 OBJETIVOS	11
2 A INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	12
3 O MERCADO DE TRABALHO NA ODONTOLOGIA E SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DO PSF	18
4 A FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL E SUA RELAÇÃO COM O ENSINO EM SAÚDE	20
5 INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO RIO GRANDE DO NORTE	29
5.1 A Equipe de Saúde Bucal como Parte Fundamental do PSF	31
5.2 Estrutura e Organização do Trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF	34
5.2.1 Procedimentos Clínicos.....	34
5.2.2 Ações Educativas e Preventivas.....	34
5.2.3 Atendimento Odontológico a Grupos Prioritários.....	39
5.2.4 Humanização das Práticas de Saúde.....	43
6 METODOLOGIA	47
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
7.1 Caracterização dos Participantes	49
7.2 Atuação Profissional e Vivência no PSF.....	54
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	86
ANEXOS	94

INTRODUÇÃO

A escolha do tema desenvolvido nesta pesquisa surgiu a partir das inquietações vividas pela autora durante o seu exercício profissional no Programa de Saúde da Família (PSF) em um município de pequeno porte, no Estado do Rio Grande do Norte, onde esta vivenciou diversas situações relacionadas ao processo de trabalho, à atuação enquanto membro da equipe do PSF, ao relacionamento com a comunidade e às políticas desenvolvidas pela gestão municipal, entre outras questões que permeiam o trabalho do cirurgião-dentista neste programa.

Havia também, na época que se pensou em desenvolver esta pesquisa, poucos trabalhos relacionados à Saúde Bucal no PSF; e dos que existiam, eram voltados para a análise de questões relacionadas à melhoria das condições de Saúde Bucal da população após a implantação do programa ou centradas em análise de procedimentos odontológicos. Havia carência de pesquisas que mostrassem de que maneira o cirurgião-dentista estava se inserindo e atuando no PSF e de como estava vivendo essa experiência.

Para contextualizar a pesquisa em questão, é necessário, pois, uma breve introdução sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, com o objetivo de reduzir da disparidade existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade concreta de oferta de ações de serviços públicos à população brasileira e tendo como diretrizes: a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade.

Durante anos, foram estabelecidos vários modelos de atenção à saúde no país e o SUS sofreu inegáveis transformações. Em 1994, o Ministério da Saúde institucionalizou o PSF, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial vigente, revertendo a forma da prestação de assistência à saúde que organizava a atenção básica. Porém, o cirurgião-dentista ainda não estava inserido nessa nova proposta.

Em 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família. Com este acontecimento, a integralidade dos cuidados, passo importante na observância dos princípios do SUS, pôde ser praticada.

Souza e colaboradores⁶⁵ conceituam o PSF como uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção e voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Referem, que este programa, criado pelo Ministério da Saúde, pretende reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS.

Este programa se constitui atualmente numa fonte de emprego em expansão para o cirurgião-dentista no Brasil. Porém, ainda não há um critério claro de seleção desses profissionais, que são escolhidos, na maioria das vezes, por afinidade com o gestor do município que dispõe da vaga. O cirurgião-dentista selecionado vê-se freqüentemente diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer as suas atividades, pois estes receberam uma educação voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, dando pouca ênfase a fatores sócio-econômicos e psicológicos no processo saúde-doença e ao desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Dentre as atividades exercidas pelos dentistas no PSF estão as ações preventivas e educativas. Este, independente do tempo de formado, na maioria das vezes não está preparado para essas atividades, realizando-as de maneira inadequada. A população reage imediatamente, ávida pelo tratamento curativo, resistindo a cada palestra, a cada reunião.

Observa-se atualmente, tanto no Brasil como no Rio Grande do Norte, uma expansão das ESBs no PSF, porém a inclusão do dentista em alguns municípios está se dando de maneira desorganizada, sem planejamento por parte da gestão, o que acarreta apenas num 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.

Nessa perspectiva, esta pesquisa procurou estudar o processo de implantação das ESB no PSF do Estado do Rio Grande do Norte, no intuito de entender como o dentista está se inserindo nesse programa e de como está vivendo esse processo, pois há necessidade dessa compreensão, para que haja uma avaliação e elaboração de estratégias no sentido de melhorar sua qualificação e suas condições de trabalho. Dessa maneira, favorecendo o desenvolvimento das suas atividades com maiores benefícios para a população. Esta discussão envolve uma

reflexão a respeito das perspectivas da consolidação deste programa e dos avanços possíveis do Sistema Único de Saúde no país.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral

O objetivo desta pesquisa foi analisar o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos no PSF de municípios do Rio Grande do Norte, buscando conhecer e compreender a maneira como estes experienciam o trabalho que desenvolvem no PSF.

1.2. Objetivos Específicos

- Conhecer as condições de inserção de dentistas no PSF, mapear as atividades desenvolvidas e identificar as dificuldades profissionais e pessoais vividas no dia-a-dia;
- Discutir os modos específicos de viver a experiência de inserção no PSF entre profissionais que residem e os que não residem nos municípios em que trabalham.

2. A INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Com o objetivo de reorientar o modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde instituiu em 1994 o PSF. Esta estratégia propõe uma nova dinâmica para reestruturação dos serviços de saúde, bem como a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial.

O SUS adota o compromisso de oferecer assistência universal, integral, equânime, continuada e resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre em consonância com suas reais necessidades, coligando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma adequada.

O PSF envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem buscado a reorganização da atenção básica, incorporando os princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Dentre as diretrizes e normas, destacam-se: o caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde (UBS), buscando atendimento integral à família, adscrição da população (territorialização), programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial, estímulo à participação e controle social, educação permanente dos profissionais e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação³⁹.

Quando começou o programa, as ESFs eram compostas por 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) auxiliar de enfermagem e de 04 (quatro) a 06 (seis) agentes comunitários de saúde (ACS). Entretanto, tal estratégia não contava com a participação do Odontólogo. Cada equipe de saúde da família (ESF) é então responsável por 2.400 a 4.500 pessoas e o atendimento destas pode acontecer na unidade básica de saúde (UBS) ou no domicílio. Com a ida do profissional à residência, estes e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o entendimento dos problemas de saúde da comunidade. A partir daí focalizou-se a família como unidade de ação programática em saúde, e não somente o sujeito, sendo introduzida a noção de área de cobertura por família.

Considerando as condições de saúde bucal da população, na perspectiva de prestar um atendimento integral, melhorar os índices epidemiológicos nesta área, e ampliar o acesso dos

serviços odontológicos, é criado o incentivo de saúde bucal em 2000, através da Portaria nº 1.444/GM, que é destinado ao financiamento de ações e à inserção de profissionais desta área no PSF; e em março de 2001, a Portaria nº 267/GM, que regulamenta a aprovação das normas e diretrizes da inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Esta inserção pode ser dada por meio da modalidade I, englobando 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) auxiliar de consultório dentário (ACD), ou através da modalidade II, agregando a estes profissionais 01 (um) técnico de higiene dentário (THD). A carga horária de trabalho deverá ser de 40 horas semanais e cada ESB deverá atender em média 6.900 habitantes ⁴¹.

Atualmente, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 673/GM de 03 de junho de 2003, já repassa o incentivo de saúde bucal para os municípios que optarem por estabelecer o critério de uma equipe de saúde da família para cada equipe de saúde bucal, no entanto, observamos que a maioria dos municípios brasileiros não está implantando esses novos critérios.

A inclusão do cirurgião-dentista no PSF proporcionou a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica ⁴¹, que tem como objetivos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população;
- Assegurar o acesso progressivo a todas as famílias da sua área de abrangência às ações de promoção, prevenção e curativo-restauradoras;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal inseridos no PSF;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas de acordo com os princípios do PSF .

Dentre as bases para reorientação das ações de saúde bucal ⁴¹ estão :

- O caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas pelas unidades básicas de saúde;
- A adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- A integralidade da assistência prestada a esta população;
- A articulação com os serviços de maior complexidade, através da referência e contra-referência;
- A definição da família como núcleo central da abordagem;

- A humanização do atendimento;
- A abordagem multiprofissional;
- O estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- A educação permanente dos profissionais e o acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

O incremento do pessoal auxiliar em saúde bucal, representado pelos ACDs e THDs, no PSF proporcionará uma melhoria na qualidade do atendimento e no desenvolvimento das ações coletivas, portanto, é necessário criar condições para o desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos nessa prática. Apoiando esse pensamento, tem-se que:

As políticas de saúde bucal do SUS buscam favorecer a transformação da prática odontológica por meio de incorporação de pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas de saúde, visando alterar suas características epidemiológicas e obter impacto na cobertura da população e na construção da cidadania⁵⁵. (p. 123).

Para que os dentistas que entrassem no PSF tivessem um direcionamento de como executar as suas ações, o Ministério da Saúde⁴⁷ preconizou as atribuições específicas do cirurgião-dentista do PSF, que são:

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;
- Realizar procedimentos clínicos definidos na NOB/SUS 96 (Norma Operacional Básica) e na NOAS/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde);
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar usuários, que apresentem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação de tratamento;
- Realizar atendimento de primeiros cuidados nas urgências;

- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar ações de assistência coletiva, assistindo famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com o plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Supervisionar o trabalho do ACD e THD;
- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) os procedimentos realizados.

Com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB 01/06) pelo Ministério da Saúde, a estruturação da atenção básica, ampliação e organização da rede pública começaram a ser efetivadas, e, além de proporcionarem o máximo de transferências financeiras para estados e municípios, também fortaleceram os gestores locais. Posteriormente, em janeiro de 2001, foram publicadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) com a finalidade de promover maior equidade na adoção de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis da atenção e da organização dos serviços da atenção básica através da regionalização, apresentando estratégias intermunicipais para o acesso aos serviços básicos de saúde ⁴⁵.

Estas Normas Operacionais favoreceram a ampliação do acesso da população, não unicamente ao nível primário da atenção, mas também ao secundário e terciário, através da criação de Centros Especializados de Odontologia, servindo de referência para vários municípios.

A vigilância da saúde, princípio almejado pelo PSF, é um tema vital na orientação das práticas da saúde, que expressa a assistência integral, na qual deverá estar pautada a compreensão de todas as ocasiões ou influências do processo saúde-doença, traduzidas

especialmente na oferta de ações promocionais e preventivas, sem, entretanto, descuidar da atenção curativa e reabilitadora.

O acompanhamento das condições de saúde da população é basilar para a idealização de ações que realmente proporcionem resultados intensos. Com esse intuito, em 2002 e 2003 foi concretizado o SB Brasil, pesquisa que envolveu 250 municípios do Brasil e que apresentou informações relativas ao perfil de saúde bucal do país. Segundo dados desta pesquisa, mostrado pelo Ministério da Saúde ⁴⁶, o Brasil atingiu a meta para a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2000, com relação à cárie dentária, que era de 3,0 de CPO-D aos 12 anos. Porém, o Nordeste não chegou a essa meta, provando que o declínio da cárie ainda está acontecendo de maneira desigual na população brasileira, pois atinge com mais amplitude as áreas com população social e economicamente desfavorecidas.

Inclusive, pôde-se verificar neste estudo que a percentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade foi, respectivamente, 46,2%, 21,9% e 7,9%, sugerindo que este problema aumenta assustadoramente com a idade. Um dos maiores objetos de discussão de saúde bucal no Brasil é a ocorrência do edentulismo em adultos, reflexo da prática curativo-mutiladora que ainda vigora. Na região Nordeste, de acordo com números do Ministério da Saúde ⁴⁶, 37,36% dos indivíduos de 35 a 44 anos necessitam de prótese superior e 77,14% de prótese inferior. Na faixa etária compreendida entre indivíduos de 65 a 74 anos, 38,36% necessitam de prótese superior e 62,62% de prótese inferior.

Esta pesquisa teve fundamental relevância para o entendimento das carências de saúde bucal da população brasileira e favoreceu cada município pesquisado, que passou a ter conhecimento acerca de detalhes sobre os problemas bucais das pessoas que ali residem, alertando para necessidade de priorização das ações em Odontologia com o intuito de beneficiar as pessoas mais susceptíveis a estes agravos.

Com intenção de transformar essa situação de saúde bucal, foi lançado pelo Ministério da Saúde o maior programa da história do país em termos de recursos financeiros para a Odontologia, o Brasil Sorridente. Esse programa tem como objetivos aumentar o incentivo das equipes de saúde bucal do PSF, distribuir insumos para as ESBs e a criar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), proporcionando o acesso da população ao tratamento endodôntico, radiologia, periodontia, cirurgia buco-maxilo facial e prótese.

Acrescenta Solla ⁶⁴ que, durante o ano de 2003, o Ministério da Saúde conferiu mudanças que dinamizaram a relação com os estados e municípios. Estas transformações foram importantes para os usuários do SUS, uma vez que permitiram a implantação de projetos e medidas que acresceram e melhoraram o acesso da população à rede pública de saúde.

Tais mudanças se refletiram na ampliação do número de ESBs, como menciona Solla ⁶⁴, que passaram de 4.320 em janeiro de 2003 para 6.367 em janeiro de 2004. Traduzindo, 26 milhões de pessoas eram assistidas pelas ESBs em janeiro de 2003 e a cobertura foi ampliada para 36 milhões de pessoas em janeiro de 2004. Dados do Ministério da Saúde provenientes do SIAB em 2003 ⁴⁸, também mostram a evolução das equipes de saúde bucal do PSF em termos numéricos, informando que no final de 2001 o Brasil possuía 2.248 equipes, em 2002, 4.261, 6.170 ESBs em 2003 e 8.812 em 2004.

A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes limitadas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Contudo, não se pode aceitar, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário apreciações relacionadas à qualidade oferecida pelas ações dos PSFs em desenvolvimento nos municípios brasileiros, especialmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho habituais ³.

3. O MERCADO DE TRABALHO NA ODONTOLOGIA E SUA INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DO PSF

A presente realidade do mercado de trabalho na Odontologia é um espelho da expansão acelerada dos seus cursos de graduação no Brasil, lançando um número cada vez maior de profissionais neste mercado. Isso induz a um avanço da pressão no mercado e tem como seqüela a diminuição da possibilidade de uma remuneração adequada nos espaços sociais.

O cirurgião-dentista, diante das incertezas que aceiram a profissão, começa a procurar alternativas como forma de se inserir no mercado de trabalho, muitas vezes, sujeitando-se a subempregos, sem direitos sociais e trabalhistas e com baixa remuneração. O recém-formado é o mais afetado, pois fica numa posição dramática, tendo que fazer um alto investimento e esperar um reembolso muito incerto.

Em 2002, através de um levantamento realizado pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), a situação dos cursos de Odontologia no Brasil mostrou que havia 148 cursos de Odontologia no Brasil, sendo 48 deles no Estado de São Paulo, além de 23 novos registros de cursos aprovados, mas não em funcionamento⁶². Outra pesquisa do INBRAPE²⁷ divulgou que 51% dos dentistas no Brasil em 2003 foram graduados em faculdades privadas, que são as instituições de ensino em maior desenvolvimento.

Esse crescimento desenfreado está tendo como conseqüência a diminuição da procura pelo curso de Odontologia nos exames vestibulares. Dados mostrados por Secco e Pereira⁶², expressam que somente 61,12% das vagas oferecidas para o 1º ano dos cursos são preenchidas atualmente, sugerindo um momento de crise para as faculdades de Odontologia, em razão de um mercado de trabalho saturado, fato análogo observado nas cidades de pequeno porte.

Com o aumento significativo do número de faculdades, ficou proporcionalmente maior a legião de dentistas jovens no contexto odontológico nacional; eles constituem uma geração formada e direcionada à necessidade constante de aprimoramento científico, mostrando-se geralmente ávidos por novos conhecimentos²³. Não seria a busca por conhecimentos e atualização²², nem a criação de novos cursos de Odontologia, Fernandes Neto citado por Jeunon²⁹, que solucionaria o elevado índice de prevalência das doenças da

cavidade bucal em certos grupos populacionais brasileiros. Primeiramente, deve-se mudar o paradigma cirúrgico-restaurador para o de promoção da saúde.

Na verdade, não se entende a lógica da autorização para o funcionamento de novas faculdades de Odontologia pelo Governo Federal, já que a população como um todo está desfrutando cada vez menos da tecnologia odontológica, pois a maioria possui baixo poder aquisitivo, e não tem acesso a esse tipo de serviço, ofertado, na maioria das vezes no consultório privado.

Seguindo esse entendimento, nada mais justo do que proporcionar acolhimento a essa população, com condições sócio-econômicas desfavoráveis e mais sujeitas aos problemas de saúde. É isso que o SUS procura fazer, através da ampliação do número de profissionais que trabalham no setor público, fato observado na última década, concomitante à expansão do Programa Saúde da Família.

Um dos setores que estão gerando mais emprego no Brasil na atualidade é o das atividades de prestação de serviços de saúde, conforme Santana, Campos e Sena⁶⁰. Esse fato nos reporta a discutir qual o papel do PSF nessa questão, pois esse programa tem proporcionado um incremento significativo do número de profissionais de saúde no serviço público, inclusive de cirurgiões-dentistas e ACDs. Porém, ainda é acentuada a proporção de CDs nos serviços privados, de acordo com pesquisa realizada pelo INBRAPE²⁷, em 2003 onde foi encontrado que 89,6% dos dentistas brasileiros relataram que sua situação profissional era de liberal autônomo, 26,2% de funcionário público e 11,1% de empregado privado.

4. A FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL E SUA RELAÇÃO COM O ENSINO EM SAÚDE

Para melhor entendimento deste Capítulo, faz-se necessário reportar ao estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos, publicado pelo médico Abraham Flexner, em 1910, que consolidou o paradigma da medicina científica, no qual orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX. Essas características ainda hoje são marcantes na educação superior, porém, o sucessivo desenvolvimento científico e tecnológico e a diversificação de possibilidades propedêuticas e terapêuticas, dirigiram a uma limitação do modelo que hoje ditamos como flexneriano ⁶⁰.

Esse paradigma biomédico também foi incorporado pela sociedade, e dessa forma, afirma Cordón ¹⁵, alienou o cirurgião-dentista no saber clínico, no prestígio e na técnica clínica, para ser consoante com o modelo hegemônico, apresentando uma convergência à especialização profissional, apresentada como determinante da prática odontológica, fazendo com que o profissional se isole cada vez mais da população, de uma visão integral e de totalidade social.

Machado e colaboradores ³² abordam esse assunto, e analisam que, se por um lado a atividade especializada aumenta o domínio e a competência num determinado campo de atuação, gerando melhor qualidade nos serviços ofertados à sociedade, por outro, leva cada vez mais à fragmentação do conhecimento e do processo de trabalho em que o profissional está inserido.

A ação direta dos profissionais da área médica trouxe reflexos de pequena proporção na melhoria de saúde da população, mesmo analisando os benefícios do alívio imediato do sofrimento e da dor. Na verdade, os maiores progressos em direção à saúde ocorreram muito mais por ações de grandes dimensões como saneamento, avanço da qualidade da higiene e da nutrição, do que por operação direta profissional. Entretanto, não se deve raciocinar que o avanço em direção à especialização só trouxe malefícios, um adequado exemplo desse assunto é progresso que o desenvolvimento epidemiológico vem ganhando nas últimas décadas, com reflexo na ampliação da informação a respeito das principais doenças bucais, contribuindo assim para fazer uma análise crítica do papel das profissões de saúde nessa assistência.

Segundo Marsiglia ³⁴, é de fundamental importância que o profissional saiba decidir o momento certo de usar a tecnologia, devendo sempre avaliar o custo/benefício da conduta, uma vez que a supervalorização do uso de tecnologias pode levar a uma visão tecnicista, desintegrada e fragmentada sobre as questões de saúde, deixando de lado na formação, o desenvolvimento do conjunto de competências que definem a prática profissional.

As tecnologias não devem ater-se aos atos clínico-cirúrgicos da assistência odontológica pessoal, é indispensável aplicar coletivamente o conhecimento científico-tecnológico produzido nos campos da Cariologia, Epidemiologia e da Saúde Pública, no intuito de estabelecer medidas de prevenção em populações, ou seja, tecnologias de promoção de saúde bucal que possam colaborar para a ascensão da consciência em relação aos causadores sociais do processo saúde-doença e a organização de práticas coletivas de saúde capazes de reduzir as doenças bucais da população ²².

Cunha (1995), citado por Secco e Pereira ⁶², analisa a Odontologia na ótica da dimensão política-estrutural e conclui que esta vivencia momento de crise, tanto pelo número de escolas no país, quanto pela exaustão do modelo de atendimento, individual e elitista, predominante nos currículos das escolas brasileiras, ou, ainda, pela necessidade de se adaptar às exigências dos pacientes, determinadas pelo culto ao corpo.

Esse autor, com uma visão bastante positiva da Odontologia, infere que há muito tempo a profissão já ultrapassou os laços artesanais e artísticos e se consolida em bases científicas, buscando uma atuação social na área da saúde. A qualidade, em termos profissionais, depende de ações competentes, não somente para indicar e realizar habilidades e saberes que respondam a problemas específicos, mas para repensar o próprio papel do profissional diante dos problemas da realidade social, em movimento de ação e reflexão. Neste movimento dialético, em que novos valores são identificados na sociedade, a comunidade acadêmica busca caminhos que respondam às demandas da formação profissional em suas diferentes dimensões da prática ⁶².

O indiscutível descontentamento dos profissionais da saúde com as consequências do modelo biomédico, por se configurar numa matriz para a construção de programas governamentais, inclusive os utilizados como referência para o planejamento das estratégias de saúde bucal, influi decisivamente na prática dos recursos humanos em Saúde Pública.

Corroborando com esse raciocínio, Secco e Pereira ⁶² analisam que a inserção de saúde bucal no Programa de Saúde da Família pode recuperar o prestígio profissional na dimensão

social do trabalho, não só na perspectiva da qualidade técnica especializada, mas também, na perspectiva científica e social, investindo na expansão da qualidade de serviços alcançada para a maioria da população, com maior impacto social em programas públicos e coletivos. O PSF cria novos desafios em termos de estrutura curricular, orientações pedagógicas e competências da função docente, cujo enfrentamento não pode desconsiderar a especificidade do conhecimento na área e as características da profissão no mundo do trabalho.

O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde, nas últimas décadas, vêm exigindo das instituições de ensino, principalmente as de nível superior, que elas assumam suas responsabilidades sociais com a sociedade, colaborando para a educação permanente de profissionais e trabalhadores da saúde que já deixaram os bancos escolares. De certa forma, esta é uma cobrança para que as universidades desenvolvam outras atividades além daquelas decorrentes da formação de profissionais e desenvolvimento de pesquisas e conhecimento científico.

Komatsu ³⁰ analisa que a sociedade tem se colocado mais exigente em relação aos profissionais formados e, em decorrência disso, as escolas têm sido chamadas a discutir seu papel e responsabilidades sociais. O Estado e as organizações que normalizam o exercício profissional também estão atentos para a qualidade do trabalho dos mesmos, assumindo um papel de controle, avaliação e prescrição.

Mesmo com as mudanças inovadoras propostas pelo PSF, há dificuldade de se romper com a prática assistencial em vigência, ou seja, centralizada na figura do médico, pois este ainda tem um perfil de trabalho voltado para o tratamento curativo, reflexo dos anseios da população por tais procedimentos ⁵⁸. Roncalli ⁵⁸ ressaltou ainda que

[...] a incorporação da Estratégia da Saúde da Família no modelo assistencial brasileiro parece ser um caminho sem volta. A forma que será dada a esta incorporação e qual tendência seguirá ainda não há como saber. Contudo, não há como ignorar esse processo que, certamente, definirá os rumos da política de assistência à saúde no Brasil nos próximos anos. (p. 47).

De fato, Salazar ⁵⁹ confirma que é difícil conseguir fazer com que o profissional deixe o lado curativista e tenha interesse no trabalho comunitário, pois envolve interesses pessoais, ideológicos, financeiros e políticos.

O ensino superior encontra-se em momento de importantes definições, na perspectiva de Santana, Campos e Sena ⁶⁰, pois segundo estes, existem vários problemas a serem debatidos, dentre os quais estão o crescimento expressivo no número de vagas, a desigualdade de oportunidades, o enfoque no tratamento das doenças e na especialização e a falta de abordagem da dimensão epidemiológica e social do processo de viver e adoecer, bem como as perspectivas da prevenção de riscos e da promoção da saúde.

Os assuntos referentes à saúde coletiva são abordados quase exclusivamente nas disciplinas no âmbito dos departamentos de medicina preventiva e social, lecionadas durante a metade do curso, e como não há continuidade desse contexto, o aluno não consegue visualizar essas matérias na prática clínica durante o último ano da graduação e, principalmente, na sua prática como profissional.

A educação dos profissionais de saúde baseada na abordagem biológica, medicalizadora e centrada em procedimentos é fruto do modelo pedagógico de ensino predominante, que é centrado na teoria, com caráter compartimentalizado e isolado, desagregando os conhecimentos das áreas básicas dos conhecimentos da área clínica, adotando processos de avaliação do conhecimento por acúmulo de informação técnico-científica unificadas, o que eterniza modelos clássicos da prática em saúde. Nesse âmbito, não se avalia a necessidade de se ensinar através de aspectos problematizadores, construtivistas ou com participação ativa dos estudantes ¹².

Souza ⁶⁶ discursa que, em relação à formação de profissionais, a graduação em saúde na UFRN vem passando por reformulações que se referem à abertura de novos cursos, atualização curricular, qualificação do quadro docente, formação para pesquisa e atividades de extensão redirecionadas para o SUS. Clóvis Júnior ¹⁴ complementa essa fala com o discurso sobre o desafio da compatibilização da formação e da pesquisa às necessidades estratégicas do SUS e que para isso, são fundamentais as parcerias entre os Ministérios da Educação, da Saúde, da Ciência e Tecnologia e as agências como o FINEP e CNPq.

Dentre as atribuições do dentista no PSF estão as ações voltadas para o âmbito da prevenção e promoção da saúde, fazendo parte tanto as atividades curativas, quanto preventivas. Porém, a formação acadêmica do dentista é extremamente técnica, deixando lacunas no que diz respeito à forma de realizar essas atividades. Ao se deparar com essa situação, o odontólogo se sente inseguro e necessita de um apoio por parte da instituição, no sentido de promover cursos de capacitação para tentar suprir a carência deixada pelo ensino universitário.

A pós-graduação também é alvo dessa crítica à formação, pois, refletem Santana, Campos e Sena ⁶⁰, esta tem se mantido alheia às necessidades sociais e, por conseguinte, às carências do sistema público. Os autores também citam que, nos cursos de pós-graduação financiados pelas universidades públicas, o dinheiro pertencente ao povo, na maioria das vezes, financia a formação de profissionais que vão atuar na rede de serviços privados.

Pressionados pelas Diretrizes Curriculares e pela discussão sobre a qualidade de ensino proporcionada, os cursos de odontologia começaram a se organizar para a construção dos seus projetos pedagógicos, das mudanças curriculares e da profissionalização do trabalho docente.

Aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde objetivam a formação do profissional de acordo com o sistema vigente no país, enfatizando-se o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Porém, não constituem uma obrigação para a adoção pelas universidades, já que as mesmas gozam de autonomia. A universidade não pode estar livre desta sujeição de regulação e direção política do Estado, pois é função estatal desenvolver políticas que reafirmem o cumprimento do papel social destas instituições ¹². Complementam ainda que essas diretrizes deveriam contemplar as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico de cada localidade, implementando uma política de formação de docentes orientada para o SUS com a finalidade de serem capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão ¹².

A formulação das políticas do SUS para a implementação de mudanças na graduação deve seguir as diretrizes desse sistema, consolidando-se como uma resposta aos apelos provenientes dos grupos sociais que lutam por melhores condições de saúde. As instituições de ensino superior têm sido pressionadas no sentido de operar as mudanças clamadas pelos profissionais e pela sociedade, buscando estreitar o relacionamento entre estes.

A sociedade atual sofreu uma forte transformação na organização do processo de trabalho, o que implica numa mudança na atuação dos profissionais de saúde, portanto, esse papel pertence às instituições formadoras. O primeiro passo seria a mudança curricular desses cursos, procurando formar profissionais com um perfil muito mais voltado às carências generalizadas da população, com ênfase nas questões multidisciplinares na produção do cuidado.

Morita e Kriger ⁵⁰ afirmaram que há um atraso histórico referente às mudanças curriculares nos cursos de Odontologia, apesar de estar regulamentado na Constituição

Federal de 1988 que cabe ao SUS participar na formação e desenvolvimento científico dos recursos humanos da área de saúde. Porém, mais recentemente é que o Ministério da Saúde tem se preocupado em orientar o processo de formação dos profissionais da área de saúde, desenvolvendo parcerias com o Ministério da Educação, com a finalidade de suavizar o distanciamento entre o desenvolvimento de recursos humanos e as necessidades do SUS.

A integralidade da atenção à saúde se constitui como direcionador da necessidade de adequação do tipo de formação dos profissionais que trabalham no PSF, buscando, assim, contribuir com a ampliação dos conhecimentos profissionais e melhorar a resolutividade dos problemas de saúde da comunidade.

Para os autores Morita e Kriger⁵⁰ e Bruneti, Montenegro⁶, as universidades precisam adequar a sua abordagem pedagógica ao novo modelo de atenção, no sentido de preparar o profissional para executar ações de promoção e prevenção, com visão de clínico geral. Essa abordagem deverá ser fundamentada em estratégias que favoreçam articulação de conhecimentos e o trabalho em equipes multidisciplinares. Deve-se trocar o modelo centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças para outro com foco na promoção da saúde, prevenção e cura de doenças. É essencial que o profissional que sai da faculdade saiba da importância de fortalecer a autonomia dos cidadãos na produção da sua saúde.

As propostas das mudanças curriculares ocorreram, segundo Marsiglia³⁴, a partir da insatisfação por parte de autoridades institucionais e da sociedade a respeito da prática do profissional de saúde. Estes deveriam ter capacidade de atuar em vários níveis de atenção, através da realização de ações preventivas, de promoção, proteção e reabilitação, em nível individual e coletivo; serem competentes para gerenciar e administrar recursos e serviços de saúde; além de possuírem a disposição de trabalhar em equipes multidisciplinares e se encontrarem aptos a assumirem responsabilidades com a educação permanente.

As mudanças curriculares não devem abranger somente os cursos de graduação, pois, embora se reconheçam as propostas e mudanças realizadas na formação acadêmica, nos cursos de pós-graduação, o enfoque de ensino persiste eminentemente restaurador. Venturelli⁷⁵ explica que a melhoria dos problemas de saúde da população, a ampliação e a contribuição social dos profissionais de saúde estão relacionadas a novas formas educacionais, socialmente responsáveis e promovidas coletivamente. Destaca ainda que as universidades devem abrir-se para a sociedade, sendo o papel desta, dos serviços de saúde e da comunidade, contribuir efetivamente para o desenvolvimento da população.

Apesar da ampla discussão a respeito dos processos de mudança no ensino da Odontologia, ainda não foram superadas as preocupações técnicas predominantes da área enquanto prática profissional, considerada altamente elaborada e elitista⁵⁷. Ainda restam dúvidas se as reformas curriculares estão propiciando de forma significativa, a base teórica e a prática supervisionada que permitam ao aluno construir uma visão ampliada de saúde. Configura-se a necessidade de uma reestruturação curricular, metodológica e, conseqüentemente, de um trabalho mais efetivo de formação do cirurgião-dentista que possibilite repensar seu processo de trabalho, sob novas perspectivas.

Os setores de educação e saúde, sempre pautados na legalidade e legitimidade, devem ter noção exata da responsabilidade sobre a fiscalização das instituições formadoras, oferecendo à comunidade, não somente profissionais regulamentados, mas também, agentes multiplicadores, capazes de se inserir no novo contexto da Saúde Coletiva. Esta fiscalização deve partir do Estado, através do acompanhamento da execução das diretrizes curriculares, e da sociedade, através dos meios de participação popular nos conselhos de saúde, nas audiências e consultas públicas, dentre outros instrumentos. Dessa maneira, oferecendo aos usuários dos serviços de saúde a garantia da integralidade da atenção.

Souza⁶⁷, em palestra conferida na 1ª Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde realizada no ano de 2004, afirmou que a educação permanente em saúde carece da responsabilidade das instituições formadoras em assumir seu papel decisivo nas mudanças curriculares, nas novas modalidades de formação, acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas nos serviços e na revisão das políticas de especialização profissional. Durante o II Encontro do Nordeste de Saúde Bucal no Programa de Saúde da família (ENESB)¹⁶, foi discutida a exigência da capacitação permanente dos profissionais, adequada ao PSF, com orientação do Ministério da Saúde, consoante com os princípios e diretrizes do programa, através dos pólos de capacitação em municípios que sejam centros regionais.

Para Rodrigues⁵⁷, o novo modelo de saúde demanda profissionais capacitados com uma visão ampliada, competentes para compreenderem indivíduos, famílias e comunidade de forma sistemática e integral. É fundamental a participação de pessoas capacitadas para intervirem de forma qualitativa, que saibam planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, respondendo às necessidades da comunidade. Para tanto, precisa-se de currículos e programas de capacitação orientados para atender às necessidades, em consonância com a realidade dos sistemas municipais, no intuito que os profissionais que estão no serviço público

não percam determinados conhecimentos e habilidades pelo exercício contínuo do seu trabalho e, dessa maneira, evite-se o distanciamento de aspectos técnicos e relevantes. Tais programas, entretanto, não devem ser desvinculados do contexto em que se configuram as políticas de organização dos serviços e de desenvolvimento de recursos humanos. Zanetti, citado por este autor, acredita que para que a educação permanente se concretize deverá haver uma contra-partida financeira.

A pequena oferta de concursos públicos como parâmetro para inserção no PSF, reflete-se na contratação de profissionais sem o perfil adequado. Portanto, a solução seria a educação permanente em saúde, visando adequá-los à prática desse programa. O Ministério da Saúde iniciou então, em 2003, o processo de constituição de pólos para educação permanente em saúde, o que possibilitou a articulação entre gestores do SUS, universidades e associações de ensino das profissões de saúde para adequar e potencializar os processos de formação e educação permanente às necessidades do sistema.

Segundo Venturelli ⁷⁵, um dos temas discutidos entre os especialistas é que os médicos, enfermeiros e dentistas da família deveriam ter uma especialização adicional. Porém, com uma boa reforma da educação profissional médica, isto não seria necessário.

Aerts, Abegg e Cesa¹ alertaram para a importância da contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema. Lembrando que um dos princípios da Odontologia moderna é o de não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham oportunidade de funcionar. Neste sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar sua prática e exercer um novo papel dentro da Odontologia em Saúde Coletiva.

Apesar da ênfase atual na educação permanente através de cursos de capacitação, especialização em Saúde da Família, residência em Saúde Coletiva, fornecidos por alguns municípios, o acesso a esses cursos está direcionado aos CDs que atuam próximo aos centros urbanos. Os que atuam distante dessas áreas têm dificuldade de participar dessas oportunidades, seja pela falta de perspectiva dos gestores locais ou pela dificuldade de locomoção até os pólos de capacitação.

Considerando que as ações de saúde por si só não são suficientes para resolver os problemas relacionados à saúde da população, constitui fator relevante um olhar holístico sobre este aspecto. Objetivando alcançar resultados mais significativos e duradouros na saúde bucal coletiva, são indispensáveis ações interdisciplinares unindo os diversos campos do saber e das práticas.

Minayo³⁷ ressalta a seriedade de se invocar a interdisciplinaridade para a área da saúde pública, visto que nenhuma disciplina resolve o seu objeto isoladamente. Ela defende que há relação entre fatores sociais, expressões emocionais e afetivas, questões biológicas, condições e razões sócio-históricas e culturais expressos na saúde e na doença. A dificuldade está em como o biológico se expressa no social e vice-versa. Define ainda que a interdisciplinaridade surge como proposta de criar vínculos entre as diversas áreas, adquirindo equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora.

O cumprimento dos programas de promoção de saúde não é tarefa individualizada dos profissionais da área, é também sistema sócio-econômico e político. É imprescindível que haja um planejamento multisetorial, utilizando professores, trabalhos de saúde pública, desenvolvimento comunitário, trabalhos sociais, estimulação da participação ativa do indivíduo, a fim de organizar seus efeitos, assim conceitua Lima³¹.

A universidade, os serviços e a comunidade, cada um tem o seu papel na maneira de atuação dos profissionais da área de saúde. Portanto, para um melhor enfrentamento dos problemas de saúde bucal da população, é necessário que haja uma integração entre esses setores da sociedade. Os conflitos da saúde não se restringem

[...] à formação profissional, à produção de conhecimentos, à renovação conceitual epistemológica dentro do campo institucional [...], tais desafios atravessam toda a organização social, desde a produção de bens e serviços até as formas de organização do Estado e dos seus aparelhos nas suas relações com a sociedade e a cultura⁵³.
(p. 312).

5. INSERÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL NO RIO GRANDE DO NORTE

Ao analisar o campo de estudo deste trabalho, segundo dados do IBGE ²⁶, o Rio Grande do Norte possui uma população de, aproximadamente, 2.923.257 habitantes. E, de acordo com dados do Ministério da Saúde ⁴⁸, em 2003, época que começou o desenvolvimento desta pesquisa, 1.660.517 pessoas eram assistidas pelo PSF, correspondente a aproximadamente 58% da população. Dentre as 6.170 equipes de saúde bucal no Brasil, 314 funcionavam no Rio Grande do Norte, distribuídas em 137 municípios e dispostas em 08 Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs):

- URSAP I: São José do Mipibu
- URSAP II: Mossoró
- URSAP III: João Câmara
- URSAP IV: Caicó
- URSAP V: Santa Cruz
- URSAP VI: Pau dos Ferros
- Grande Natal: Parnamirim, Macaíba, Ceará-Mirim, São Gonçalo, Extremoz, Natal .

A implantação das ESBs no PSF do Rio Grande do Norte se deu em 2001. Para cada município qualificar as equipes, era necessário como requisito preliminar, encaminhar o projeto de implantação com aprovação dos conselhos municipal e estadual de saúde. Segundo informações colhidas na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, a seleção dos profissionais para integrar as equipes do PSF ocorreu, em sua maioria, sem processo seletivo. No entanto, alguns municípios optaram por seleção através de entrevistas e análise curricular, que foram realizadas no CEFOPE/RN.

Na medida em que ocorreu a implantação das ESFs em cada município brasileiro, foi surgindo a necessidade de saber como estava se desenvolvendo essa inserção, o que não foi diferente do Rio Grande do Norte. Os processos de avaliação do PSF passaram a ocorrer com mais frequência a partir do final da década de 1990, pois não havia experiências suficientes

para serem analisadas, devido a sua implantação muito recente, além de existirem deficiências dos sistemas de informações, ausência de metodologias e técnicas adequadas. Na Odontologia, atualmente é que começaram a surgir publicações dessa natureza. No entanto, estes se limitam a explorar questões relacionadas à melhoria do acesso da população ao tratamento odontológico (número de procedimentos clínicos e coletivos), ou mesmo no que diz respeito ao grau de aceitabilidade da população ao PSF. Não há avaliações sobre como o Odontólogo está vivendo essa nova oportunidade de emprego, onde ele está inserido nessa atual perspectiva de atenção à saúde, direcionada à família. Esse é um ponto a ser discutido no decorrer deste estudo.

A inserção dos cirurgiões-dentistas no Programa Saúde da Família, censura Werneck⁷⁸, não se deu a partir de experiências já existentes ou a partir de uma discussão ampliada acerca de seus significados. Aconteceu sem a participação dos profissionais de saúde bucal e de outros profissionais da área de saúde. Não houve discussão sobre a maneira como esses profissionais deveriam atuar na atenção básica, nem sobre as dificuldades que estes enfrentariam ao trabalhar com uma equipe de saúde.

Sem contestação, o que se observa é que os dentistas são convidados a participar do PSF por questões políticas, razões de vínculo familiar, indicação de pessoa próxima que participa da gestão ou porque já prestava serviços ao município há algum tempo, não se abrindo espaço para seleção por mérito, através de concursos. Conseqüentemente, haverá probabilidade deste profissional não estar qualificado para desenvolver suas funções ou que este continue trabalhando tradicionalmente, não contribuindo para melhorar as condições de saúde bucal da população.

5.1. A Equipe de Saúde Bucal como Parte Fundamental do Programa de Saúde da Família

Devido às ESBs terem sido introduzidas na maioria dos casos depois que os demais membros das ESFs já estavam estabelecidos, e pelo próprio comportamento arraigado do dentista de se isolar como profissional da equipe de saúde, este tem estado alheio às questões inerentes às atividades exercidas enquanto Equipe de Saúde da Família.

A equipe de saúde bucal é um elemento indispensável para a formação da equipe de saúde da família, através da sua participação ativa na intervenção dos cuidados promovidos pelo grupo maior. Comparativamente, os problemas da sociedade devem ser compartilhados e enfrentados integralmente, havendo uma essencial conexão entre as equipes. Logo, faz-se necessário destacar algumas dificuldades da saúde bucal no SUS: a desproporção na distribuição de famílias assistidas no atendimento por equipe, dificultando a universalização da assistência; a adequação da prática de acordo com a realidade epidemiológica local; além da falta de participação da comunidade na reivindicação por uma melhor assistência à saúde. Isto coagiria os gestores a ampliar o número de dentistas na equipe.

Segundo Capistrano Filho ¹⁰,

Para alcançar todos os seus objetivos e efetivamente ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial, o PSF necessita de profissionais radicalmente novos, no sentido de assumirem posturas e práticas profundamente distintas das hoje vigentes, especialmente no campo da atenção básica. O bom profissional é aquele que respeita a cultura e o saber populares, que se sente responsável pela saúde e pela vida da comunidade que a serve. (p. 8)

O cirurgião-dentista deveria ser um participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para se reunir com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município como um todo, fazendo visitas aos domicílios sempre que isso for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida.

O odontólogo deveria estar apto a trabalhar com a produção de informação sobre a prestação e utilização dos serviços, através do manejo de dados, facilitando no planejamento das atividades previstas pela equipe, colocada como um elemento basilar para o alcance da finalidade do Programa de Saúde da Família, ação que surgiu como um meio disponível para a efetivação da mudança do atual modelo de saúde.

Conforme estudos de Campos e Fortuna citados por Matumoto e colaboradores ³⁵, a formação de uma equipe de saúde não se constitui apenas pela contratação de profissionais de diferentes categorias, agrupando-os em um mesmo ambiente. O trabalho em equipe na saúde implica no intercâmbio contínuo de um conjunto de trabalhadores para a realização do serviço assistencial, do atendimento integral, da reformulação do manejo dos saberes necessários para o atendimento em saúde. Preconiza ainda que:

Consideramos o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero, etc) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Pode-se dizer que o trabalho em equipe é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário ³⁵. (p. 14).

Para que o cirurgião-dentista sinta-se de fato incluído na ESF, deve-se valorizar o pagamento do serviço prestado por este membro, para que este profissional não se sinta preterido em relação aos outros elementos da equipe, atrapalhando o seu desenvolvimento no grupo. Em defesa deste argumento, há a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961 que garante ao CD e ao médico o mesmo nível de remuneração e jornada de trabalho. Por conseguinte, a luta pela equiparação salarial deve ser concomitante à formalização do Plano de Cargos, Carreira e Salários para os profissionais do PSF.

O CD precisa saber valorizar e realizar atendimento público e coletivo, sendo necessário para isso políticas de formação profissional, interferindo diretamente no modo de ser e agir destes frente à realidade brasileira.

Capistrano Filho ¹⁰ destacou a importância do treinamento de ACSs e dos demais membros da equipe nos campos de prevenção das doenças que acometem a boca; e na promoção da saúde bucal da comunidade assistida por determinada equipe de saúde da

família. O mesmo complementa que o cirurgião-dentista terá um papel fundamental nesta ação, uma vez que estará interagindo com os demais membros de sua equipe multiprofissional e dando insumos para que os demais integrantes tenham uma visão cada vez mais global do usuário assistido.

Concordando com a idéia acima, Ferreira ¹⁷ enfatizou a importância da capacitação dos agentes comunitários de saúde pelos dentistas do PSF para que estes divulguem noções básicas de saúde bucal e realizem procedimentos coletivos que incluem a escovação supervisionada, bochecho com flúor e educação em saúde bucal. Segundo o autor, a população escolar será o principal alvo de vários programas de prevenção em saúde bucal realizados pelo Ministério da Saúde, ressaltando a importância de trabalhos de prevenção dirigidos a estes grupos, para que a população adulta tenha, no futuro, uma boa saúde bucal.

O ACS é o elo fundamental entre os cirurgiões-dentistas e a comunidade, tendo um importante papel na “busca ativa” das pessoas que fazem parte dos grupos prioritários. Seguindo o mesmo raciocínio, os autores Chiesa e Fracoli ¹³ ressaltaram que “a grande contribuição dos ACSs para a construção do novo modelo assistencial, o Programa de Saúde da Família, é o fortalecimento da ação comunitária, uma vez que possibilita o desenvolvimento de atividades com grupos comunitários”. (p. 42).

5.2. Estrutura e organização do Trabalho do Cirurgião-Dentista no PSF

5.2.1 Procedimentos clínicos

Os procedimentos clínicos que fazem parte do elenco de atos da produção de saúde bucal da atenção básica, preconizadas pelo Ministério da Saúde ³⁹, e que o CD deverá executar são, basicamente, restaurações, periodontia básica, extrações, profilaxia e aplicação tópica de flúor em consultório.

A assistência odontológica baseada em procedimentos cirúrgico-restauradores não é fundamental à produção de melhores condições de saúde bucal, porém, é imprescindível para o alívio imediato do sofrimento e obtenção de um bem-estar. O que não pode haver é uma lógica centrada na produção do procedimento, colocando à parte a produção do cuidado.

A ação de saúde situada na lógica da produção do cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário no cuidado de si ³⁵.

5.2.2 Ações Preventivas e Educativas

A educação para a saúde faz parte dos programas de saúde pública desde o século passado, no entanto, na prática, tem-se observado que os profissionais envolvidos nos programas apresentam dúvidas de como e o que fazer. Muitas vezes atuam apenas como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado ⁴².

A educação em saúde tem sido praticada pelas ESBs, porém, sempre foi abordada de maneira tradicional, sem a participação da comunidade nesse processo. Conforme essa idéia, Manfredini ³³ expressa que as ações educativas realizadas pelos cirurgiões-dentistas se restringem, na maioria das vezes, a palestras ou vídeos educativos. Cita ainda que nas escolas, os temas de saúde bucal são pouco explorados pelos professores e não há uma articulação entre as equipes de saúde bucal e estas instituições sobre a discussão ampliada e problematização destes temas.

De acordo com o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF. A atuação do cirurgião-dentista não deve se restringir à mera assistência curativa, mas deve desempenhar, igualmente, as ações preventivas e educativas. Todavia, concorda Pinto ⁵⁶, o conceito de prevenção e educação precisa ser ampliado, sendo necessário que haja uma conscientização das pessoas, ao invés de apenas educá-las. Para que isto se torne possível, é imperativo que as equipes de saúde bucal apoiem as organizações coletivas, de maneira que os problemas comuns, inclusive os odontológicos, possam ser discutidos. A sistemática educativa irá variar de acordo com o indivíduo e com a população-alvo a atingir, sendo necessárias constantes avaliações dos métodos aplicados.

Pauleto, Pereira e Cyrino ⁵⁵ afirmaram que a educação em saúde como política social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção de saúde bucal no espaço público e concluíram que, apesar da existência de vários programas, a dimensão educativa é pouco desenvolvida e realizada sob forma de palestras, sem espaço para práticas dialógicas capazes de mobilizar as crianças quanto à problemática da saúde bucal, visando a autonomia em relação ao cuidado com a saúde.

Estes autores também se preocupam com a maneira como está sendo conduzida a educação em saúde, pois reconhecem a ineficácia das palestras, orientações pontuais e transmissão de informações com base na abordagem higienista, pois não expressam qualquer preocupação com a problematização da saúde bucal para o grupo populacional enfocado e nem com a busca de estratégias capazes de viabilizar a continuidade de ações educativas entre os escolares ⁵⁵.

Os métodos preventivos tradicionais estão ancorados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo maior que é a transformação do conhecimento em algo com revelação expressiva, capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde.

Sabe-se da importância da educação para o controle das doenças bucais e, para isso, é necessária uma integração e articulação do setor saúde com o setor educação. Todavia, atualmente, não existe uma normatização das estratégias preventivas para a Odontologia. O dentista, quando começa a trabalhar no PSF, vê-se diante da dificuldade de realizar ações preventivas, recorrendo muitas vezes à própria universidade, dirigindo-se ao Departamento de Odontologia Preventiva para solicitar orientações.

O Comitê Técnico-Científico do Ministério da Saúde definiu como ações prioritárias: a realização de pesquisas epidemiológicas para ampliar os conhecimentos das condições de saúde bucal; expansão e controle do uso racional dos produtos fluoretados, com destaque para fluoretação das águas de abastecimento; promoção de ações educativas; priorização de ações preventivas e garantia de atenção integral à população, com atividades curativas, nas várias especialidades da Odontologia ⁴⁷.

Para que a educação em saúde se torne efetiva, é preciso que não só os profissionais que lidam com a odontologia participem desse processo, é fundamental o relacionamento com os demais integrantes, como o médico e o enfermeiro. O dentista, através de reuniões de equipe, pode passar informações de saúde bucal para estes profissionais e estes repassarem para seus pacientes.

Schalda ⁶¹ realizou um estudo com 120 médicos pediatras da cidade de São José dos Campos (SP), onde 54,6% responderam que em relação ao aprendizado sobre Odontologia Preventiva, nunca tiveram qualquer informação, e concluiu que a frequência das condutas dos pediatras em relação à saúde bucal foi baixa. Ressaltou ainda que é preciso haver seminários e palestras sobre assuntos referentes à saúde bucal para que tais condutas se tornem rotinas.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas na edificação das políticas de saúde bucal no domínio do Programa de Saúde da Família tem sido o de expandir a quantidade de profissionais que transmitam conhecimentos de saúde bucal. Pensando assim, a escovação supervisionada e as aplicações de flúor poderiam ser desenvolvidas por ACSs, ACDs e THDs, sendo esses profissionais treinados pelos odontólogos das ESFs ³³.

Bijella ⁵ consolidou que o mérito da educação em saúde bucal é criar condições para que o paciente seja um colaborador no programa, participando ativamente, e não apenas um alvo do mesmo. Raciocina que neste aspecto os profissionais devem estar conscientes de que, embora seja possível instruir pessoas sobre higiene bucal para que estes conhecimentos modifiquem seus hábitos a longo prazo, os mesmos devem estar relacionados com as

necessidades individuais, interpretando que o ser humano deve estar sempre dentro do seu contexto social, pois a informação e a motivação são importantes para que hábitos favoráveis sejam incorporados e preservados.

Unfer e Saliba ⁷⁴ concluíram que os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e as práticas em saúde bucal da população, a fim de que sejam viabilizados processos de capacitação com a finalidade de promover a responsabilização coletiva da promoção da saúde, em todos os níveis da sociedade.

As atribuições para os profissionais de saúde bucal que atuam no PSF foram definidas pela Portaria MS nº 267/01. Como atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, constam, dentre elas, o estímulo e a execução de medidas de promoção de saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência, a sensibilização das famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde, programação e realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção de saúde bucal ³⁹.

Sabendo que essas atribuições são comuns a toda a equipe, não devemos deslocar o CD constantemente para a execução de atividades coletivas, pois o ACD e ACS também podem realizá-las, após treinamento prévio pelo CD. Os odontólogos, preferencialmente, devem realizar exames bucais das pessoas na comunidade, nas escolas, para classificá-las quanto ao risco e encaminhá-las para tratamento.

Segundo o Relatório Final do II ENESB/PSF ¹⁶, para efetivar as atividades educativas e preventivas é necessário:

- Estimulo à melhoria na formação profissional reforçando a educação e comunicação em saúde coletiva;
- Realização de oficinas de sensibilização e capacitação dos profissionais que trabalham na rede, em todas as instâncias;
- Redirecionamento das ações de educação em saúde dos profissionais em relação à comunidade;
- Identificação de lideranças na equipe e na comunidade como sujeitos facilitadores do processo de educação e comunicação em saúde;

- Desenvolvimento de ações multiprofissionais, estimulando a criação de protocolos que respeitem a intersetorialidade;

As práticas educativas unidirecionais que não possibilitam o diálogo nem a participação efetiva dos alunos, sem uma dimensão questionadora nas práticas educativas, não promovem a construção de um conhecimento libertário que proporcione independência em relação aos cuidados com a saúde bucal ⁵⁵. Este autor menciona ainda o despreparo dos profissionais da Odontologia quanto às práticas de comunicação e informação utilizadas para desenvolver hábitos adequados de manutenção da saúde bucal.

No estudo de Moimaz citado por Pauleto, Pereira e Cyrino ⁵⁵, os autores avaliaram a utilização dos métodos de prevenção e educação em saúde bucal por cirurgiões-dentistas dos serviços públicos e particulares. A análise desse estudo, realizado a partir de questionários aplicados aos profissionais, permitiu concluir que, apesar da utilização de medidas preventivas por grande parte dos profissionais entrevistados, na prática de atendimento ao paciente, a educação odontológica não estava sendo realizada de maneira sistemática em ambos os serviços avaliados. Apesar de grande parte dos profissionais ter respondido orientar os pacientes, os autores verificaram que aproximadamente a metade dos profissionais do serviço público e particular destinava apenas uma breve sessão para este fim, com duração máxima entre 20 e 25 minutos, tempo considerado insuficiente para uma comunicação efetiva, com possibilidades de aprendizagem e construção de conhecimentos novos.

Na esfera do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a ESF. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos ³.

O método pedagógico em que se utilizam instrumentos persuasivos, caracterizados pela transmissão verticalizada do conhecimento, demonstrado pelo autoritarismo entre o educador e o educando, e a negação da contribuição individual nos processos educativos são questionáveis. Como também as ações em saúde bucal coletiva, durante décadas foram pautadas na execução elementar da prevenção da cárie dentária, dentre elas, a fluoretação das águas, realizações de bochechos fluorados semanais e palestras.

Mais recentemente, tem sido observado um crescimento acelerado do número de auxiliares odontológicos no Brasil, ampliando o desenvolvimento das equipes de saúde bucal, e a ampliação da Cariologia e da Epidemiologia trouxe nuances efetivadoras de um sistema de prevenção mais adequado à realidade local.

Uma atividade de grande importância no âmbito da educação e prevenção é a visita domiciliar, que possibilita o conhecimento da situação de saúde das famílias com uma maior profundidade, o desenvolvimento de ações promocionais, o acompanhamento de grupos, além de constituir-se em forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e as famílias⁴⁹. Porém, não devem ser vistas como novidade e ação exclusiva do PSF, uma vez que este é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que seja necessário, e já vem sendo uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade²¹.

O médico, enfermeiro e CD não deverão fazer visitas domiciliares sem que haja demanda, a chamada visita domiciliar compulsória, pois estes podem capacitar os ACSs para as realizar e só fazer visitas em caso de necessidade.

A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas⁷¹.

5.2.3. Atendimento Odontológico a Grupos Prioritários

Segundo o Ministério da Saúde³⁹, dentre as atribuições do cirurgião-dentista no PSF está o atendimento a grupos prioritários, que são classificados em: crianças, gestantes, diabéticos e hipertensos.

Quanto às crianças, Hale e colaboradores²⁵ ressaltaram que a cárie dentária é a doença mais prevalente na primeira infância e que em crianças pobres ocorre em proporções epidêmicas, devendo ser identificadas nas assistências pré-natais e adotadas estratégias de informações de higiene oral e de orientações nutricionais para o bebê, dando prioridade à prática de visitas domiciliares para bebês considerados de alto risco. Ainda conforme o autor,

deveria ser dada orientação às mães quanto às suas práticas dietéticas, a exposição ao flúor, a higiene oral e a procura por serviço odontológico, caso notem alguma anormalidade.

O Ministério da Saúde ⁴⁴ afirma que o vínculo criado entre a equipe de saúde bucal e a família possibilita que a criança não se sinta ansiosa nas suas primeiras consultas odontológicas e permite que seus hábitos sejam identificados e modificados para também melhorar a saúde da sua família. Ressaltaram que a saúde bucal da criança começa na assistência a gestante, que deve ser incluída em ações preventivas e curativas. Consideraram ainda que a alimentação e higiene são os pontos-chave para a promoção da saúde bucal, portanto a equipe de saúde deverá se articular com as instituições de ensino para orientar os escolares a esse respeito.

Dados do Ministério da Saúde ⁴⁶ apontam que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses possuem pelo menos 01 (um) dente decíduo cariado, chegando quase 60% nas crianças de 05 anos de idade. Quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos possuem 01 (um) dente permanente cariado. Constatou-se que havia uma tendência de crescimento da prevalência de cárie em função de idade e que cerca de 22% dos adolescentes na região Nordeste nunca foram ao dentista, enquanto que a média do Brasil é de 14%. São notadas, então, diferenças regionais, sendo as Regiões Norte e Nordeste as mais carentes. Um dos principais motivos pela procura por atendimento odontológico é a experiência de dor, relatada por 30% dos adolescentes, o que infere que a assistência é voltada para o atendimento de urgências, sem considerar o tratamento por completo do usuário.

Outro grupo considerado prioritário para o atendimento pelas ESFs é o das gestantes. Nessa perspectiva, Albuquerque, Abegg e Rodrigues ² procuraram identificar as principais barreiras concernentes ao atendimento deste grupo, evidenciando que os principais empecilhos são: a precária percepção da necessidade de tratamento pelas gestantes, a ansiedade e o medo, os custos e a dificuldade de acesso. Concluíram ainda que para transpor estas barreiras, alguns pontos necessitam ser melhorados, dentre eles, a relação dentista-paciente, o planejamento e a prestação de serviços em saúde, a ênfase na humanização do atendimento, através da formação de recursos humanos nas universidades e nos cursos de profissionalização (ACD e THD) e a capacitação de pessoal contratado para o trabalho em saúde.

O odontólogo deveria, pois, destinar, no mínimo, um turno semanal para o atendimento a esse grupo e se reunir freqüentemente com essas mulheres, aproveitando os

mesmos turnos utilizados pelos outros membros das ESFs, compostas pelos médicos, enfermeiros e ACSs, para que estes participem juntos desses encontros.

A população de baixo poder aquisitivo é considerada como grupo de risco. Analisando esse grupo, Pauleto, Pereira e Cyrino⁵⁵ ressaltaram a importância da existência de programas educativos que levantem e interpretem as necessidades das populações carentes aos serviços odontológicos, pois “A educação em saúde, como política social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público”. (p. 121).

De acordo com dados mostrados pelo Ministério da Saúde⁴⁸ através do SIAB, quanto aos indicadores sociais e demográficos da população coberta pelo PACS/PSF, por estado e região no Brasil em 2003, refere que apenas 77,4% das pessoas de mais de 15 anos são alfabetizadas, 76,7% das casas possuem abastecimento de água da rede, sendo que 67,5% dos domicílios possuem água tratada. Apenas 17,4% das famílias possuem esgotamento sanitário da rede. A coleta pública de lixo abrange 70,5%, 91,2% das casas são construídas com tijolo ou madeira e há energia elétrica em 92,4% das residências. Concluem que esses dados apontam a necessidade de incluir na concepção e nas práticas das equipes a noção de risco, ou seja, riscos sanitários presentes nos modos, condições e estilos de vida dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos.

Aerts, Abegg e Cesa¹ inferiram que a atuação de cirurgiões-dentistas com visão ampliada do processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal, podem proporcionar uma elevação dos níveis de saúde da população. Uma vez que estes profissionais poderão desenvolver atividades que contemplem simultaneamente a saúde integral de indivíduos e coletividades.

O que se tem observado é a utilização de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atinjam os segmentos mais vulneráveis. Num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais. Dentro desse quadro, o PSF é visto por alguns como uma medida fortemente impregnada por seu caráter racionalizador, que reserva ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados⁶³.

Os profissionais do serviço deveriam atuar sob uma concepção mais ampla, em que trabalhar a doença não seja a prioridade e em que a promoção de saúde e prevenção da doença proporcionem às comunidades ferramentas e tecnologias para a sua participação no autocuidado ⁷⁶.

Entre os comentários principais dos cirurgiões-dentistas estão as queixas quanto ao enfrentamento das pessoas que freqüentam o consultório quando expressam a forte vontade de realizar exodontias sem a necessidade concreta. Esses profissionais não conseguem perceber a complexidade dos determinantes que levam à extração e às próteses como única alternativa para as populações mais pobres, pois sem acesso aos serviços e enfrentando tantas carências, grande parte da população não consegue valorizar os problemas dentários e dos tecidos moles da boca.

Quanto à população idosa, percebe-se que há um grande crescimento desse grupo em todo o mundo. Considerando a importância da Odontologia na saúde geral dos idosos, Brunetti e Montenegro ⁶ alertam para a necessidade de priorizar o atendimento a este grupo, visto que, quanto maior a quantidade de dentes sadios, melhor será a ingestão de alimentos ricos em nutrientes, diminuindo a quantidade de medicamentos necessários para a manutenção da saúde dessas pessoas.

Enquanto que em crianças e adolescentes o principal problema são as cáries não tratadas, nos adultos e idosos é a perda dentária. No Brasil, dados referenciados pelo Ministério da Saúde ⁴⁶, demonstram que a perda dentária é o problema mais presente nesse grupo, sendo responsável por 93% do índice do CPO no grupo 65 a 74 anos.

No PSF não há um atendimento especial aos idosos. Estes são assistidos, na maioria das vezes, no seu domicílio, por dificuldades de locomoção ou quando se inserem no grupo dos hipertensos e diabéticos, em que é oferecido atendimento odontológico prioritário, reuniões para problematização de assuntos relacionados à saúde, integridade de gengivas e dentes.

Considerando o crescimento desse grupo no Brasil, é pertinente disponibilizar um turno de atendimento a esses indivíduos, sem determinar esse acesso apenas pelo tipo de doença que este possui, mas no sentido de oferecer ações de promoção, prevenção e, principalmente, de reabilitação.

5.2.4. Humanização das Práticas de Saúde

Oferecer um tratamento de qualidade, com suporte tecnológico adequado, tempo suficiente para o atendimento e com conseqüente reconhecimento pelo seu trabalho é o que todo cirurgião-dentista aspira. No entanto, para se chegar a esse padrão de atenção odontológica, é necessário muitas vezes percorrer um caminho árduo, que encontra como obstáculos desde a demanda reprimida da população, à falta de prioridade, organização e planejamento por parte das secretarias municipais de saúde.

Dentre os objetivos do PSF estão incluídos: humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social ⁴³, todavia, esses desígnios não estão sendo cumpridos.

Seguindo esse pensamento, França ²⁰ aborda a carência dos serviços de saúde como um espelho do excesso da demanda e da qualidade do atendimento que não provêm as necessidades da comunidade. Reflete que os odontólogos ainda não conseguem, na sua maioria, compreender as necessidades emocionais e espirituais dos pacientes, fundamentais no processo de cura.

Uma das causas para essa atitude, afirma Biase ⁴, é a maneira como os profissionais da área de saúde foram educados para a prática clínica, conforme o paradigma Cartesiano-Newtoniano, que analisa as doenças através de uma óptica essencialmente dualista, mecanicista e reducionista, separando mente e corpo, e encarando o homem como uma máquina que só pode ser compreendida desvendando-se os seus processos bioquímico-moleculares. Complementa ainda que estes não levam em consideração os aspectos ambientais e afetivos, os conflitos e as dificuldades existenciais e de adaptação social do paciente, em seus diagnósticos, preconizando, por conseguinte, uma terapêutica voltada exclusivamente para aspectos parciais das patologias.

O Paradigma supracitado domina a ciência ocidental há séculos e é bastante criticado por abordar o homem com referência nas questões puramente biológicas, não o incluindo em uma concepção mais abrangente, sistêmica e ecológica, integrando-o ao meio biopsicossocial. A sociedade absorveu esses valores e passou a compreender a saúde de forma fragmentada,

refletindo também na compreensão do papel da boca na saúde do corpo, entendendo-a de maneira isolada e desprezada.

É necessário ver o paciente como um todo, e não apenas como uma boca, relação difícil de ser entendida pela maioria dos profissionais da Odontologia. Reafirmando essa idéia, Spyrides⁶⁸ salienta que dar importância aos valores humanos, psíquicos e culturais dos pacientes e o simples fato de se pôr no lugar dele para perceber como ele se sente num momento mórbido de sua vida, é concebido como um novo e emergente modelo da produção social da saúde em todas as profissões da área de saúde, inclusive da Odontologia. Da mesma maneira, Giorgi²⁴ salienta que se deve observar o ser humano na sua totalidade, considerando seus sentimentos, sendo tão importante quanto valorizar os sinais clínicos.

Como ressalta Ferreira¹⁸, o comportamento humano não é dotado apenas de processos biológicos, pois este é um reflexo da sociedade. Ao corpo se aplicam sentimentos, discursos e práticas que estão na base de nossa vida social. O paciente é antes de tudo um ser humano que necessita dos cuidados do profissional de saúde, mas também de atenção para os seus problemas psíquicos, que muitas vezes representa o principal fator etiológico da doença que ele apresenta.

Teixeira⁷⁰ ressalta que é preciso um novo conceito de saúde, que a considere como um equilíbrio dinâmico, mostrando ao paciente a sua responsabilidade na própria cura. Deverá receber destaque, no novo modelo, a manutenção da saúde, sendo necessária a assistência individual e social.

Contemporaneamente, a qualidade do atendimento tem sido um dos temas mais abordados na área da saúde, principalmente no aspecto da relação profissional-paciente, representados pela personalização do cuidado, acolhimento, humanização do atendimento e o direito à informação. Essa maneira de atenção conduz a reflexão sobre a humanização da Odontologia, em particular da relação do dentista com o usuário. Aspira-se ao nascimento de uma nova imagem profissional, de um odontólogo com mais sensibilidade diante do sofrimento do paciente. A arte de diagnosticar, cuidar e curar são características inerentes aos profissionais de saúde, e nenhuma máquina ou computador possui essa sensibilidade, por mais dados que possua sobre os sintomas, causas e conseqüências das doenças.

Segundo Caprara e Franco¹¹, os profissionais da área de saúde ainda não estão preparados para enfrentar esse novo desafio, pois, como outras ciências naturais, ainda há diversas barreiras para serem transpostas. Na verdade, há uma relação complexa entre a teoria

e a prática, principalmente se considerarmos os fatores sócio-políticos determinantes do processo saúde-doença.

A relação dentista-paciente é considerada como produtora de ansiedade, pois o paciente relata, na maioria das vezes, medo, desconforto e dor durante o atendimento odontológico. Somando-se a isso, existe ainda um dentista que, muitas vezes, não compreende o modo como o paciente expressa a sua dor e seu sofrimento, pois tem dificuldade de transmitir informações adequadas a este indivíduo e de convencê-lo à adesão ao tratamento.

O cuidado nem sempre é realizado de maneira adequada, pois nem sempre a produção do cuidado em saúde esta comprometida efetivamente com a cura e fundamental promoção. Esse é um nó crítico a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde ³⁶.

Os profissionais precisam desenvolver o sentimento de responsabilidade sobre a cura da pessoa que o procurou, pois este confiava em seus conhecimentos e habilidades. Não podem agir momentaneamente, apenas para alívio de sintomas. Segundo Merhy ³⁶, o ponto de convergência do âmbito da saúde não é a cura, e sim a produção do cuidado, atingindo por meio desta a cura e a saúde.

Muitas vezes o usuário não se queixa da falta de conhecimento científico do odontólogo, mas da falta de compreensão, respeito e atenção por parte desses profissionais. Para Teixeira ⁶⁹ trata-se de superar o processo de medicalização e redirecionar as ações sob a ótica do cuidado, voltado para o acolhimento, estabelecimento de vínculo, responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito, humanizando o atendimento.

Para atuar como operador do cuidado, na ótica que vem sendo defendida, o trabalhador da saúde necessita adotar e incorporar seu papel de cuidador e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, nos processos relacionados com a clínica e a gestão, capacitando-se, assim, a atuar nas tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, além de lidar com os processos gerenciais para operar a produção do cuidado, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, com vista ao ganho de autonomia dos usuários ³⁵.

A humanização do processo do cuidado deverá abranger o indivíduo no seu contexto familiar. Para isso, vale ressaltar que o conceito atual de família tem sido motivo de grandes reflexões, pois se critica a visão limitada dessa acepção, já que atualmente é usual a instituição de uniões estáveis ou sem filhos.

Saraceno citado por Trad e Bastos ⁷¹, critica a maneira de abordar a família de forma individual, caracterizando cada indivíduo separado do contexto maior, pois cada família tem sua intencionalidade conveniente em seus próprios interesses, racionalidade e necessidades, diversos daqueles de seus membros individuais.

A partir da diretriz do vínculo com a comunidade e suas famílias adotada pelo PSF, na qual abraça a e sugere a adscrição da clientela em um determinado território ²¹, são criadas condições para que o SUS se aproxime mais das pessoas, tornando o sistema de saúde mais humano, responsável e principalmente, mais resolutivo ⁷.

Procura-se criar novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a como uma instituição permanente nas relações constituídas pela humanidade, uma unidade grupal onde ocorrem relações pessoais e se imprimem valores éticos, religiosos e culturais ⁶⁶.

Para o dentista que atua no PSF, são de extrema importância o contato e a afinidade com a comunidade, pois a maioria dos pacientes prefere ser atendido por um dentista de confiança, mesmo que para isto tenham que dedicar mais tempo de deslocamento e espera. É fundamental que o profissional procure compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares para depois observar como interpretam a doença. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do odontólogo, bem como melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do usuário. A continuidade do vínculo estabelecido é outro aspecto a ser considerado dentro desse processo. O profissional que acompanha por bastante tempo os mesmos pacientes conhecerá melhor uma determinada comunidade e a história de cada família.

6. METODOLOGIA

A população que fez parte da pesquisa foi composta de cirurgiões-dentistas que estavam trabalhando no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado do Rio Grande do Norte. Foram realizadas 21 entrevistas com um roteiro semi-estruturado com perguntas abertas, para induzir o mínimo possível as respostas e recolher o maior número possível de percepções, captando a visão própria dos indivíduos. Foram colhidos também dados de identificação. Optou-se por gravar a fala dos profissionais, tendo em vista uma melhor fidelidade da coleta de informações.

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto, sorteando-se 03 dentistas que estão trabalhando no PSF de Natal, tendo em vista a necessidade da avaliação da adequação do instrumento de pesquisa. Após os ajustes do instrumento, os cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa em si foram contatados através de telefonemas e o pesquisador foi até cada município em dia e hora marcada para realizar a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas no mês de março de 2004, gravadas e aplicadas por um mesmo pesquisador. A seleção desses profissionais foi feita a partir de uma listagem fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, que continha uma relação dos cirurgiões-dentistas inseridos nas Equipes de Saúde Bucal do PSF no Rio Grande do Norte de 6 Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPS) do Estado, no período da pesquisa. Optou-se por não incluir os municípios de Natal, da Grande Natal (Parnamirim, Ceará-Mirim, Macaíba, Extremoz, São Gonçalo), além de São José do Mipibu e Mossoró. O motivo dessa exclusão foi a necessidade de conhecer a vivência de dentistas no PSF em duas diferentes situações: aqueles que foram estabelecer residência em cidades do interior, longe da capital, e outros que moram a semana inteira nessas cidades, mas retornam todos os dias para a sua cidade de residência. Entende-se que há uma maior probabilidade dessa mudança definitiva ocorrer em municípios mais distantes de Natal. Mossoró foi excluída pelo fato de ser um grande centro urbano, supondo-se que a maioria dos dentistas que atua no PSF nesse município, nele mora.

Foram escolhidos então os municípios indicados, nos quais está assinalado o número de dentistas correspondente: Touros (03), Nova Cruz (05), Governador Dix-Sept Rosado (03), Acari (03), Santa Cruz (03) e Pau dos Ferros (04), perfazendo um total de 21 cirurgiões-dentistas participantes. Cada município foi escolhido por ser o mais representativo da sua

respectiva regional (URSAP), em termos de quantidade de equipes de saúde bucal implantadas no período do desenvolvimento da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, delineada por Minayo ³⁸, é o agrupamento de circunstâncias que dá sentido ao fato, e não uma situação isolada, oferecendo liberdade para resgatar o importante na novidade dos temas, mesmo se a frequência é pequena. Triviños ⁷³ menciona que o estudo qualitativo permite abordar pontos mais explicativos de uma situação e, com seus achados, posteriormente, pode-se realizar uma pesquisa extensiva que permita validar seus dados e apreciar sua variação segundo critérios pertinentes.

Os dados relativos à caracterização dos entrevistados foram analisados através de estatística descritiva, com apresentação em percentual. Essas informações estão dispostas em tabela e por meio da descrição escrita, e classificadas em: idade, sexo, tempo de formado, município de atuação, tempo de inserção no PSF, pós-graduação e instituição formadora.

Os relatos foram divididos em categorias, listadas como: modo de inserção no PSF, perfil do profissional para inserção no PSF, preparo para o trabalho no PSF, vínculo familiar no município, residência na cidade em que trabalha, grau de satisfação com a opção de residir ou não no município, influência do fato de residir ou não na prática com a comunidade, atividades desenvolvidas no PSF, a formação profissional e as ações exercidas no PSF, dificuldades quanto à relação com a equipe do PSF, dificuldades em relação à comunidade, dificuldades em relação à gestão Municipal, dificuldades pessoais, demanda fora do campo de atuação, pontos positivos de trabalhar no PSF, pontos negativos de trabalhar no PSF, contribuição da experiência de trabalhar no PSF. O roteiro de entrevista está exposto no Anexo 1 do trabalho.

Este estudo, que se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, seguiu as normas e diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde ⁴³ e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN. Para a sua realização, cada entrevistado assinou o termo de consentimento em participar da pesquisa (Anexo 2).

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1. Caracterização dos Participantes

Essas informações foram agrupadas no Quadro 1, classificadas quanto à idade, sexo, tempo de formado, município de atuação, tempo de inserção no PSF, pós-graduação e instituição formadora, apresentado a seguir:

Quadro 1: Caracterização dos participantes

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMADO	MUNICÍPIO	TEMPO NO PSF	PÓS-GRAD.	INSTITUIÇÃO
1	24	F	3	Nova Cruz	1	prótese	UFPB
2	25	M	1	Nova Cruz	1	Não tem	UFRN
3	47	F	22	Nova Cruz	2	Não tem	UFRN
4	47	F	21	Nova Cruz	2	Não tem	UFPB
5	28	F	3,5	Nova Cruz	2	prót/dent	UFRN
6	25	M	2,5	Gov. Dix-sept Rosado	1	periodontia	UFRN
7	46	F	18	Gov. Dix-sept Rosado	1	Não tem	UFRN
8	28	M	1	Gov. Dix-sept Rosado	1	Não tem	UFRN
9	25	F	2	Touros	1,25	dentística	UNP
10	29	M	5	Touros	2,75	cirurgia	UFRN
11	48	F	23	Touros	2,75	Não tem	UFRN
12	50	F	25	Acari	1	Não tem	UEPB
13	48	M	27	Acari	3	Não tem	UFRN
14	28	F	3	Acari	3	endo/prot	UFRN
15	29	M	5	Pau dos Ferros	2	periodontia	UFRN

Quadro 1: Continuação

PARTICIPANTE	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMADO	MUNICÍPIO	TEMPO NO PSF	PÓS-GRAD.	INSTITUIÇÃO
16	42	M	17	Pau dos Ferros	2	cirurgia	UFRN
17	45	F	20	Pau dos Ferros	3	Não tem	UEPB
18	43	M	19	Pau dos Ferros	3	prótese	UFRN
19	26	F	3	Santa Cruz	2	endodontia	UNP
20	55	M	30	Santa Cruz	2	Não tem	UFRN
21	41	M	16	Santa Cruz	2	Não tem	UFPB

Idade

A faixa etária predominante nos entrevistados foi acima de 40 anos (11 CDs). Apenas 4 CDs tinham menos de 25 anos. No Brasil, segundo estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-econômicas (INBRAPE) realizada em 2003, encontrou-se que 29,5% dos dentistas tinham de 26 a 35 anos. Nota-se que a faixa etária dos dentistas no PSF do Rio Grande do Norte, nos municípios pesquisados, é bem maior que a média brasileira, fato que pode ser explicado por esses profissionais que trabalham no PSF terem sido “aproveitados” por já trabalharem no município no momento que implantaram as equipes.

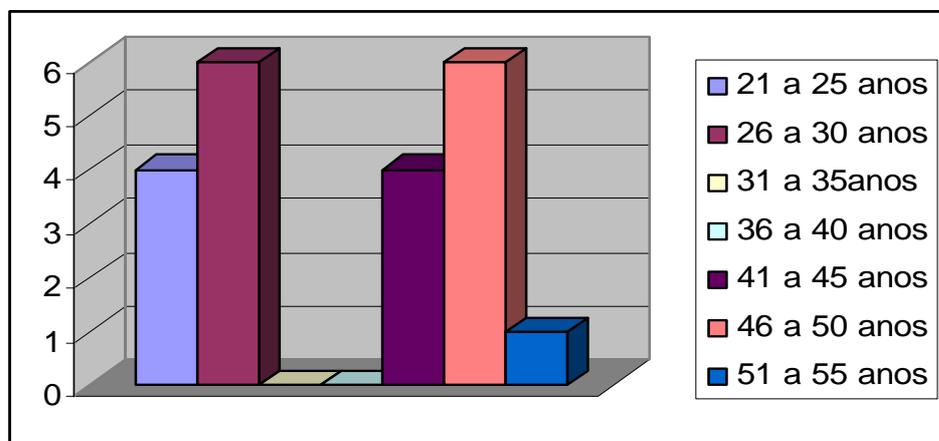


Figura 1: Valor absoluto da quantidade de CDs entrevistados, por faixa etária.

Sexo

Quanto ao sexo, encontrou-se maioria do sexo feminino (11 CDs), corroborando com um estudo elaborado pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-econômicas (INBRAPE) ²⁷, realizado em 2003, onde se encontrou que 57,5% dos dentistas no Brasil eram do sexo feminino, e ainda, através de pesquisa realizada no Rio Grande do Norte em 2001, por Rodrigues ⁵⁷, visando conhecer o Perfil dos Profissionais de Saúde Bucal do Estado Rio Grande do Norte, verificou-se que o percentual dos CDs do sexo feminino que trabalhavam no serviço público no Estado do RN era de 54,8%.

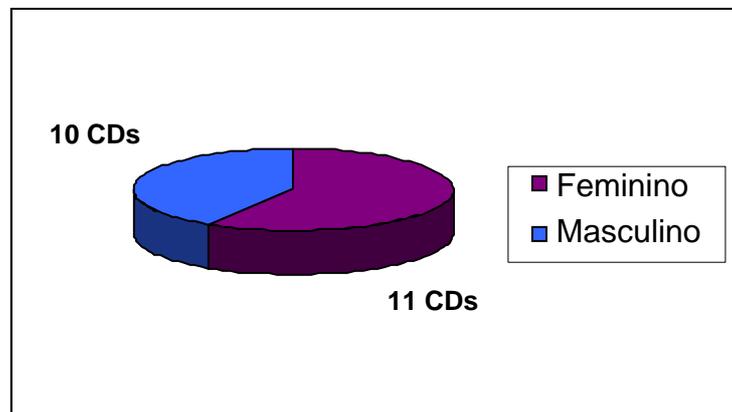


Figura 2: Distribuição percentual do sexo dos entrevistados.

Tempo de formado

O tempo de formado foi dividido em 6 períodos: até 5 anos; de 6 a 10 anos, de 11 a 15 anos; de 16 a 20 anos, de 21 a 25 anos e de 26 a 30 anos. Houve uma maior predominância do tempo de formado do período de até 5 anos (10 CDs). São os dentistas que se formaram há pouco tempo, e que têm o PSF como opção de emprego. Esse dado tem fundamental importância na análise das respostas, pois nos permite entender a influência desse fator em diversas questões da vivência desse profissional no PSF.

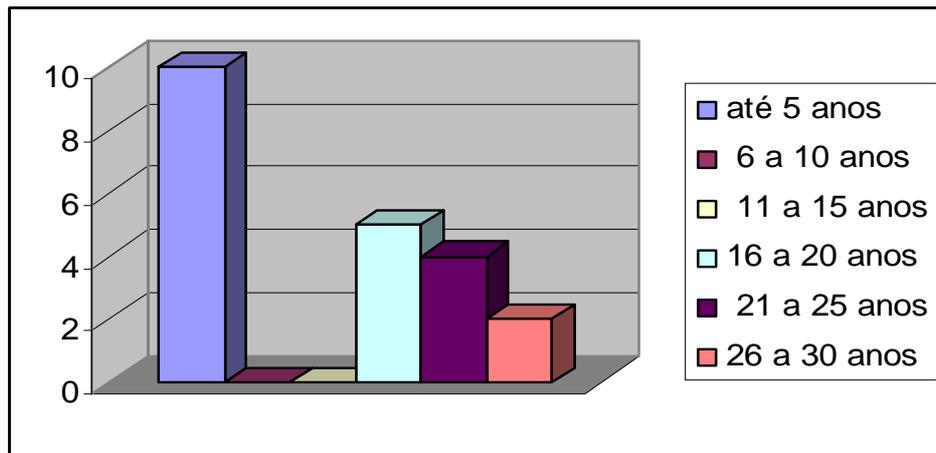


Figura 3: Valor absoluto da quantidade de CDs entrevistados , por tempo de formado.

Tempo de inserção no PSF

Quanto ao tempo de inserção no PSF, notou-se que a maioria dos CDs tem de 02 a 03 anos de trabalho no programa, correspondendo ao período de implantação das ESB no PSF no Rio Grande do Norte. Na Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil através do monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no período de 2001 a 2002 ⁴⁹, dois anos antes da realização deste estudo, notou-se que no Rio Grande do Norte, 50% dos dentistas estavam trabalhando de 7 a 12 meses e 49,3% por até 06 meses. Isso se deve ao fato das ESBs só terem sido implantadas no ano de 2001. O Ministério da Saúde ⁴⁹ reportou que a inserção dos profissionais nas equipes de saúde era recente, pois a maioria dos profissionais das ESF estavam trabalhando a menos de 1 ano, principalmente os CDs. O mesmo acrescentou que

O pequeno tempo de permanência das equipes pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais, até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde. (p. 23)

Instituição de ensino

Referindo-se à instituição formadora, no nível de graduação, 15 dos cirurgiões-dentistas referem terem sido graduados pela UFRN, 02 na UNP, 01 na UEPB e 03 na UFPB. O fato de encontrarmos alguns dentistas formados por universidades da Paraíba nesta pesquisa, justifica-se por se tratar de um Estado que faz fronteira com o RN. Isso pôde ser percebido nas ESBs dos municípios fronteiriços.

Pós-Graduação

Encontrou-se que 11 entrevistados não possuem pós-graduação, e os que possuem, 04 são pós-graduados em Prótese, 02 em Dentística, 02 em Periodontia, 02 em Endodontia e 02 em Cirurgia. O estudo de Rodrigues ⁵⁷ apontou que 42,8% dos CDs que trabalhavam no serviço público do RN não tinham qualquer pós-graduação. Nota-se que há uma quantidade muito grande de cirurgiões-dentistas sem pós-graduação trabalhando no PSF, revelando uma quantidade maior até dos que trabalham no serviço público como um todo.

Dos CDs que atestaram não possuir pós-graduação (11 CDs), 09 possuem de 16 a 20 anos de formado. Os últimos 10 anos da Odontologia foram marcados pelo aumento do número de faculdades no Brasil e pelo incremento de cursos de pós-graduação, estimulando uma maior procura por qualificação profissional, fato observado nos profissionais participantes que com pouco tempo de formado já concluíram algum curso de pós-graduação, pois são de uma geração onde se começou a viver a questão da concorrência da profissão, em que foi necessária a procura pela qualificação. O mercado de trabalho atual na Odontologia exige um profissional cada vez mais especializado para “vencer” a competição profissional.

7.2. Atuação Profissional e Vivência no PSF

Deste momento em diante, dar-se-á início à análise das questões abertas, lembrando que estas foram gravadas e baseadas num roteiro de entrevista (Anexo 1). Esta pesquisa tem caráter qualitativo e quantitativo, e não tem intenção de levantar hipóteses, mas o intuito de explorar várias questões que foram expostas à medida que os relatos aconteceram. Cada questão foi abordada de maneira a tentar resgatar do profissional qualquer assunto relacionado ao tema da questão. Para um melhor entendimento, as perguntas serão divididas em temas centrais e cada citação direta, representando a fala dos entrevistados, será acompanhada pela classificação numérica do cirurgião-dentista (CD) e de seu respectivo tempo de formação profissional (T.F.).

Modos de inserção no PSF

Um dos pontos bastante inferidos para justificar o motivo de inserção no PSF, relatado pelos profissionais, foram desde os relacionados à renda, sendo expressos por alguns como uma oportunidade de trabalho e por outros, pelo salário, aos relacionados com a aquisição de experiência profissional.

Foi referido que no consultório particular ganhava-se pouco e por isso teria aceitado trabalhar no PSF. Alguns dentistas responderam que já trabalhavam no município e que foram “aproveitados” quando os gestores implantaram o PSF. Poucos tiveram como motivo de inserção a proposta do PSF em si. Observou-se que todos os candidatos foram inseridos nas ESBs sem concurso público e que a indicação dependeu de fatores políticos ou porque o CD tinha ligação familiar com o prefeito da cidade, infringindo, assim, exigência constitucional de realização de concurso público para investidura nos quadros do serviço público no Brasil. Muitos moram ou trabalham em cidades vizinhas e relatam que por este motivo foi vantajoso entrar no PSF. Não houve critérios de seleção a partir do perfil do profissional ou de sua formação. Na verdade, como observamos na caracterização dos sujeitos, não há um só dentista com pós-graduação na área de saúde pública ou saúde coletiva. Algumas falas expressas a seguir demonstram essa realidade:

Na verdade eu procurei porque seria mais uma renda, porque consultório está um pouco difícil [...]. Na verdade me chamaram para entrar [...]. Eu já trabalhava no município. (CD₁ - T.F. 16 anos).

Eu acho que em primeiro lugar, foi a oportunidade de trabalho. Foi a primeira oportunidade de trabalho que eu tive.[...] não foi nem por questão de salarial não, foi por oportunidade de trabalho sabe [...] independente do salário. CD₃, T.F. 3 anos).

Pelo salário, pois o pagamento do Estado está muito defasado. Como eu já atuava há 15 anos, conversei com o Secretário e disse que estava interessada em participar do PSF, sendo o salário o principal motivo”. (CD₁₁, T.F. 23 anos).

A categoria dos odontólogos vem sofrendo uma constante diminuição do seu prestígio, seja pelo elevado número de faculdades em todo o país, deixando o mercado de trabalho altamente competitivo, ou forçando o dentista a se submeter aos baixos preços cobrados por planos de saúde ou baixos salários oferecidos por serviços privados ou públicos. A Odontologia, citam Secco e Pereira ⁶², sempre esteve entre as áreas mais concorridas nos vestibulares, porém, hoje, encontra-se em declínio. Há uma crise relacionada ao status da profissão no contexto social, que coloca em questão o prestígio e o poder dos profissionais em sua realidade social. Outro relato reporta à proposta do PSF: “O modo que se trabalha no PSF fez com que me identificasse bastante [...]”. (CD₁₄, T.F. 1 ano).

Em termos técnicos e políticos, a implementação do PSF é baseada na interação com a comunidade, fazendo com que esta participe da construção de práticas e estratégias mais eficazes para enfrentar os problemas de saúde ⁷¹. Essa implementação tem proporcionado aos poucos dignidade técnica, econômica e política à atenção primária, prioridade idealizada somente na história da saúde pública nacional ⁶⁰.

Surgiram também entre os entrevistados, queixas quanto à falta de realização de concursos para a área da Odontologia: “Eu acho que foi a falta de concurso, a falta de emprego. Não tem emprego na Grande Natal, a gente tem que procurar emprego no interior pra adquirir até mesmo experiência”. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

De acordo com a Emenda Constitucional nº 19, artigo 5º, de 14/06/98, o acesso ao PSF deve ser feito através de seleção pública e contratação em regime de CLT para todos os

profissionais de saúde do programa, para disciplinar as relações trabalhistas entre o poder público e os profissionais do PSF¹⁶. Porém, o que vemos são contratos de trabalhos precários, provocando insegurança nos profissionais a cada início de gestão no município.

Perfil profissional para inserção no PSF

Quando os CDs foram argüidos sobre qual perfil eles achavam que o profissional deveria ter para se inserir na proposta do PSF, notou-se que muitos responderam que o dentista deveria ser humano, solidário, gostar de trabalhar com a comunidade e gostar do serviço público. Outros afirmaram que o CD tem que gostar de fazer atividades preventivas e coletivas. Alguns cirurgiões-dentistas disseram que se deve ter muito conhecimento clínico, saber um pouco de cada profissão, saber encaminhar, saber trabalhar com as limitações e ter coragem para enfrentar as dificuldades. Os discursos mais representativos dos profissionais foram:

Eu acho que primeiramente deve ser humanizado, porque trabalhamos com pessoas carentes, ou seja, tem que saber lidar com a comunidade. (CD₁₂, T.F. 2 anos).

Ele tem que ter um perfil, muito assim... de coletividade. De trabalhar assim... de forma coletiva mesmo. Tem que ter o perfil de trabalhar muito com prevenção. A parte curativa fica em segundo plano. Pelo menos é o que tá acontecendo. (CD₃, T.F.3 anos).

Observa-se nesse e em outros relatos que alguns CDs julgam que, integrando a equipe de saúde da família, vão se dedicar à promoção da saúde bucal⁹, à prevenção das cáries, e irão se libertar da cadeira do dentista, passando a trabalhar nas creches, escolas, e de casa em casa, ensinando a escovação correta, fazendo aplicação tópica de flúor e evidenciação de placa bacteriana.

Dados apresentados por Matildes no V Congresso Cearense de Odontologia, citado por Manfredini³³ revelam que a quantidade de procedimentos coletivos aumentou 197,04% se compararmos o ano 2000 com 2002, enquanto que os procedimentos individuais só

aumentaram 10%. Esses dados eram representados pelo incremento de 496 novas ESBs, mostrando que apesar do aumento das equipes, houve um acréscimo mínimo de procedimentos individuais.

A questão da prevenção é compreendida como base das ações do PSF, porém, é necessário considerar que as necessidades de tratamento restaurador são elevadas no Brasil. O dentista que trabalha no PSF tem que ter cuidado para não esquecer desse fato e procurar trabalhar de maneira a ampliar o acesso ao tratamento e também às ações de promoção e prevenção de forma equilibrada.

O trabalho no PSF é encarado como desafiante, onde o profissional precisa estar preparado tecnicamente e psicologicamente, pois exige muita habilidade e destreza, além de criatividade para se trabalhar com o material disponível.

Deve ter muita vivência, pois como ele trabalha encarando certas situações [...] tem que ser corajoso, experiente [...]. (CD₁₉, T.F. 22 anos).

[...] tem que ser clínico geral porque aqui aparece de tudo. (CD₂₀, T.F. 3 anos).

Eu acho que o clínico geral tem que saber a base das práticas de saúde bucal [...] aqui nós temos o adulto, a gestante, o idoso, o hipertenso, o diabético e as crianças [...]. (CD₂, T.F. 30 anos).

Antes de tudo, ele tem que ser um psicólogo, ele tem que ser um pedagogo, ele tem que ser um assistente social, ele tem que ser um médico, ele tem que ser um enfermeiro e por último ele tem que ser um odontólogo [...]. (CD₅, T.F. 20 anos).

Concorda-se que é necessário que o cirurgião-dentista saiba realizar todos os procedimentos básicos em Odontologia e que tenha uma visão geral de todas as especialidades odontológicas, porém, não é obrigatoriamente o generalista o melhor profissional para trabalhar no PSF. Cada especialista tem uma contribuição a dar na sua prática diária.

É inegável a legitimidade da maioria das especialidades médicas. Em geral, contribuem para aumentar a capacidade resolutive da prática médica. [...] Contudo, a fragmentação do trabalho médico em múltiplas especialidades tem dificultado o diagnóstico e a instituição de terapêuticos em tempo hábil. Em decorrência, multiplicam-se os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados⁸. (p. 142).

A necessidade do conhecimento sobre referência e contra-referência foi abordada como fator importante para o trabalho no PSF: “Tem que saber encaminhar direito [...] tem que saber trabalhar com o que tem. Muitas coisas que agente aprende na faculdade, aqueles detalhes... aqui é bem diferente”. (CD₂₁, T.F. 1 ano).

Adequação ao perfil do PSF

Em seguida, perguntou-se se eles consideravam que tinham esse perfil e por quê. A maioria acredita que tem o perfil adequado e justificaram pelo fato de já trabalharem no serviço público anteriormente, de gostarem de lidar com a população e de terem se identificado com o PSF. Fatos constatados nas seguintes falas:

Eu acho que tenho porque antes mesmo do PSF eu já era dedicado à saúde pública. Eu sempre fiz saúde pública [...] eu gosto mesmo. (CD₂, T.F. 30 anos).

Graças a Deus o povo se dá muito bem comigo, gostam de mim, até mesmo dizem que eu sou muito delicada. (CD₁₂, T.F. 2 anos).

Alguns entrevistados relataram que no início não tinham o perfil, pois encontravam dificuldade de trabalhar com crianças: “No começo não [...] porque tem áreas mais específicas como a Odontopediatria que você tem que se adaptar a esse trabalho”. (CD₁, T.F. 16 anos).

É interessante notar no depoimento abaixo que houve um “desabafo” do profissional com relação ao trabalho no PSF, considerando-o como um emprego temporário, pois não tem pretensão em permanecer indefinidamente. Fato expressado também por outros profissionais

devido aos precários vínculos trabalhistas, acomodação profissional por trabalhar no interior (desatualização) e almeja trabalhar na cidade de Natal, próximo à família.

No começo eu achava que não tinha não [...] realmente não é isso que eu quero pra minha vida toda. Com o decorrer do tempo eu acho que me encaixei super bem no PSF. Mas como a gente sabe que é um emprego temporário, não pode nem se apaixonar por ele. Eu gosto de trabalhar no PSF, de trabalhar com a população humilde, com crianças. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Preparação para assumir o trabalho no PSF

A maioria dos entrevistados, quando questionado se eles se sentiram preparados para assumir o trabalho no PSF, respondeu positivamente. As justificativas estão relacionadas ao tempo de atuação no serviço público, ou seja, a maior parte dos dentistas que atuavam na rede pública há muito tempo responderam que estavam preparados.

Eu me sentia. Não encontrei dificuldade nenhuma. (CD₁₈, T.F. 21 anos).

A princípio não, mas depois que eu fiz o treinamento introdutório do PSF é que achei que estava preparado para isso. (CD₉, T.F. 27 anos).

Eu acredito que sim [...] não é possível que com tanto tempo de profissão, né [...] e eu sempre fiz saúde pública, e procuro me aperfeiçoar. (CD₂, T.F. 30 anos).

Percebe-se uma relação das respostas com o tempo de formado, pois entre a maioria dos recém-formados (até 03 anos de formado) notou-se que havia maior insegurança no começo da atuação no PSF, porém não era unanimidade.

Fiquei um pouco insegura, no início. Aí estou indo pedir ajuda aos professores, estou indo muito à universidade pedir ajuda, pedir orientação. Foi ai que eu fui me desenvolvendo mais. Eu acho que é

mais com a prática que você... que você fica sabendo realmente. (CD₃, T.F.3 anos).

Há dificuldade quanto ao atendimento clínico, principalmente em exodontias, pois tanto na faculdade quanto na pós-graduação se faz de tudo para preservar a estrutura dentária, assim, o aluno não desenvolve a prática da exodontia.

[...] quando a gente entra nesse trabalho, a parte de dentística é “ok”, mas a parte de cirurgia, pra extração de dentes... eu... o que eu menos fiz em São Paulo (quando estava na especialização em Periodontia) foi isso, né? A gente fazia de tudo para recuperar o dente. Então a maior dificuldade que eu enfrentei no começo foi essa questão da parte cirúrgica, porque os abacaxis que chegam... porque se chega todo o tipo de caso, dos mais diversos [...] só isso aqui ensina. Na faculdade a gente pega aqueles dentes hígidos, mas aqui é outra realidade. Todo dia a gente tá aprendendo... sempre tem uns abacaxis... e eu acho isso bacana, cada vez que você supera, você aprendeu mais, você tá mais disposto, tá mais apto. (CD₇, T.F. 5 anos).

A razão de estar ou não preparado, segundo um dos entrevistados, depende da vontade e interesse de fazer um bom trabalho:

Eu me preparei para ser um bom profissional de Odontologia, modéstia à parte. Então eu não veria dificuldade se fosse PSF ou se não fosse PSF. A questão de estar preparado, o tempo é que mostra, mas a dedicação, o interesse de fazer um bom trabalho, isso aí nunca faltou. (CD₄, T.F. 9 anos).

Os dentistas queixam-se não saberem como funciona o PSF e de como realizar atividades coletivas: “Bem, com relação à parte clínica, lógico, só com o tempo de trabalho, e com relação ao PSF, eu sai da faculdade totalmente despreparado, pois eu não vi muita coisa voltada para o PSF”. (CD₁₃, T.F. 5 anos).

Foi a minha primeira experiência profissional, logo quando acabei a faculdade fui trabalhar lá, então em termos de conhecimento de saúde pública não posso dizer muita coisa, a não ser quando entrei no PSF

recebi treinamento, mas mesmo assim só participei de um. Sei que devo participar de outros. (CD₁₆, T.F. 2 anos e meio).

[...] eu não estava preparada porque quando eu entrei no PSF eu pensava que era uma coisa mais preventiva, e quando me deparei percebi que teria que me adequar, pois aqui a comunidade precisa mesmo é do tratamento. (CD₁₂, T.F. 2 anos).

A implantação do PSF, na maioria dos municípios, ocorreu sem diagnóstico da área de trabalho e das condições de vida e saúde da comunidade para posterior planejamento das atividades. O Ministério da Saúde ⁴⁹ concorda que a delimitação do território de responsabilização das equipes é fundamental para a ESF, sendo uma das diretrizes do PSF. A adscrição de clientela, vinculação de uma população a uma unidade de saúde a partir do estabelecimento de uma base territorial, permite delinear sua realidade de saúde, que está em permanente movimento, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

A Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil foi realizada através do monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família em 2001/2002. O Ministério da Saúde ⁴⁹ encontrou que 84,2% das ESB conheciam a sua área de abrangência, porém no RN apenas 16% das ESB possuíam mapa da sua área de abrangência, demonstrando que há falta de planejamento a partir das áreas e fatores de risco a doenças.

Vínculo familiar no município onde trabalha

No que se refere ao vínculo familiar que os profissionais tinham com pessoas do município, a maioria (16 CDs) respondeu que tinham esse tipo de ligação. Os que responderam negativamente, que foram poucos, estavam ali porque moravam ou trabalhavam em municípios próximos. Ou seja, constata-se o predomínio da questão política e familiar para se enquadrar no PSF. É importante salientar que se considerou como vínculo familiar, a ligação tanto por parte da família do entrevistado como da família do cônjuge. Seguem os relatos:

Tenho vínculo. Eu sou filho da terra. Eu acho que sou um dos poucos profissionais que sou filho mesmo dessa cidade. Inclusive, na unidade em que eu trabalho é uma unidade muito ligada a mim porque é uma unidade que meu pai foi proprietário de lá. Eu nasci, praticamente, e me criei nessa unidade e por isso é que eu tenho um vínculo muito grande, familiar com o pessoal. Todo mundo me conhece na unidade, né [...] então fica mais fácil de você se relacionar, até a aceitação mesmo da comunidade porque você é um filho lá da terra mesmo. E bem localizada mesmo, bem regionalizada mesmo a unidade em que eu trabalho. É praticamente onde eu nasci e onde eu me criei. (CD₆, T.F. 17 anos).

Eu sou sobrinha da primeira dama. Minha mãe é irmã da primeira dama. Mais ninguém aqui é ligado à família do prefeito (referiu-se aos outros profissionais do PSF). Mas eu não tenho nenhuma regalia. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Residência na cidade em que trabalha

Outro tema abordado foi se o profissional estabelece residência na cidade em que trabalha. Temos que 13 CDs não residem no município, e destes, a maioria fica no município somente por alguns dias, geralmente de segunda a quinta; outros retornam todos os dias para casa, pois moram em municípios próximos. Um profissional relatou que só permanece dois dias na cidade. Estes depoimentos dão margem à discussão da carga horária semanal de 40 horas que é exigida no PSF. O que aparece nos relatos é que nenhum profissional cumpre essa carga horária, realizando, na maioria das vezes, 04 dias de trabalho e, em alguns casos, apenas 01 turno de atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde⁴⁹, o estabelecimento da carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes de saúde sustenta-se na idéia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculos entre os membros da equipe e entre estes e a população, e ainda, para melhor desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista gerencial e organizacional, quanto assistencial. Em pesquisa realizada pelo próprio Ministério da Saúde, constatou-se que no Brasil, no período de 2001 a 2002, somente 68,3% dos cirurgiões-dentistas do PSF cumpriam a carga horária de 40 horas semanais. No RN,

apenas 48,7% a cumprem. Situação melhor do que a dos médicos (41,7%) e pior do que a dos enfermeiros (50,5%). Esse fato ressalta a necessidade de uma maior fiscalização quanto à efetividade dessa carga horária.

Grau de satisfação com a opção de residir ou não no município

Percebeu-se, ao se questionar os participantes desta pesquisa se estavam satisfeitos com a opção escolhida, qual seja, residir ou não no município, que apenas um dentista, dentre os sete que disseram que moram na cidade, não está satisfeito com essa opção. Observa-se menor satisfação entre os CDs que ficam apenas alguns dias no município. Os relatos mostram que estes gostariam de poder ir e voltar todos os dias, mas não o fazem, pois se torna muito cansativo e oneroso. Destacaram ainda que sentem falta do convívio familiar e de não poderem se dedicar mais ao consultório particular. Um dos entrevistados acrescentou diversidades como o perigo das estradas, cheia de buracos e que todos os dias tem que percorrer esse caminho.

Influência do fato de residir ou não no município na prática com a comunidade

A maioria dos profissionais acredita que o fato do CD residir ou não no município em que trabalha não interfere na prática com a comunidade. Alegam que a diferença está no compromisso e na atitude do profissional com a comunidade, fato enfatizado por relatos dos CDs que trabalham na zona rural, ao declarar que mesmo morando na cidade, só estão próximos à comunidade a que assistem durante o expediente de trabalho, devido à distância do centro da cidade. Como é comprovado a seguir por alguns relatos:

Não. Porque eu só vou pra minha comunidade na hora do trabalho. Como eu trabalho no sítio, então eu só vou naquele dia, no local de trabalho, atendo e volto. Só se vier algum agente de saúde aqui na

minha casa pra perguntar o horário de atendimento [...] eu acho que não interfere. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Acredito que não, pois estou aqui todos os dias e a gente procura o máximo fazer todos os atendimentos. (CD₁₀, T.F. 25 anos).

Não, sinceramente não. Se influenciasse seria pra privilegiar um ou outro. Eu acho que isso não é necessário, eu posso ser um bom profissional do PSF ou não ser do PSF, trabalhar numa comunidade, me dedicar a ela. E os dias que estiver lá, me entregar de corpo e alma e fazer um bom trabalho. Vai de cada pessoa mesmo. (CD₄, T.F. 19 anos).

Os que responderam que interfere na prática diária alegaram que o profissional que mora no município tem mais vínculo com a comunidade e esta tem mais acesso ao profissional, caso precise dos seus cuidados fora do horário de trabalho.

É bom morar na cidade, né? Pra tá aqui sempre, todos os dias, manhã e tarde. É melhor, porque as pessoas me procuram quando precisam, qualquer situação elas sabem onde você mora, vão no seu consultório. (CD₁, T.F. 16 anos).

O vínculo com a comunidade é um ponto fundamental nas relações de cuidado à saúde, pois é através desse contato mais próximo com as pessoas que se adquire uma maior confiança durante o processo de tratamento. Isso pode ser conseguido através da maneira de interagir com o paciente, com atenção, compreensão e cuidado. A permanência do profissional de saúde no município em que trabalha é somente um dos fatores a ser considerado na construção desse vínculo, mas não está na dependência disso.

Atividades desenvolvidas no PSF

A maioria respondeu que desenvolvem atividades básicas: extrações, restaurações, periodontia básica, profilaxia; e também atividades preventivas e educativas: palestras,

aplicação de flúor em crianças nas escolas, creches. Além de atendimento de urgência, visitas domiciliares e atendimento a hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças.

A Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil através do monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família ⁴⁹, realizada pelo Ministério da Saúde, coletou que no período de 2001 a 2002 apenas 65,6% das ESBs no Rio Grande do Norte faziam atendimento de urgência, somente 38% realizavam oferta programática a grupos, 14,1% atendimento a instituições e 0,7% ainda atendem exclusivamente a grupos escolares.

Bom, por enquanto a gente só tem atividades basicamente dentro do consultório, dada a procura que é muito grande. Já entrei em contato com a Secretaria pra ir nos colégios agora, pra... material didático, ilustrativo... porque a gente vai começar a fazer palestra tanto nas escolas quanto na comunidade. Eu estou querendo destinar um turno pra fazer isso, mas mesmo assim estamos pretendendo começar essa parte de prevenção, mas vamos precisar de umas orientações. (CD₇, T.F. 5 anos).

Extração, curativo, restauração, profilaxia e flúor. [...] Tem resina foto. O material é bom. Eu trabalho nesse posto e em outro posto. [...] eu fico mais com a parte de restauração. (CD₂₁, T.F. 1 ano).

Bom, é como eu falei pra você... nós trabalhamos a parte preventiva, né? Essa parte preventiva... ela consiste no seguinte..nós trabalhamos nas escolas, certo? De 3 em 3 meses nós fazemos um trabalho de palestras, orientação de escovação, né? Com a prevenção da cárie dentária, das doenças periodontais e do câncer bucal, né? (CD 6 T.F. 17 anos).

Eu sei que era pra gente desenvolver muitas atividades preventivas. Isso é o que mais a gente vê nos treinamentos do PSF, só que nós não fazemos isso. Eu não faço. Prevenção tipo palestra, ir numa escola fazer alguma orientação, não faço. No dia que se tira um horário de trabalho de procedimentos como exodontia, a população reclama. Teve uma época que a gente tava com falta de água no posto que a gente trabalhava, eu ia marcava atendimento com gestante pra fazer orientação, e só foi uma. Tinha 50 gestantes na área, foi um ou dois. Eles só vão se tiver alguma coisa em troca. Eles não vão pra obter informação. A gente sabe que o PSF tem tudo pra melhorar a saúde, tem tudo pra dar certo. Só que a população não está educada pra esse método de trabalho. Ela não quer prevenção. Ela só quer mesmo tratamento curativo. A atividade que eu desenvolvo é exodontia.

Atualmente tem pouco dentista fazendo restauração no município. Os dentistas do consultório particular é que devem estar gostando. Mas a população é altamente pobre. A cidade é grande, 40 e poucos mil habitantes, mas é pobre. A maioria trabalha na prefeitura ou trabalha na Alpargatas (fábrica). É um desestímulo fazer exodontia. Você está numa era da implantodontia, e a gente ainda tem que fazer extração. As pessoas não querem fazer restauração. Eles acham que se faz a restauração, no futuro vão ter que extrair. E se no futuro tiver que extrair e não tiver dentista? (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Infelizmente, o que constatamos nas seguintes falas é que os dentistas não estão fazendo atividades preventivas como deveriam ser realizadas. Relatam a dificuldade de praticá-las na comunidade e que a população exige o tratamento curativo. Alguns expressam a falta de material para o dentista realizar educação em saúde, ou que não sabem como realizá-la. Porém, esses fatores não justificam a ausência destas ações, pois há facilidade no acesso aos manuais de orientação do Ministério da Saúde, às faculdades de Odontologia, além de diversas maneiras de construir esses instrumentos educativos, inclusive com a participação da comunidade.

O Ministério da Saúde ⁴⁹ analisa que no RN 30,9% das ESBs referiram possuir material suficiente para a realização de ações educativas, estando abaixo da média no Brasil que foi de 41,9%. Considerando que o Cirurgião-Dentista dispõe de 40 horas semanais, é possível reservar um horário específico para este participar das atualizações da equipe, como capacitar os THDs, ACDs, ACSs e auxiliares de enfermagem. Assim, o CD deve ser um participante ativo das ações de promoção, educação e prevenção, dispondo de tempo para reunir-se com a equipe de saúde e com a população da área onde atua, participando dos processos de planejamento e avaliação das ações em desenvolvimento na sua região e no município como um todo, fazendo visitas aos domicílios sempre que isso for necessário para conhecer profundamente a população e suas condições de vida ⁹.

Na verdade, a dificuldade de como trabalhar no PSF, relatado pelos CDs é reflexo do modelo de saúde ainda vigente, o cirúrgico-mutilador, onde a quantidade de procedimentos predomina na mentalidade dos CDs e dos gestores.

Merhy ³⁶ ressalta que deveria haver uma combinação da melhor forma possível entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, procurar a produção do melhor cuidado em saúde, o cuidado que resulta na cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado.

Concordando com essa idéia, Souza ⁶⁷ aborda a necessidade de mudanças dos saberes e práticas nos processos de trabalho em saúde, porém isso exige novos padrões cognitivos e culturais. A mesma enfatiza que para sairmos da relação entre clínica e saúde coletiva, é necessário que na clínica as ações sejam mais do que apenas o diagnóstico de sinais e sintomas, observando a subjetividade do processo do adoecimento.

Há também, por parte da população, uma naturalização de perda dentária. Porém, o indivíduo ao expor as suas perdas dentárias, expõe também as suas perdas culturais, sociais, econômicas, afetivas, políticas, entre outras. A perda dentária não é natural, pois é produção sócio-cultural e histórica e tem influências importantes nas subjetividades de quem as sofre ⁶⁷.

Ainda existe falta de interesse por parte dos profissionais em realizar alguns procedimentos, observado pelo relato a seguir: “Faço o básico, restaurações, extrações, Raio X. O aparelho de Raio X é uma polêmica. Trabalhei durante um tempo, depois parou... aí não revela mais e eu não sei o que é”. (CD₁₉, T.F. 22 anos).

As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família devem ser frequentemente avaliadas e adaptadas às necessidades da comunidade. É fundamental o acompanhamento dos dados, para posteriormente consolidá-los e servir de base para o planejamento e o redirecionamento das ações ⁴⁹.

A formação profissional e as ações exercidas no PSF

Um ponto em comum entre 14 dentistas foi que a formação profissional não os preparou para o tipo de prática exercido no PSF. Ressaltaram que a faculdade só prepara na teoria, que não prepara para exercer as atividades preventivas e educativas e só ensina para o trabalho no consultório particular.

Dos que responderam afirmativamente, a justificativa foi a preparação oferecida pelo introdutório ou que durante a graduação já foram abordados temas relacionados ao PSF, segundo relato de um CD com apenas um ano de formado.

Alegar que o introdutório preparou é questionável, pois em apenas alguns dias não se prepara nenhum profissional para exercer as inúmeras ações requeridas durante o exercício no PSF. Seria necessária uma carga horária mais intensa para atingir essa finalidade.

A seguir algumas falas representativas:

Eu senti que na faculdade você é preparado para trabalhar em serviço particular, não creio que a gente saia da faculdade para trabalhar no serviço público. (CD₁₄, T.F. 1 ano).

Não... Não preparou... Inclusive, nós tivemos um introdutório do PSF e depois um específico do PSF que ajudou bastante a gente... Porque a gente sai da faculdade e não está acostumado ao trabalho educativo. (CD₁, T.F. 16 anos).

A faculdade não prepara você... Ela prepara, ela orienta você, mas você, profissional tem que buscar, o profissional tem que buscar. Mas a função da universidade é orientar você pra você se preparar. É muito pouco tempo de estágio pra você se tornar um profissional preparado pra trabalhar na ESB. (CD₆, T.F. 17 anos).

Eu acho que a formação acadêmica dá uma base de tudo, mas não deixa a pessoa preparada pra nada. Você não sai da faculdade preparado pra nada, você tem noções pra vivência. Não prepara nem pra posto de saúde, nem pra consultório. Você tem que procurar outras coisas, outros pra se aperfeiçoar. Melhorar o seu conhecimento. É importante exercer a prática. A minha pós-graduação não tem nada a ver com o que eu faço aqui. Eu faço Dentística, Estética e Restauradora e aqui eu só faço Exodontia. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Vários são os motivos apontados para a falta de preparação para o desenvolvimento das ações no PSF. Entre eles está, segundo o Ministério da Saúde ⁴⁵, a fragilidade do PSF no início de sua implantação. O processo de formulação não estava totalmente concluído e as condições necessárias a sua sustentabilidade não foram defendidos de modo suficiente no âmbito institucional. Havia também resistência de seguir uma proposta que confrontava com as formas tradicionais de organização dos serviços. A consolidação do PSF estava, portanto, dependente da postura de profissionais com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados

ao novo modelo, capazes de uma prática multiprofissional e interdisciplinar, preparados para este novo tipo de trabalho.

Para resolver esse problema, em 1997, foram propostos pelo Ministério da Saúde, pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o PSF, que são espaços de articulação entre serviços e instituições de ensino superior com o objetivo de implementar processos de capacitação destinados aos profissionais do Programa. Os gestores concordam que dentre os entraves do PSF está a necessidade de realizar capacitação dos profissionais e a dificuldade de adaptação das equipes à rede de serviços já instalados ⁴⁵.

Realmente, o investimento em educação e informação continuada de equipe de saúde e da população tem surtido positivos no que se refere à qualidade da prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população, como enfatiza Trad e Bastos ⁷¹.

Dificuldades em relação à equipe do PSF

As dificuldades relatadas por estes profissionais são basicamente questões relacionadas à falta de integração com os outros membros da equipe do PSF, principalmente com o médico, mas também com os enfermeiros, ACSs e ACDs. Expressam também que não fazem visitas domiciliares e atendimento na zona rural junto com os outros membros da equipe pela falta de transporte para deslocar todos os profissionais.

É um pouco difícil o entrosamento que deveria existir entre eu, o médico e o enfermeiro. Porque eles se deslocam para a zona rural, mas eles vão num carro separado. Vai o médico, a enfermeira e duas auxiliares, mais o motorista. Não me cabe. Então tem que ter um carro exclusivamente pra mim. E às vezes fica difícil. O dia em que eles vão para tal comunidade, às vezes não dá para conciliar. Não cai no mesmo dia. (CD₃, T.F. 3 anos).

A minha equipe é totalmente integrada. Eu convivo muito bem com todos da minha equipe. Se eu precisar da ajuda do médico, ele está ali. Mas quando o médico e enfermeira vão fazer visitas, o dentista

não costuma ir. A gente só participa da reunião, mas só ouvindo. (CD₁₉, T.F. 22 anos).

O CD acima diz que a sua equipe é totalmente integrada, entretanto se observa que esta integração é pessoal, não se desenvolvendo na atuação profissional.

O dentista é isolado, a gente se sente ninguém. Não é chamado pra reunião, quando somos chamados nem citam os nomes da gente. A gente fica só escutando. A gente não participa de nada. Eu trabalho com duas equipes de saúde da família. Uma é perfeita e a outra é péssima, desorganizada. (CD₁₈, T.F. 21 anos).

Não restam dúvidas de que a relação do dentista com os outros membros da equipe é conflituosa, pois culturalmente esse profissional sempre se isolou no consultório, esquivando-se dos problemas enfrentados pela equipe como um todo. A preocupação com a questão da produtividade odontológica e dos registros dos procedimentos obriga esse isolamento, dificultando a integração com os outros profissionais da saúde, motivo de reclamação constante entre esses profissionais.

Conforme monitoramento executado pelo Ministério da Saúde ⁴⁹, apenas 53% dos cirurgiões-dentistas das ESB se reúnem com a equipe, percentual menor do que os médicos (82%) e mais ainda do que os enfermeiros (91%).

Eu sinto o dentista isolado. Não é por causa dos profissionais da equipe, vem de lá de cima, da secretaria de saúde, da prefeitura. Teve uma reunião na secretaria municipal de saúde, chamaram os médicos, enfermeiros, etc, mas os dentistas nem foram mencionados. Nas reuniões só falavam de assuntos relacionados à área médica e de enfermagem, e a gente ficava bestando. Então a coordenadora atual disse que ia fazer as reuniões separadas. Apesar de 2 anos na equipe, há um escanteio dos dentistas. Teve um treinamento de aleitamento materno que eu achava que a gente deveria ter ido, mas disseram que não era pra os dentistas irem. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

As ações de saúde não estão relacionadas apenas ao saber do ato médico, mas de todos os profissionais da Unidade de Saúde, afirma Merhy ³⁶. Enfatiza também a necessidade de romper com a hegemonia do cuidado pelo Profissional de Nível Superior, transferindo alguns

papéis para os recursos humanos do nível médio. Porém, segundo raciocínio de Campos ⁷ para que essa mudança ocorra é necessário também a transformação das relações de trabalho da própria equipe de saúde.

A inserção das ações de saúde bucal no PSF trouxe a oportunidade do dentista exercer também suas atividades fora do consultório, proporcionando uma aproximação maior com os outros profissionais e com a comunidade, porém isso não tem se refletido numa integração real no que diz respeito ao trabalho em equipe, pois o dentista ainda se comporta de forma não participativa, reflexo do próprio modelo assistencial em saúde, que limita o dentista no cuidado da saúde como um todo.

Dificuldades vividas em relação à comunidade

Dos depoimentos coletados, 14 profissionais expressam algum tipo de dificuldade de relacionamento com a comunidade, expressas em relação à necessidade e à procura por atendimento, que é muito elevada. Demonstrou-se também a resistência da comunidade ao tratamento preventivo, e a dificuldade de transmitir as informações de saúde bucal à população e de convencê-la. Encontrando barreiras para a conclusão do tratamento de algumas pessoas.

As dificuldades encontradas estão voltadas à falta de informação e o grande fator do medo devido a dor, o que se torna uma grande barreira. [...] os profissionais devem explicar com calma a importância de fazer o tratamento para assim diminuir o medo. (CD₁₁, T.F.23 anos).

[...] o que a gente sente aqui na comunidade é a procura. A demanda é muito grande. Eu acho que haveria condições de mais espaço para mais profissionais do PSF. Era pra ter umas 10 equipes. Mesmo que eu obedeça à carga horária, é insuficiente pra atender a demanda. (CD₂, T.F. 30 anos).

A comunidade, eu acho que eles estão ainda muito presos àquela questão do tratamento curativo, a extrair dente. Convencer eles é muito difícil, a gente pena mesmo com isso. Mais aos pouquinhos vai mudando. A gente já tem notado mudanças. (CD₃, T.F. 3 anos).

Influências políticas e troca de favores também foram relatados pelos profissionais: “Esta cidade é muito política, e eu trabalho numa área que a população é totalmente contra o prefeito. Eles não deixam você fazer o trabalho direito”. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Segundo o Ministério da Saúde ⁴², o grau de satisfação do cidadão com o funcionamento da assistência no Brasil é de 27%, segundo pesquisa realizada em 2000, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O crescimento do PSF mostra uma tolerância ao acesso a áreas menos assistidas, acontecendo um importante incremento do acesso da população mais vulnerável aos serviços de saúde ⁴⁵.

Desigualdades em saúde se ampliam porque grupos sociais de baixa renda adotam comportamentos perigosos e prejudiciais à saúde e têm menos interesse em proteger a própria saúde para o futuro. Essas discrepâncias refletem privação material, política sem cultura, pois a saúde é um produto de forças sociais, propriedade do ambiente social e da relação do indivíduo com este ambiente. A saúde bucal é influenciada através de condições de qualidade de vida ⁵¹.

Existem muitas evidências de que a classe social está relacionada à cárie dental, pois se nota que a experiência de cárie decresce com o aumento do status sócio-econômico. A privação ou não de fatores sociais e materiais de uma comunidade determina se será pior ou melhor a sua saúde bucal ⁵⁴.

Frente à enorme demanda que as ESBs têm que cuidar, o atendimento baseado apenas na marcação de consulta ainda não é possível ocorrer. Não se pode eliminar a demanda espontânea, pois a população nunca irá deixar de ter problemas agudos de saúde, sendo necessários solucioná-los, não importando se o profissional é do PSF ou não ²¹.

Durante o II ENESB/PSF ¹⁶, onde foi discutido a reformulação dos parâmetros de atendimento da equipe de saúde bucal inserida no PSF, concluiu-se que é necessário redefinir o número de pacientes agendados (atendidos) para que se possa fazer um número maior de procedimentos, diminuindo o número de retorno deste, portanto não deve-se avaliar a produtividade do CD pelo número de pacientes atendidos, e sim pelo número de procedimentos executados.

Matumoto e colaboradores ³⁵ inferem que as demandas geram ansiedades e angústias nos trabalhadores tanto pela quantidade quanto por seu conteúdo (dores, sofrimentos, pobreza, violência, loucura, etc). Essas demandas necessitam de apoio, soluções e escuta diferentes,

ultrapassam, muitas vezes, o âmbito para o qual os trabalhadores foram preparados: o biológico, o corpo, as partes, as disciplinas de cada profissão.

Os conselhos municipais de saúde, instituições e segmentos sociais são importantes para o controle social efetivo, participando da análise dos problemas, intervenção da construção de mudanças no setor de saúde ⁷¹.

Dificuldades em relação à gestão municipal

Pôde-se verificar que 13 dentistas relatam dificuldade em relação à gestão municipal, sendo representado pela falta de materiais e equipamentos, falta de organização da gestão e de transporte para levá-los a localidades distantes.

Eu sinto falta de material, alguns consultórios não estão funcionando. Estão sempre quebrados. Mas lá aonde eu trabalho é direitinho. Teve um dia que o dentista disse que o equipo estava quebrado e era o compressor desligado. As casas onde funcionam os postos de saúde são alugadas. Eu antes trabalhava sem ar condicionado. Mas ainda tem consultório sem ar. (CD₁₉, T.F. 22 anos).

As dificuldades encontradas nas instituições são aquelas as quais o Secretario não consegue atender, tipo reivindicações de compra de materiais. O que leva aos profissionais a trabalharem com resinas compostas ao invés de usar resina foto, pois as coisas são contadas. Os dentistas mais jovens não trabalham com resina composta e eu faço porque eu vejo a necessidade da população. (CD₁₁, T.F. 23 anos).

Na Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil, Ministério da Saúde ⁴⁹, nas questões relacionadas à infra-estrutura de suporte às ações de saúde bucal, 92,8% das ESBs no Brasil referiram possuírem consultório odontológico, porém só se encontrou disponibilidade de equipamento odontológico completo em 73,7% das equipes. A carência desses equipamentos foi maior na região nordeste. No RN 73,3% das ESB possuíam equipamento odontológico, porém apenas 55,6% das ESB com consultório odontológico completo (refletor, cadeira, mocho, equipo, unidade auxiliar, estufa ou autoclave). Apenas

55,6% das ESBs possuíam fotopolimerizador, 91,5% compressor, 85,4% material de dentística, 76,6% de periodontia básica.

Segundo esse autor, a insuficiência de recursos materiais, além de comprometer o desenvolvimento e a qualidade das ações da atenção básica que vêm sendo desenvolvida pelos municípios atualmente, limita as potencialidades de ampliação do elenco de ações na perspectiva da reorganização das práticas e do modelo de atenção à saúde ⁴⁹.

Dentre as principais propostas aprovadas pela Plenária Final do II ENESB/PSF ¹⁶ estavam: equipar os consultórios da rede pública com no mínimo cadeira, equipo, mocho, aparelho fotopolimerizador, autoclave, amalgamador, aparelho de profilaxia com jato de bicarbonato de sódio e os instrumentos necessários para atendimento (consultório e periféricos).

Como discutido anteriormente, cada ESB pode confeccionar o seu material educativo, inclusive com a participação da comunidade. De acordo com Narvai ⁵², a descentralização das decisões favoreceu o talento e a criatividade dos profissionais de saúde envolvidos no planejamento e execução de atividades no campo da saúde bucal. Mesmo assim, essas queixas são constantemente explanadas :“Há dificuldade ainda de material educativo: panfletos por parte das secretarias. Cadê a preocupação do material para o dentista?”. (CD₅, T.F. 20 anos).

Para que um bom programa de saúde funcione bem, são necessárias articulações entre a assistência social, assistência odontológica, educação em saúde, assistência psicológica, entre outros. Segundo alguns autores, “A expansão do PSF está relacionada ao processo de consolidação do SUS e à adesão dos gestores municipais e estaduais, que compartilham responsabilidades com o Ministério da Saúde na busca da sustentabilidade do Programa” ⁴⁷. (p. 124).

“A forma como os estabelecimentos e organizações são concebidos e organizam suas práticas influi decisivamente na satisfação dos usuários e no imposto das ações sobre a saúde dos indivíduos” ⁷. (p. 572);

Em pesquisa realizada por Vilar ⁷⁷ sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte em 2001, encontrou-se que 69% destes possuíam curso superior, 27,7% ensino médio e 2,9% ensino fundamental. Foi observado também que 57,7% dos secretários de saúde do RN não possuem curso de pós-graduação. Destes que se especializaram 44% escolheram a área clínica, 23% área de saúde coletiva e 23% área de gestão de serviços. Daqueles que possuem nível superior, 15% são médicos e 8% dentistas.

Constatou-se também que 59% dos secretários de saúde do RN nunca participaram de capacitação de gestão de serviços de saúde, que 63% dos secretários de saúde do RN assumem outra função além da gestão e que 50% estavam exercendo a atividade há menos de 6 meses, fator relacionado com a eleição ocorrida no final de 2000.

Reportando estes dados para esta pesquisa, pode-se entender porque há tanta queixa dos profissionais de saúde a respeito de questões relacionadas à gestão, pois alguns secretários de saúde não possuem nível superior, e a maioria nunca participou de capacitação em gestão de serviços de saúde, além de ser um cargo de grande rotatividade, prejudicando as ações administrativas.

Dificuldades pessoais na vivência do PSF

Quando estas dificuldades eram mencionadas, referiam-se ao fato de estarem longe da família e de não conseguirem realizar as atividades da maneira correta, tendo sempre que improvisar, devido à falta de estrutura física e material. Queixaram-se também da remuneração, do perigo da estrada, e sobre as dificuldades de realizar as atividades preventivas.

Quando você sai de sua casa pra morar fora, você deixa um pouco o seu lado familiar, não que aqui seja ruim, aqui é ótimo. Mas eu deixo de participar de alguns eventos familiares. Você deixa de viver a vida pessoal pra viver o lado profissional. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

Com relação à dificuldade pessoal fica sendo o salário, que ganhamos muito pouco, o que leva à insatisfação dos profissionais por terem investido muito para ganhar tão pouco. (CD₁₁, T.F. 23 anos).

Existe aquela dificuldade básica que a vontade sempre está antes da condição de você fazer o trabalho. Certas atitudes, certos atos que o dentista vai ter que fazer e que às vezes não tem condição de ser feito. (CD₄, T.F. 19 anos).

O CD aprende na faculdade procedimentos corretos de biossegurança, manipulação de materiais, etapas meticulosas durante o atendimento clínico, e quando se depara com o trabalho no sistema público como um todo, principalmente os recém-formados, sentem um

impacto e procuram se adequar ao nível de recursos que possuem. Há, na maioria das vezes, acomodação dos profissionais, que não procuram dialogar com a gestão em busca de melhorias do serviço.

Demanda fora do campo de atuação

Nas exposições, quase todos os entrevistados (19 CDs) assumiram que em algum momento tiveram que encaminhar o paciente para um serviço especializado ou para outro profissional da saúde. Os motivos relatados reportam-se aos encaminhamentos para a realização de procedimentos especializados como: endodontia, prótese, ortodontia, cirurgia para remoção de terceiros molares ou elementos inclusos, diagnóstico de lesões pré-malignas ou malignas; ou mesmo encaminhamento para outros profissionais, como médico ou enfermeiro.

Observou-se nos depoimentos que estes profissionais encaminham muitos pacientes para os setores de atendimento das disciplinas Diagnóstico Oral, Endodontia e Cirurgia da Faculdade de Odontologia da UFRN ou para o Hospital Dr. Luiz Antônio, em casos de lesões suspeitas de câncer:

Já existiu, pois a gente não tem especialidade, e aqui não tem condições de se fazer tudo, infelizmente sabemos que no ramo de Odontologia a especialidade é para poucos, mas o geral a gente resolve aqui, a não ser uma cirurgia que aqui não temos condições de fazer e encaminhamos para a faculdade de Natal. (CD₁₀, T.F.25 anos).

Já. No meu caso ocorreu um paciente com carcinoma que eu lutei muito para trazer ele até a faculdade, mas não consegui e acabei levando-o para o Luis Antônio. (CD₁₂, T.F. 2 anos).

O SUS se organiza em cada região ou município, segundo as características da realidade local. De modo geral, os Distritos de Saúde (DS) ou Sistemas Locais de Saúde (SILOS) são estruturados segundo 03 (três) diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário; e prestam cobertura regionalizada às ações mais complexas em Odontologia⁵².

No II ENESB/PSF ¹⁶, realizada em 2003, dentre as principais propostas aprovadas pela plenária final nesse Encontro foi garantir a referência e contra-referência para as especialidades, de acordo com as necessidades e condições do município.

Pontos positivos do trabalho no PSF

Nos discursos dos profissionais sobre os pontos positivos de se trabalhar no PSF, analisaram-se respostas relacionadas à comunidade, como: a melhoria do acesso da população aos serviços odontológicos, melhoria no relacionamento com a comunidade, interação dos agentes de saúde com a população; e também falas relacionadas à questão profissional: oportunidade de trabalhar com prevenção, trabalhar na saúde pública, adquirir experiência profissional, trabalhar em condições físicas adequadas, ver o resultado do trabalho. Houve apenas um dentista que deu destaque ao fator salarial e outro que referiu a flexibilidade das horas como fator positivo:

Acho que o salário, as condições físicas agradáveis, número limitado de pacientes e os incentivos da prefeitura e do próprio governo federal. (CD₁₄, T.F. 1 ano).

[...] nós estamos fazendo a parte curativa e a parte preventiva, que é o sonho do dentista e com o incentivo do Ministério da Saúde. Outro ponto positivo é a gente ter aquele contato com a comunidade, que a gente não tinha. Aquele contato que a gente pode ter com a mãe... Estreitou a relação entre dentista e comunidade. Sensibilizou mais, humanizou mais o dentista. Porque a gente era tão mecânico, tão mecânico no consultório da gente mesmo. E com essa aproximação a gente passou a ver aonde você mora, que dificuldades você tem. (CD₅, T.F. 20 anos).

Respostas semelhantes foram encontradas numa pesquisa realizada em Rio Branco/Acre, Trivelato ⁷² mostrou que os profissionais que trabalham no PSF acham como ponto positivo de se trabalhar no PSF: trabalhar junto à comunidade, trabalhar com orientação, prevenção e educação, melhorar as condições de vida da comunidade.

É consenso que a inserção do dentista no PSF, e sua posterior ampliação, tem proporcionado o aumento do acesso das famílias ao tratamento odontológico, principalmente

em localidades distantes dos centros urbanos. Conforme pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde ⁴⁹, menos de 50% das ESBs no RN, de 2001 a 2000, estavam atuando em área urbana, o que significa que há muitos dentistas trabalhando na zona rural, proporcionando um maior acesso a essas pessoas antes excluídas.

Pontos negativos do trabalho no PSF

O principal motivo apontado como fator negativo do trabalho realizado no PSF é a questão da remuneração, que é mais baixa do que a do médico e, em alguns casos, do enfermeiro. Outros pontos abordados foram a falta de organização por parte da gestão, a proporção dentista/médico, carga horária, falta de capacitação, ausência de direitos sociais e trabalhistas, falta de concurso público para ingresso no serviço público. Quanto às desvantagens relacionadas à questões pessoais, foram relatados a distância da família, dificuldade de atualização e esvaziamento do consultório privado. Dezenove por cento dos entrevistados disseram que o trabalho no PSF não tinha ponto negativo.

Os pontos negativos... É a questão de ser 40 horas, eu acho. Limita um pouco, o dentista ter que fazer outra coisa paralela [...] acho que isso é uma das desvantagens. (CD₃, T.F. 3 anos).

[...] a questão do esvaziamento do consultório privado. Os serviços do PSF se expandiram tanto. Hoje tem restauração fotopolimerizável, Raio x, toda a estrutura que você fazia no consultório privado e agora a população tem acesso. (CD₅, T.F. 20 anos).

Eu acho é que muitas vezes o governo federal esta repassando uma verba para a Secretaria e muitas vezes não está tendo uma contrapartida. Outro ponto que eu acho, no lado financeiro é que nós estamos totalmente desamparados, nós recebemos uma verba que vem do Ministério da Saúde [...] nós somos contratados, as obrigações sociais não existem, o salário que a gente recebe não vai servir futuramente para a aposentadoria... O governo não tá cumprindo com as obrigações sociais... E também que o profissional que vá ingressar no PSF seja por concurso... Você iria pegar um profissional com certeza mais preparado. (CD₆, T.F. 20 anos).

Em uma pesquisa realizada em Rio Branco/AC, Trivelato ⁷² mostrou que 76% dos profissionais das ESF referiram que o trabalho no PSF era desgastante e cansativo. E também

apontaram como desvantagens de trabalhar no PSF: a questão salarial, a falta de reconhecimento do trabalho realizado e o trabalho em excesso.

O Ministério da Saúde está analisando e debatendo com os gestores estaduais, municipais e lideranças trabalhistas alternativas para converter a precariedade do trabalho dos profissionais que atuam no SUS. Mais de 30% da força de trabalho do SUS possui vínculo precário. O objetivo do programa é reverter a situação desses trabalhadores que hoje não têm direitos trabalhistas e previdenciários. O vínculo precário reflete na qualidade dos serviços ofertados e na regularidade do trabalho dos profissionais²⁸.

De acordo com O Ministério da Saúde⁴⁹, de 2001 a 2002, 49,7% dos dentistas que trabalhavam no PSF no RN receberam até R\$ 1.500 e 38% de R\$ 1.550 a R\$ 2.000. Foi concluído também que 29,2% dos cirurgiões-dentistas do PSF no Brasil possuem contratos precários. No RN, 69% destes possuíam esse tipo de contrato, contribuindo para uma alta rotatividade e insatisfação profissional.

A lei federal nº 8.142/1990 impõe a criação de comissão para elaboração do Plano de Carreira, Cargos e salários (PCCS), como condição para os estados, municípios e Distrito Federal receberem recursos da União, provenientes do setor saúde²⁸.

Os pontos negativos citados nos relatos em seguida mostram a insatisfação relacionada à falta de estrutura e organização da gestão nos municípios:

Falta de transporte. A gente fica esperando que o transporte seja liberado. Quando o consultório não é na cidade. A distribuição dos dentistas é irregular. Tem posto que tem cinco dentistas, tem posto que só tem um. (CD₁₉, T.F. 22 anos).

Você tem que sair de casa, você tem que se sujeitar a coisas que você acha que eticamente é errado. Eu jamais sairia da faculdade pra trabalhar num local onde as pessoas cospem num balde, onde eu iria trabalhar em pé, a cadeira não se mexe. A gente aprendeu na faculdade que o paciente se adequa ao profissional porque a gente vai lá o dia todo trabalhando e ele só vai estar lá um instante na cadeira, mas aqui é totalmente ao contrário. Como a gente não é concursado a gente não pode exigir muita coisa não. (CD₁₇, T.F. 3 anos e meio).

O discurso do profissional acima é bastante relevante para este trabalho, pois reflete o medo que o dentista do PSF sente por não ter sido admitido por concurso público, que lhe conferiria estabilidade. Este profissional é ciente da sua condição profissional atrelada a

questões políticas, colocando-se sempre em situação instável, subjugado em quase todos os aspectos à vontade do seu superior hierárquico.

Importância da experiência de trabalho no PSF

A maior parte dos CDs, quando argüidos sobre a contribuição da experiência de se trabalhar no PSF, independentemente do tempo de formação, focalizou a questão da experiência profissional. Em seguida, destacou a melhoria no relacionamento com a comunidade, a questão do vínculo, de poder ajudar mais a comunidade, às pessoas carentes. Também há relatos de enriquecimento pessoal, de crescimento interior. Foi abordado também por um CD, que o PSF proporcionou a sua independência financeira. Outro relatou ainda que o PSF não acrescentou em nada, pois já tinha muitos anos de profissão.

Eu acho que seja o contato com as pessoas que possibilita o crescimento interior (espiritual), pelo fato de você saber que o outro precisa de você. Apesar de termos os nossos problemas e quando chegamos lá vemos que tem pessoas com problemas maiores do que os nossos, como exemplo a carência financeira. (CD₁₁, T.F.23 anos).

A experiência que eu nunca ia adquirir em consultório particular. Como reagir diante de paciente, ao ver que tenho de fazer uma extração com o mínimo de material possível. Temos quer ser criativos. (CD₁₂, T.F 2 anos).

Foi onde eu comecei a trabalhar, a desenvolver as minhas habilidades, o contato com as pessoas, proporcionando o meu crescimento tanto profissional como humano. (CD₁₆, T.F. 17 anos).

Como profissional eu já tinha tido essa experiência. Eu já tenho muitos anos de profissão. Pra mim não acrescentou nada, nem conhecimento, nem... Eu já sabia das necessidades da comunidade. Já fazia um trabalho de assistência com a comunidade. A minha parte eu faço, eu contribuo. (CD₁₈, T.F. 21 anos).

É uma forma de cair na realidade. Eu fiquei dois anos esperando pacientes no consultório e nada de chegar. Aqui eu caí na realidade, que o povo não tem condições. A solução é dar acesso. (CD₂₁, T.F.1 ano).

Para mim está sendo muito importante. Está sendo um aprendizado. Eu despertei o meu eu. Hoje eu sou uma odontóloga psicóloga. [...]

Essa parte de me estimular a parte humanística e me incluir como um professor de saúde bucal. Essa foi uma experiência que eu não tive, porque no consultório a gente não tem essa experiência. É um desafio. Hoje eu não tenho mais timidez não, hoje eu venci.[...] São muitos pontos positivos pra mim, como pessoa. (CD₅, T.F. 20 anos).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivos analisar a forma como vem se dando a atuação de cirurgiões-dentistas no PSF do Rio Grande do Norte, conhecer as condições de inserção desses profissionais no programa referido, mapear as atividades aí desenvolvidas, identificar as dificuldades profissionais e pessoais vividas no seu dia-a-dia e discutir os modos específicos de viver a experiência dessa inserção entre profissionais que residem e os que não residem nos municípios em que trabalham. A investigação realizada possibilitou a identificação de uma série de aspectos que serão aqui retomados.

Dentre os motivos de inserção relatados, houve predominância da questão da remuneração e oportunidade de emprego, e a forma de inserção predominante foi através de influência política ou familiar no município. Em relação ao primeiro aspecto, observa-se que a precarização das ofertas e condições de trabalho para o CD tem impulsionado este profissional a buscar alternativas de trabalho, mesmo distante dos seus ideais de realização profissional. São raros aqueles que fazem opção pelo trabalho no PSF, por sua filosofia e proposta de atenção à saúde. Quanto ao segundo aspecto, nota-se que a inclusão do CD, tal como ocorre com outros profissionais, é definida por relações pessoais e políticas, o que interfere, certamente, no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que esse profissional estabelece com seu trabalho e com a comunidade.

Percebeu-se que os CDs têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. A maioria não possui especialização, e os que possuem tal formação não tem nenhuma tem relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF. As atividades básicas que são desenvolvidas no cotidiano, tais como dentística, periodontia básica, cirurgia simples e atividades preventivas e educativas, são realizadas da maneira tradicional, em forma de palestras e aplicação de flúor. Nenhum outro tipo de ação ou recurso foi detectado nas falas dos participantes, demonstrando o limitado arsenal com que trabalham no PSF. Esse perfil clínico preponderante vai de encontro com as características que eles próprios identificaram como sendo imprescindíveis ao trabalho no PSF: ter um conhecimento amplo e multidisciplinar, ter habilidade para atender diferentes tipos de demandas, gostar de trabalhar com comunidades pobres, em zona rural e,

principalmente, possuir determinadas características pessoais tais como ser paciente, solidário, corajoso, humano, as quais fazem diferença nesse tipo de trabalho. Não é por acaso que a maioria considera que não atende a esse perfil e, conseqüentemente, enfrenta dificuldades de realização do seu trabalho, especialmente no contato diário com a comunidade.

Os discursos dos profissionais apontam para dificuldades de diferentes ordens: em relação à equipe, à comunidade, dificuldades institucionais e pessoais. Do ponto de vista institucional, há carência de material, falta de insumos, de estrutura física adequada, falta de transporte para localidades distantes. Tais dificuldades estão relacionadas à falta de suporte e compromisso dos governos municipais com a gestão eficiente de tais serviços, principalmente porque estão voltados à população pobre que não têm acesso a outras alternativas de cuidado. Em relação à comunidade, a grande demanda é identificada como um problema, acrescido do fato que há expectativa de que o CD reproduza o modelo clínico tradicional, priorizando as atividades curativas. Por outro lado, identificam na comunidade dificuldades de absorção das informações de caráter mais preventivo.

Em relação à equipe, fala-se da falta de integração da Equipe de Saúde da Família, dificuldade técnica para realização de atividades educativas e preventivas e de atendimento à demanda reprimida. Em relação a esse aspecto, discutiu-se anteriormente acerca do tradicional isolamento do CD na saúde, mas registra-se que tais dificuldades estão relacionadas ao ideário individualista que perpassa toda a formação profissional em saúde, desde médicos, dentistas, psicólogos, dentre outros, que conforma um padrão de comportamento pouco afeito ao trabalho em equipe. Dessa forma, considera-se que o CD reproduz esse perfil profissional calcado no isolamento, no trabalho individualizado, pouco compartilhado e hierarquizado. Além disso, observa-se que a experiência do PSF não tem conseguido mudar as formas de atuação já estabelecidas, e de criar um outro modo de produzir saúde. O que se observa é a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas.

Há também dificuldades de ordem pessoal que interferem no trabalho e na maneira como o profissional encara seu cotidiano. Estar longe da família, enfrentar estradas perigosas, de integração com a comunidade, falta de preparo profissional e até mesmo o salário, são aspectos importantes que desencorajam o profissional e que é preciso que sejam considerados no momento de fazer uma opção de trabalho.

Outro ponto discutido foi que os Cirurgiões-Dentistas que moram nos municípios onde trabalham têm aí relações familiares estabelecidas, trabalham há muito tempo na rede pública local e estão satisfeitos com a opção de residirem no mesmo local de trabalho. Já os que passam somente alguns dias, queixam-se da distância da família, do cansaço e dos gastos financeiros. Dessa maneira, pode-se dizer que aqueles profissionais que estabeleceram residência nos municípios onde trabalham experimentam maior nível de satisfação do que aqueles que mantêm uma rotina de deslocamento durante a semana, que termina se configurando como uma atividade cansativa e dispendiosa.

A maior parte considera que o fato do profissional residir ou não no município não influencia na prática e vínculo com a comunidade, que depende da maneira particular de como o profissional lida com a população. Apesar da maioria ter tido essa percepção, considera-se que a vivência cotidiana do profissional na comunidade onde trabalha estabelece um tipo de vínculo que possibilita ao profissional ter um conhecimento mais adequado das condições de vida e das necessidades de saúde dessa comunidade. Dessa forma, pode produzir ações culturalmente sensíveis, adequadas ao contexto local, logo muito mais eficientes do que aquelas que são planejadas e executadas sem o conhecimento da realidade. Além disso, considera-se que o fato de não estabelecer residência exige do profissional o uso do tempo de uma forma diferenciada, já que necessita realizar todas as atividades em menos tempo do que aquele CD que pode planejar suas ações sem o fator tempo interferindo.

Nos discursos dos participantes, não se observa o cumprimento da carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde ³⁹, como também a participação em cursos de capacitação promovidos pelo CEFOPÉ-RN. Os CDs referem haver participado exclusivamente do Curso Preparatório inicial para o PSF. Isso corrobora a idéia anterior de que tais profissionais passam muito pouco tempo nos seus ambientes de trabalho e o não cumprimento da carga horária estabelecida, aponta para a falta de compromisso do profissional com seu trabalho e de controle do gestor sobre isso. A falta de participação em cursos de capacitação está diretamente relacionada ao fato de que muitos desses profissionais encaram sua participação no PSF como uma atividade passageira, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional. Os resultados apontam também que há necessidade de motivá-los a refletir e redirecionar as suas práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos mesmos.

Finalizando, observou-se que os participantes identificam inúmeros aspectos positivos na sua vivência no PSF. Estes vão desde a melhoria da saúde bucal da população, do aumento da consciência sanitária, acesso dos moradores da zona rural, indicando a importância da experiência do PSF enquanto política voltada para o bem-estar social e de construção de cidadania. A experiência adquirida, o desenvolvimento de habilidades, a independência financeira são alguns pontos também ressaltados pelos participantes. Há também aqueles que identificam nessa experiência a oportunidade de contato com uma realidade muitas vezes desconhecida da maioria dos profissionais, bem como de crescimento pessoal que ultrapassa as fronteiras do que foi estudado nas universidades, sendo assim uma experiência de vida rica e gratificante.

REFERÊNCIAS

- 1 Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, 2004; 9: 131-138.
- 2 Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção das gestantes do Programa Saúde da Família em relação às barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004 maio/jun.; 20(3). [capturado em 2004 julho 27]. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>.
- 3 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2004 set. a 2005 fev.; 9(16): 36-48.
- 4 Biase F. O homem holístico: a unidade mente-natureza. 2ª ed. São Paulo: Vozes; 2000.
- 5 Bijella MFTB. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia para Bebê*, 1999 jan./mar.; 2(6): 129-133.
- 6 Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría: uma nova opção de trabalho no século XXI. [capturado em 2004 ago 12]. Disponível em: <http://www.medcenter.br/odontologia>.
- 7 Campos EAC. O desafio da integralidade segundo as perspectivas de vigilância da saúde e da Saúde da Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2003; 8(2): 569-584.
- 8 Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1997; Jan./Maio; 13(1): 141-144.
- 9 Capistrano Filho D. Inclusão da saúde bucal no programa de saúde da família no Estado do Rio Grande do Sul. Documento. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. [capturado em 2004 nov 29]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/saude_bucal/documentos/inclusao_sb_no_psf.pdf.
- 10 Capistrano Filho D. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, 2000; 2(1): 8.

- 11 Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999 jul./set.; 15(3): 647-654.
- 12 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004 set./out.; 20(5): 1400-1410.
- 13 Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva de promoção da saúde. In: Ministério da Saúde, (BR). *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; jan. 2003 a abr. 2004; Ano V, (7): 42-49.
- 14 Clóvis Júnior. Política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde. In: Uchoa SAC. (Relatora). *Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*, 1ª. 2004. Relatório Final. Rio Grande do Norte, 2004 jun./jul.; p. 13-14 [capturado em 2005 jan 13]. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br>.
- 15 Cordón JA. Um marco conceitual na questão das práticas de odontologia. *Revista Ação Coletiva*, 1999 out/dez.; 2(4): 5-16.
- 16 Encontro do Nordeste de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, 2º. *Novos rumos da odontologia coletiva*. Relatório. Vitória da Conquista, 2003. [capturado em 2005 jan 02]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/Relatorio_II_ENESB.pdf.
- 17 Ferreira B. Prevenção garante o futuro. *Revista ABO Nacional*, 1997 fev./mar.; 5(1): 4.
- 18 Ferreira J. O corpo sógnico. In: Alves PC, Minayo MCS. (organizadores). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 101-112.
- 19 Feuerwerker LCM, Sena RA. construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA. (organizadores). *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 47-83.
- 20 França EE. *Crenças que promovem a saúde: mapas da intuição e da linguagem de curas não-convencionais em Manaus, Amazonas*. Manaus: Valer; 2001.
- 21 Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. *Tribuna Livre*. [capturado em 2004 fev 21]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/ens/cns/htm>.

- 22 Frazão P. Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: Botazzo C, Freitas SFT. (Organizadores). Revista Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: UNESP; 1998. p. 159-173.
- 23 Garrafa V, Moysès SJ. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. Revista Divulgação em Saúde para Debate, 1996 jul.; (13): 06-17.
- 24 Giorgi JSJ. Seção espaço holístico. Jornal APCD, 2001 maio; Ano 36: 7.
- 25 Hale JK, Weiss PA, Czerepak CS, Keels MA, Thomas HF, Webb MD, Nathan JE. O momento ideal para avaliação de risco de saúde oral e estabelecimento de assistências dentárias no domicílio. Edição brasileira. Revista Pediatrics, 2003; 7(8): 449-454.
- 26 IBGE. Pesquisa nacional por população. [capturado em 2004 out 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- 27 INBRAPE. O perfil do cirurgião-dentista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais de Odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO, 2003 abr. [capturado em 2005 jan 06]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf.
- 28 Jaeger ML, Ceccim RB, Machado MH. Gestão do trabalho e da educação In: Ministério da Saúde, (BR). Revista Brasileira de Saúde da Família. Edição especial 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. 2003 jan. a 2004 abr.; Ano V, 7: 86-103.
- 29 Jeunon FA, Santiago MO. A formação de recursos humanos e o mercado de trabalho em odontologia. Revista do CRO/MG, 1999 maio/ago.; 5(2): 79-86.
- 30 Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VV. Aprendendo a aprender: guia do processo de ensino-aprendizagem In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA. (organizadores). A educação dos profissionais na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 223-237.
- 31 Lima FAP. Simpósio II: Promoção de saúde bucal nos Países em desenvolvimento. Revista ABOPREV, 1995 abr./jun.; p. 7.
- 32 Machado MH, Teixeira M, Vieira M, Rego S. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: Machado MH (organizadora). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. p. 183-191.

- 33 Manfredini MA. PSF: promovendo saúde bucal. In: Ministério da Saúde, (BR). Revista Brasileira de Saúde da Família. Edição especial 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 jan. a 2004 abr.; Ano V, 7: 50-54.
- 34 Marsiglia RMG. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou? In: Ministério da Saúde, (BR). Revista Brasileira de Saúde da Família. Edição especial 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 jan. a 2004 abr.; Ano V, 7: 30-41.
- 35 Matumoto S, Fortuna CM, Michima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação, set. 2004 a fev. 2005; 9(16): 9-24. [capturado em 2005 jan 23]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista16/dossie1.pdf>
- 36 Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/UNICAMP; 1999.
- 37 Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, Ribeirão Preto, 1991 abr./Jun.; 24(2): 70-77.
- 38 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.
- 39 Ministério da Saúde, (BR). Portaria nº 267/GM de 6 de março de 2001. Dispõe sobre normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 6 mar. 2001.
- 40 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento de implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 41 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 42 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da atenção básica nº 24. Pesquisa mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros auto-avaliam sua saúde? Ano V, Brasília: Ministério da Saúde; 2004 set./out.

- 43 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de Doenças Transmissíveis. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 44 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 29-30. (Série A. Normas e manuais técnicos).
- 45 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde Maternal Infantil. Recife: 2003 jan./mar.; 3(1): 113-125.
- 46 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira: 2002-2003: Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
- 47 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes técnicos institucionais. Programa Saúde da Família. Revista Saúde Pública. São Paulo, 2000; Ano 34, 3: 316-319.
- 48 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): Indicadores 2003. 6ª ed. Rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 48 p. (Série G. Estatística e informação em saúde).
- 49 Ministério da Saúde, (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 14 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
- 50 Morita MC, Kringer L. Mudanças nos cursos de odontologia e interação com o SUS. Revista da ABENO. São Paulo, 2004; 7(1): 17-21. [capturado em 2004 jul 15]. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos>.
- 51 Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva. Brasília, 2000 jan./jun.; 1(1): 7-117.

- 52 Narvai PC. Saúde Bucal: assistência ou atenção? São Paulo: USP; 1992. [capturado em 2004 dez 12]. Disponível em: <http://www.planetaterra.com.br/saude/angeloonline/artigos/arte.saucol/assiste.pdf>.
- 53 Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*, 1998; 32(4): 299-316.
- 54 Patussi MP. Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. In: Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? [capturado em 2005 jan 08]. Disponível em: www.angeloonline.cjb.net.
- 55 Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(1): 121-130.
- 56 Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
- 57 Rodrigues MP. O Perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte. 2001. [capturado em 2005 jan 13]. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t03.htm.
- 58 Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, Assaf AV, Roncalli AG, Peres AS, Botazzo C, Tem CY et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo a saúde*. Porto Alegre (RS): Artmed, 2003; p. 28-49.
- 59 Salazar RP, Gorocica BA, Buenfil GP, Solis MAP. A parceria: uma estratégia de desenvolvimento comunitário. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA. (organizadores). *A educação dos profissionais na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 33-40.
- 60 Santana JP, Campos FE, Sena RR. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1997 jan./mai.; 13(1): 141-144. [capturado em 2004 nov 10]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf
- 61 Schalda MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, 1996 abr.; 30(2). [capturado em 2004 dez 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.

- 62 Secco LG, Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios políticos-estruturais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(1): 113-120.
- 63 Senna MC. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro*, 2002. p. 203-211. [capturado em 2005 jan 26]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>.
- 64 Solla J. Organizando o SUS a partir do PSF. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Edição especial, jan. 2003 a abr. 2004; Ano V, (7): 07-08.
- 65 Souza DS, Cury JA, Caminha Neto JA, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC et al. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, 2001; 2(2): 07-29.
- 66 Souza ECF. Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal. Conferência Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte, 3ª. Painel temático Formação e Trabalho em Saúde Bucal. Rio Grande do Norte (RN): 2004. [capturado em 2005 jan 08]. Disponível em: <http://www.angeloonline.cjb.net>.
- 67 Souza MB. Política estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde. In: Uchoa SAC. (Relatora). Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, 1ª. 2004. Relatório Final. Rio Grande do Norte, 2004 jun./jul.; p. 12-13. [capturado em 2005 jan 13]. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t03.htm.
- 68 Spyrides GM. Uma nova abordagem na clínica odontológica: a saúde holística. *Revista Brasileira de Odontologia*, 1993; nov./dez.; 50(6): 14-17.
- 69 Teixeira CF. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Ministério da Saúde (BR). *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Edição especial 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 jan. a 2004 abr.; Ano V, 7: 10-23.
- 70 Teixeira E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 1996; 30(2): 286-290.
- 71 Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1998 abr./jun.; 14(2): 429-435.

- 72 Trivelato LC. Orientação do Programa Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre. 52 f. [Monografia]. Brasília (DF). UNB; 2001.
- 73 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa na educação. São Paulo: Atlas, 1987. p.116-169.
- 74 Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Revista Saúde Pública. São Paulo, 2000 abr.; 34(2): 190-195.
- 75 Venturelli J. Os aspectos educacionais na reforma da educação nas profissões da saúde. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA. (organizadores). A educação dos profissionais na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 145-164.
- 76 Viáfara LE, Brugés CH. Serviços de saúde e comunidades: respondendo ao desafio da formação de novos profissionais. In: Almeida MJ, Feuerwerker LCM, Llanos MA. (organizadores). A educação dos profissionais na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 181-186.
- 77 Vilar RLA. O estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte julho. 2001. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. UFRN. [capturado em 2005 jan 11]. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br.
- 78 Werneck AAF. Algumas reflexões sobre cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte: [s.n.]; 2003. Mimeo.

ANEXO 1**Questionário referente à pesquisa:
Atuação profissional e vivência do cirurgião-dentista
na estratégia do Programa de Saúde da Família****I - Dados de Identificação:**

Idade:

Sexo:

Tempo de formado:

Especialidade:

Instituição onde se formou:

Município onde atua no PSF:

Tempo de inserção no PSF:

II - Inserção no PSF:

- 1 - Quais os motivos que levaram você a entrar no PSF?
- 2 - Que perfil o profissional precisa ter para se inserir nessa proposta? Você considera que tem esse perfil? Por quê?
- 3 - Você se sentia preparado para assumir esse trabalho?
- 4 - Você tem algum vínculo familiar no município?
- 5 - Você estabeleceu ou não residência na cidade em que trabalha? Por que fez essa opção? Está satisfeito com essa opção? Por quê?
- 6 - Você acha que o fato do profissional residir ou não no município interfere na sua prática com a comunidade? E no seu caso, o que você acha?

III - Prática Profissional:

- 1 - Que atividades você desenvolve no PSF?
- 2 - A sua formação profissional lhe preparou para esse tipo de prática?
- 3 - Que dificuldades você enfrenta no seu cotidiano que interfere no seu trabalho?
 - a) Pessoais:
 - b) Equipe de Saúde da Família:
 - c) Institucionais:
 - d) Comunidade:
- 3 - Surgiram no seu cotidiano demandas da comunidade que “extrapolaram” seu campo específico de atuação profissional? Quais?
- 4 - Quais são os pontos positivos e negativos de trabalhar no PSF?
- 5 - Quais as contribuições dessa experiência para a sua vida?

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Pesquisa: Atuação profissional e vivência do cirurgião-dentista na estratégia do programa de saúde da família.

Coordenadora: Profa. Dra. Magda Dimenstein

Pesquisadora: Yanne Pinheiro de Araújo

1-Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como objetivo analisar a vivência de cirurgiões-dentistas inseridos no PSF, nos municípios onde realizam seu trabalho, buscando conhecer e compreender: a forma de inserção destes no PSF, a sua prática profissional, dificuldades profissionais e pessoais no dia-a-dia e quais as contribuições dessa experiência para a sua vida em geral.

2-Participantes da pesquisa: cirurgiões-dentistas do PSF de vários municípios do Rio Grande do Norte.

3-Envolvimento na pesquisa: Você irá responder a um questionário de entrevista com perguntas objetivas e subjetivas, que será aplicado por um estudante de pós-graduação, com vistas à coleta de dados. Essa entrevista será gravada para obtenção de dados com a maior fidelidade possível. Gostaríamos muito de contar com a sua colaboração nesta pesquisa. Você não é obrigado a respondê-la, mas caso o faça, estará nos prestando grande ajuda. Sempre que quiser informações sobre a pesquisa poderá pedir informações entrando em contato com o coordenador através do telefone: 215-3589.

4-Confidencialidade: Todas as informações serão utilizadas somente pela pesquisadora com a finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa. Asseguramos total sigilo em relação às informações colhidas, assim como seu anonimato.

5-Benefícios: A partir das informações colhidas, pode-se analisar qual o impacto das atividades exercidas no PSF em seu dia-a-dia, revelando problemas e facilitando a sua solução, principalmente se for um problema enfrentado por todos os profissionais. A partir do entendimento da realidade vivida no PSF, pode-se obter informações que ajudem a esclarecer os objetivos reais do Programa, que tem como principal meta a melhoria das condições de saúde bucal da população. Os resultados serão divulgados através de publicações e eventos científicos.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa e nada será pago por sua participação, todavia, em caso de dano comprovado provocado por essa pesquisa, você terá o direito de reivindicar o ressarcimento.

Em caso de algum impedimento para a não participação e continuidade da pesquisa, o participante deverá avisar a pesquisadora de sua desistência, sem nenhuma penalização e/ou prejuízo.

Tendo em vista os itens expostos acima, eu, de forma livre e esclarecida, declaro que conheço os objetivos e procedimentos da pesquisa e aceito participar como voluntário.

Nome do cirurgião-dentista

Nome do pesquisador responsável

Local e data