

Processo de Trabalho do Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Município de Parnamirim-RN: Enfrentando os Desafios de um Novo Modelo de Atenção

Working Process of Dentist in the Family Health Strategy of Parnamirim-RN: Facing the Challenges of a New Care Model

Rossana M. COSTA¹, Antonio MEDEIROS JÚNIOR², Iris C. C. COSTA³, Isaremi V. A. PINHEIRO³.

1-Cirurgiã Dentista, Mestre em Odontologia pela UFRN

2- Professor Doutor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN

3- Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Odontologia da UFRN

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Metodologia:** O Instrumento de coleta utilizado foi um questionário semi-estruturado, onde participaram 30 profissionais. **Resultados e Discussão:** A partir dos dados analisados, no que diz respeito ao trabalho em equipe, eles buscam ocasionalmente a cooperação dos demais membros e as realiza de forma pouco frequente. Desenvolvem com grande frequência as atividades clínicas. Quanto ao planejamento das atividades, a maior parte dos dentistas afirmou que as elabora individualmente. Os profissionais

apresentaram baixa integração com a equipe, possuem um perfil mais individualista, desenvolvem mais as ações de natureza curativas e individuais. **Conclusão:** O processo de trabalho desenvolvido pelos CDs contempla em parte o que é preconizado pela ESF, o que sinaliza para um maior acompanhamento desse processo, com a finalidade de atingir todo o potencial que a ESF representa na reorganização da atenção básica.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família, saúde bucal, trabalho

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), criada no ano de 1994 surge para desempenhar um papel estratégico na construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Reafirma seus Princípios e Diretrizes e elege a família como núcleo central da Atenção, agregando os princípios da Responsabilidade Social, Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e da Vigilância em Saúde, bem como persegue o propósito de resolver ainda na atenção básica, grande parte dos problemas de saúde mais prevalentes da população.

A ESF tem a família como foco principal no processo saúde-doença, com características e relações próprias, com uma equipe que deverá atuar através da interação entre os diversos profissionais que a compõe, no sentido de complementaridade de saberes, compartilhamento de resultados, identificando e dando resolutividade aos problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade. Deverá também elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, no sentido de desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

Além disso, deve constituir-se porta de entrada da população ao serviço de saúde na atenção básica, e deve através de suas equipes, tornar-se responsável por sua população adstrita

de forma integral e resolutiva e instituir práticas que rompam com o modelo de atenção centrado no médico e na assistência hospitalar.

É importante ressaltar que a saúde bucal vem assumindo uma posição de destaque nos últimos anos, principalmente após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, através de incentivos dados pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família, e a oferta de serviços especializados nunca antes ofertados no serviço público, proporcionando a ampliação do acesso da população à assistência odontológica, o que leva a real possibilidade de mudança no quadro epidemiológico de saúde bucal do brasileiro.

Até o lançamento do Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor. Nesse sentido, a Política Brasil Sorridente propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população¹.

Nesse contexto, a saúde bucal é entendida como parte integrante deste processo de mudanças de práticas, da valorização do usuário inserido em um contexto social e familiar, com ne-

cessidade de articulação entre os profissionais que fazem parte desta estratégia, do planejamento e organização de ações que contemplem a real necessidade do usuário, vislumbrando-se a possibilidade de rompimento com o modelo assistencial vigente em saúde bucal que se baseia no curativismo e tecnicismo para dar lugar uma nova odontologia articulada com as propostas da vigilância à saúde.

Nada garante, porém, que haverá mudanças no modelo assistencial vigente, se os profissionais não mudarem a forma de produzir o cuidado que é o momento em que, dentro da sua micropolítica de trabalho, ele abre espaço para o novo, para a sua capacidade criativa, enxergando o usuário como um ser único e, portanto não cabendo colocá-lo dentro de normas que aprisionam todo o desenvolvimento deste processo.

Estes são desafios propostos a todos os que fazem parte desta estratégia, devendo cada profissional assumir este papel transformador das práticas de saúde vigentes, em novas práticas que privilegiem o cuidado e a humanização, através de uma visão ampliada do processo saúde-doença.

A presente pesquisa teve por objetivo avaliar o processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família do referido município levando em consideração a integração do CD com os demais membros da equipe; a organização do serviço (acesso, horários, planejamento); o desenvolvimento das ações (acolhimento, escuta, cuidado, assistência, relação paciente/profissional/paciente) e as mudanças percebidas pelos profissionais quanto ao comportamento e motivação, no sentido de poder contribuir, se necessário, para a reorientação de suas práticas, buscando a melhoria da qualidade do serviço.

REVISÃO DE LITERATURA

Estudando o trabalho de equipes da ESF de Maringá-PR, encontrou-se que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo, que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população².

Estudo realizado com cirurgiões-dentistas (CD), integrantes da ESF em Teresina-PI, verificou-se a existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas, impedindo que o modelo tradicional de atendimento seja substituído totalmente por aquele centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS, já que os procedimentos curativos continuam sendo predominantes³.

Em pesquisa realizada no município de Teixeira-MG, observou-se que há uma transformação progressiva de cenário após a implantação da ESF, os resultados encontrados corroboram pesquisas anteriores quanto à constatação das mudanças ocorridas ao longo da última década e sua importância a ser considerada, quando da definição de políticas relacionadas ao trabalho, educação e as finanças públicas⁴.

Em investigação sobre a atuação de CD inseridos na ESF de municípios do Rio Grande do Norte, verificou-se que os profes-

sionais têm perfil voltado para a clínica, aspecto que está relacionado à sua formação acadêmica, onde se vê a reprodução de práticas tradicionais, fragmentadas e isoladas e a necessidade de motivar os profissionais a refletir sobre suas práticas⁵.

Desenvolvendo pesquisa com dentistas da ESF no Ceará, observou-se que dois pontos afligem os profissionais a ponto de intervir em suas práticas, que são os padrões salariais bastante defasados e a falta de vínculo empregatício, desestimulando os profissionais à dedicação aos serviços públicos. Outro ponto também importante é a formação acadêmica que deixa a desejar quando se fala em Saúde Coletiva⁶.

Em seu estudo intitulado "O trabalho com famílias realizado pelo dentista da ESF de Curitiba-PR" observou-se que neste trabalho o profissional possui o perfil necessário para o trabalho em equipe de saúde da família, realiza ações de planejamento local, favorece a participação comunitária, realiza prevenção, promoção de saúde e atenção clínica à população, o que demonstra grande amplitude de atuação. A ESF modificou a forma de atuação dos cirurgiões-dentistas, uma vez que sua percepção do processo de adoecer foi ampliada, valorizando-se o contexto familiar e social do indivíduo⁷.

Inúmeros impactos foram evidenciados em vários municípios ao longo da implantação da ESF, dentre eles: alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes, melhoria da vigilância à saúde da população, utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias, maior qualidade e cuidado com a atenção prestada⁸.

Existe atualmente uma grande diversidade de situações ou nós críticos relacionados à organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, que precisam ser alvo de reflexões e interesse de todos que fazem parte desta estratégia. São eles: perfil dos profissionais, formas de contratação, modalidades de seleção e processos de capacitação, com impacto diverso na configuração do programa, na rotatividade dos profissionais, na qualidade das ações e no desenvolvimento de vínculos com a comunidade.

Estas distintas realidades refletem antes de tudo, as questões políticas, culturais, ideológicas e profissionais. Porém não deve caracterizar-se como definitiva, estática, mas como todo processo, envolve ação, determinação, portanto passível de uma mudança de cenário mais favorável, mais próximo do que preconiza a ESF com todos os seus conflitos e tensões.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado no município de Parnamirim-RN, 3º maior município do Estado, que localiza-se na região da Grande Natal, possuindo uma população estimada em 2003 pelo IBGE de 143.598 habitantes. Conta com a seguinte rede de saúde: 22 Unidades Básicas de Saúde, 42 Equipes da ESF implantadas, incluindo 31 equipes de saúde bucal.

A Estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 1999, contando com 03 equipes, nos bairros de Rosa dos Ven-

tos, Santos Reis e Passagem de Areia. Atualmente estão implantadas 42 equipes, funcionando em 22 Unidades de Saúde, sendo uma equipe localizada na zona rural e as demais na zona urbana. Hoje, com a reestruturação da ESF, o município ampliou o número de equipes, resultando numa cobertura em torno de 70% da população de todos os bairros.

O projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, parecer nº 201/2008, tendo garantido o anonimato e sigilo profissional, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos participantes da pesquisa foram todos os cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família do município. Do total de 31 profissionais, apenas um não se dispôs a participar, totalizando, portanto 30 participantes da pesquisa.

Como critérios de inclusão levaram-se em consideração: ser dentista da ESF do município e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os dentistas que não faziam parte da ESF do município.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado, constando de 61 questões, aplicado pela pesquisadora nas Unidades de Saúde onde atuam os dentistas da ESF, tendo sido feito um pré-teste com 05 profissionais (CD) que não fizeram parte da pesquisa. Não foi necessário realizar nenhum ajuste após essa fase, uma vez que as perguntas foram bem compreendidas pelos sujeitos.

Os dados coletados através do questionário foram categorizados e posteriormente, utilizou-se o Software SPSS/13.0 que permitiu a realização de uma análise descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo apresentaram as seguintes características: a média de idade é de 36,6 anos, sendo a idade mínima de 24 e a máxima de 59 anos. A maior parte dos profissionais é do sexo feminino (63%), o que demonstra a predominância da mulher na odontologia, seguindo uma tendência nacional em estudos sobre o perfil do profissional da saúde bucal no Brasil realizado pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas (INBRAPE), onde 57,5% dos dentistas brasileiros são do sexo feminino⁹.

A figura 1 mostra que a maioria dos profissionais não possui cursos na área de saúde pública, saúde coletiva ou área afim, que os capacite para trabalhar na ESF, de forma que estes profissionais tenham um olhar diferenciado para o usuário, que vá além dos limites da boca, e que esteja inserido e direcionado para um contexto social e familiar.

A reorganização desse novo modelo de atenção requer profissionais capacitados com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistemática e integral. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais sejam permanentemente capacitados para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e ava-

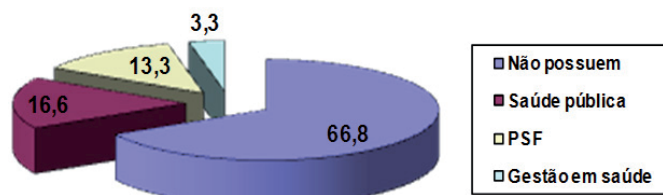


Figura 1: Qualificação acadêmica em pós-graduação (Nível Especialização) dos dentistas da ESF/Parnamirim-RN. Natal-RN, 2010.

liar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade¹⁰.

A Organização Pan-Americana da Saúde, também ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo como base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho¹¹.

Para conhecer as atividades habitualmente desenvolvidas pelos dentistas, os mesmos foram questionados sobre quais atividades desenvolvem na ESF de uma maneira geral, de acordo

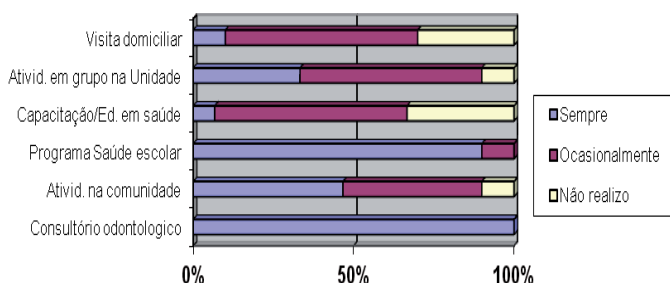


Figura 2: Atividades mais desenvolvidas na ESF de Parnamirim/RN, segundo os dentistas. Natal-RN, 2010.

com a figura 2.

A figura 2 mostra que as atividades mais desenvolvidas na USF referem-se às atividades clínicas, bastante referenciadas pelos dentistas ou atividades com escolares (Programa Saúde Escolar), destacando-se o baixo desenvolvimento de atividades com a comunidade de forma geral.

Desde a implantação da ESF no município, o Programa Saúde Escolar foi adotado como proposta de trabalho e área de atuação das equipes da ESF, trabalhando a saúde bucal e saúde geral dos alunos do ensino fundamental da rede municipal de ensino, buscando integrar todos os profissionais da USF com os membros da escola, na perspectiva de promover saúde no próprio ambiente escolar, acreditando que não é possível ter saúde sem educação e vice-versa.

Com relação às atividades na comunidade realizadas fora do âmbito da USF, este é o momento em que o dentista deixa as atividades curativas e passa a ter um contato maior com as pessoas da comunidade. Através destas atividades, ocorre um estreitamento de laços e um conhecimento por parte dos profissionais do ambiente social onde a comunidade está inserida. A figura 3 mostra que estas atividades são pouco realizadas.

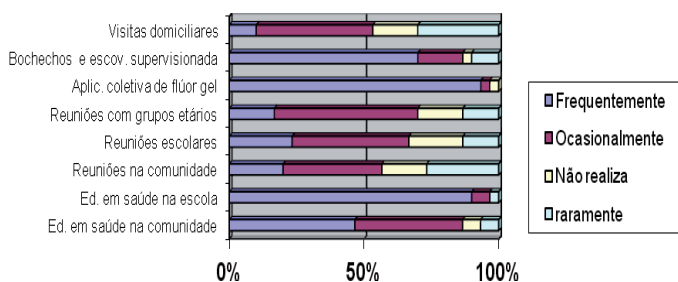


Figura 3: Atividades mais desenvolvidas fora da USF de Parnamirim-RN, segundo os dentistas. Natal-RN, 2010.

A atividade mais comumente realizada pelos dentistas fora do âmbito clínico é a educação em saúde na escola e aplicação coletiva de flúor (flúor gel a 1,23% aplicado com escova dental), que está ligada ao Programa Saúde Escolar. Estas aplicações de flúor são realizadas semestralmente pelos profissionais, portanto, não se pode caracterizá-la como uma atividade frequentemente realizada. As demais atividades, com a comunidade e com grupos específicos (hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos) são feitas de forma esporádica pelos profissionais, ficando claro o seu perfil de trabalho voltado para as atividades odontológicas clínicas e individuais.

Quanto ao atendimento domiciliar, ou seja, as visitas domiciliares, grande parte dos dentistas (60%), disseram só realizá-las ocasionalmente, 30% disseram que não as realiza e 10% relataram que as realiza com grande frequência. Essa atividade representa ainda um grande desafio para a área odontológica, pois sua realização requer em grande parte, a utilização de tecnologias leves, desenvolvidas no campo relacional, conforme expressão de Franco e Merhy (2008)¹², favorecendo o estabelecimento de vínculo e responsabilização com esta clientela, um universo ainda em descoberta pelos dentistas.

A visita domiciliar passa a ter um caráter tão importante quanto à realização do diagnóstico clínico das patologias e não serve apenas para o profissional identificar as condições sociais das famílias, mas é uma estratégia de intervenção terapêutica, onde ora se atua através de ações de prevenção e promoção, ora através de intervenções clínicas, ora estabelecendo-se como suporte às mudanças comportamentais das famílias¹³.

Merhy e Franco (2003)¹⁴, em suas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado.

Com relação ao desenvolvimento de ações realizadas de forma integrada com os demais membros da equipe, questionou-se ao dentista se este procura a colaboração de outros membros da equipe na realização de suas atividades e 50% responderam que habitualmente procuram trabalhar sempre de forma integrada, enquanto os demais disseram que apenas ocasionalmente, ou não trabalham de forma integrada com os demais profissionais, de acordo com o que mostra a figura 4.

O estreitamento de laços entre os integrantes da ESF ainda é pequeno, visto os estudos descritos nesta pesquisa e na literatura

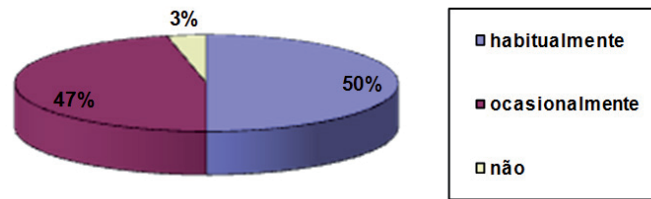


Figura 4. Distribuição das citações dos CD da ESF/Parnamirim-RN, quanto a buscar a colaboração de outros membros da equipe. Natal-RN, 2010.

de forma geral, os quais mostram que este fato é realidade e se faz presente em grande parte dos municípios com ESF implantada, não sendo, portanto uma particularidade do município de Parnamirim.

Quanto à forma de elaboração das atividades desenvolvidas pela equipe (planejamento coletivo), 46,7% disseram que cada profissional elabora as suas atividades individualmente, embora depois estas informações sejam compartilhadas com os demais membros e 40% responderam que desenvolvem em conjunto com toda equipe e 13,3% respondeu que não as realiza.

Deve-se levar em consideração também, que o diálogo e a parceria entre os integrantes da equipe, são fundamentais para um processo de trabalho positivo, resolutivo e que acaba sendo percebido pelos usuários que são os maiores beneficiados.

Estes dados permitem observar a tímida participação do dentista como membro efetivo da equipe. Alguns ainda desenvolvem suas atividades de forma isolada, como se a odontologia não fizesse parte da realidade da ESF, talvez por um conjunto de fatores advindos da própria formação ou quem sabe pela postura individual de alguns profissionais, o que precisa ser alvo de reflexões por parte de todos.

Ainda tratando-se da organização do processo de trabalho, agora sob a ótica de acesso, perguntou-se como eles disponibilizam o acesso dos pacientes ao consultório, 93,3% informaram que este acesso se dá através de agendamento e 6,7% através de fichas numeradas (ordem de chegada) ou livre demanda. A grande maioria trabalha com agendamento, porém abre-se espaço para as necessidades mais urgentes da população. O agendamento realizado na maioria das USF é do tipo diário ou semanal, feito na própria unidade de saúde pela auxiliar de saúde bucal. Esta forma de acesso dá ao usuário tranquilidade em saber que quando ele necessitar poderá marcar a sua consulta e/ou continuidade de tratamento, contribuindo com a resolutividade das ações, o que facilitará também o desenvolvimento de vínculo, reforçando o acolhimento e a humanização.

Um dos grandes conflitos com os quais hoje se defronta a organização da assistência odontológica é manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo¹⁵. Deve-se obedecer à lógica de necessidade do serviço e atender ao usuário que procura a USF em busca de soluções aos seus problemas de saúde, seja de forma imediata ou programada. Não há a necessidade de existir uma dicotomia entre estas duas formas

de acesso, porém deve-se ter um serviço organizado e com uma lógica racional de atendimento.

Sabe-se que o conhecimento dos fatores de risco da comunidade (perfil epidemiológico das doenças, perfil sócio-demográfico, etc.) é um aliado indispensável para a programação, planejamento e tomada de decisões. Perguntou-se aos profissionais se eles dispunham de um diagnóstico dos fatores de risco da comunidade em que atuam e se participaram deste diagnóstico. A maioria (60%), respondeu que não possui. Dos 40% que possuem algum diagnóstico de suas comunidades, 80% não participou dele na sua área de atuação.

Sabe-se a esse respeito, que o cumprimento dos princípios do SUS, como a Universalidade e Equidade, requerem das ESB o conhecimento de sua realidade local e da sua comunidade adstrita. Existe a necessidade de organizar ações a partir de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada. Tão importante quanto o conhecimento e realização desses diagnósticos, é a sua utilização pelos profissionais¹⁰.

Foi questionado aos profissionais se houve melhoras na assistência odontológica após a inclusão do dentista na ESF, e 100% responderam que sim, corroborando com os achados de Souza (2005)¹⁶, onde a totalidade dos dentistas entrevistados, afirmaram que ocorreram avanços no modelo assistencial em saúde bucal após a incorporação da ESB na ESF. Com relação aos aspectos onde estas mudanças podem ser percebidas, 70% relataram que no acesso, organização do serviço, humanização, assistência e prevenção das doenças bucais e 30% relataram que não se avançou em todos estes aspectos simultaneamente, faltando melhorar ainda na questão da organização e humanização do serviço.

Neste sentido, verifica-se que estas mudanças são facilmente percebidas pelos profissionais em todos os aspectos que envolvem o desenvolvimento do processo de trabalho, pois refletem as suas realidades, suas vivências, porém ainda há um longo caminho a ser percorrido e a não acomodação dos profissionais e gestores é fundamental à sua concretização. A odontologia certamente irá avançar ainda mais, à medida que os fatores que ainda constituem-se nós críticos da ESF, se tornarem alvo de reflexões para que sejam gradativamente solucionados.

CONCLUSÕES

Considerando os aspectos analisados, verifica-se que os dentistas da ESF do município de Parnamirim, têm uma baixa integração com os demais membros da equipe, em termos de planejamento, participação e realização de ações que fazem parte do universo de trabalho das equipes da ESF. Possuem um perfil de trabalho mais individualista, fato apreendido pela forma de desenvolvimento e planejamento das ações. Não dispõem e não desenvolvem ações, considerando o perfil epidemiológico de sua comunidade adstrita, mas sim, considerando a necessidade que lhe é apresentada no momento, fato que contradiz a filosofia da ESF.

É consenso entre os profissionais, o reconhecimento dos avanços que ocorreram na odontologia depois da incorporação do dentista na equipe de saúde da família, contemplando acesso, organização, humanização, assistência e prevenção das doenças bucais.

Diante do exposto, cabe concluir que o processo de trabalho desenvolvido pelos dentistas, contempla em parte o que é preconizado pela ESF, fato que não ocorre de forma intencional ou consciente, mas como consequência do modelo hegemônico historicamente praticado ao longo dos anos.

Acredita-se que à medida que os profissionais tornarem-se conscientes de que são peças-chave no processo de mudanças, mudará junto à forma de conduzir o processo de trabalho e consequentemente o seu perfil se adequará a este novo modelo.

REFERÊNCIAS

01. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
02. Fertomani HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá-PR [Dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
03. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas Integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). *Rev Odonto Ciênc.* 2007;22(55):48-54.
04. Cotta RMM. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006;15(3):7-18.
05. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(1):219-27.
06. Facó EF, Viana LMO, Bastos VA, Nuto SAS. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. *Rev Brás Promoção Saúde* 2005;18(2):70-7.
07. Ditterich RG. O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do PSF de Curitiba-PR; 2005.
08. Sousa MF. A Coragem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.127p.
09. Instituto Brasileiro de estudos e Pesquisas Socioeconômicas – Inbrape. O perfil do cirurgião-dentista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais da odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO, 2003. [Serial on Line]. [capturado 2009 jan 05]. Disponível em: www.cfo.org.br/download/perfil.
10. Rodrigues MP, Araújo MSA. O processo de trabalho em saúde da família. [Serial on Line]. [capturado 2008 maio 02]. Disponível em: www.observatorio.nesc.ufrn.br.
11. Organização Pan-Americana de Saúde. Desempenho em equipes de saúde. – Manual. Rio de Janeiro: Opas; 2001.
12. Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde [Serial on-Line]. [capturado 2008 fev 05]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>.
13. Silveira Filho AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. [Serial on Line]. [capturado 2008 mai]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf>.
14. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. *Saúde Debate* 2003 set/dez; 27(65):316-323.

15. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade, e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba, SP: Universidade Estadual Paulista; 2000.

16. Souza TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [Dissertação]. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

ABSTRACT

Aim: Characterize the working process of the surgeon-dentist (SD) in the Family Health Strategy (FHS). **Methodology:** The collecting instrument used was a semi-structured questionnaire, in which participated 30 professionals. **Results and Discussion:** From the analyzed data in respect to team work, they occasionally seek the cooperation of other members and perform them in an uncommon way. They develop with high frequency clinical activities. Regarding the planning of activities, most of the dentists said that develops them individually. It is concluded

that the professionals had poor integration with the team, have a more individualistic profile, develop more actions in a remedial and individual nature. **Conclusion:** The working process developed by SDs, includes the part which is advocated by the FHS, which signals for increased monitoring of this process, in order to achieve the full potential that the FHS is in the basic care reorganization.

KEYWORDS: Family Health Program, oral health, work

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rossana Mota COSTA
Programa de Pós-Graduação em Odontologia,
Departamento de Odontologia da UFRN.
Av. Sen. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova,
Natal-RN, 59056-000.
Telefone: (84) 3215- 4133.