



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ADRIANA PRESTES DO NASCIMENTO PALÚ

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF,
PERSPECTIVAS E DESAFIOS:
A VISÃO DE ODONTÓLOGOS DO PARANÁ**

Londrina
2004

ADRIANA PRESTES DO NASCIMENTO PALÚ

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF,
PERSPECTIVAS E DESAFIOS:
A VISÃO DE ODONTÓLOGOS DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Adriana Mitsue Ivama

Londrina
2004

ADRIANA PRESTES DO NASCIMENTO PALÚ

**A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF,
PERSPECTIVAS E DESAFIOS:
A VISÃO DE ODONTÓLOGOS DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra. Adriana Mitsue Ivama

Dra. Luiza Nakama

Dr. Paulo Capel Narvai

Londrina, 26 de abril de 2004.

Londrina
2004

Dedico

Ao meu querido esposo, Artur, por todo amor, incentivo e presença durante todo o tempo.

A Aléxia, nossa filha, fruto do amor e razão de nossa vida.

A minha família (pai, mãe, Fabi e Cezinha) por sempre acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar minha gratidão eterna a Deus pela minha vida e, especialmente, por este momento.

Aos meus pais, Edison e Glória, que foram o início de tudo.

Ao meu esposo Artur, o maior incentivador nesta jornada, pelo companheirismo, amor e afeto que nos une, sem seu apoio não realizaria este sonho.

À nossa filha Aléxia por surgir neste momento de minha vida e tornar-se razão do meu viver.

Aos meus familiares, especialmente Sr. Artur e Dna Helena, pelo apoio e incentivo que foram muitos e valiosos.

À Lílian pelo incansável esforço e ajuda durante esta caminhada.

Aos meus professores e amigos que, de forma direta ou indireta, contribuíram com suas experiências e conhecimentos.

Em especial à Professora Dra. Adriana Mitsue Ivama que além de sua primorosa orientação, transmitiu paciência e dedicação na arte de ensinar, acreditando e fazendo-me acreditar que tudo é possível, estabelecendo um forte laço de respeito e amizade. Os meus sinceros agradecimentos.

Aos meus amigos de mestrado por me ensinarem mais do que eu esperava e estabelecerem uma relação de amizade muito forte e importante.

A todos os colegas odontólogos que participaram deste estudo e que se permitiram dividir suas vidas com a história.

E a todos aqueles que de uma maneira ou de outra, cooperaram e incentivaram a realização do curso. Acredito que sem a compreensão e a ajuda dispensada, durante todo o tempo que necessitei para me dedicar aos estudos e elaboração deste, o meu sonho jamais poderia ter se concretizado.

PALÚ. Adriana Prestes do Nascimento. **A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios:** a visão de odontólogos do Paraná. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia de reorientação das práticas sanitárias no Brasil. A inclusão da saúde bucal no PSF constituiu um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Representou a incorporação do conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo. O presente estudo teve como objetivo central a análise da inserção do odontólogo no PSF, no Paraná. Trata-se de uma pesquisa social com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dezessete odontólogos que atuam no PSF. No tratamento do material coletado foi utilizado o programa N-Vivo e foi realizada análise de conteúdo. Os resultados obtidos demonstraram que esses profissionais se inseriram no PSF de maneira não homogênea, com formação acadêmica distanciada da atuação de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e de forma geral insuficiente para atuar neste modelo, com necessidades de (re)capacitação, na perspectiva da educação permanente. Na sua atuação cotidiana, estes profissionais cumprem as atribuições preconizadas referentes às ações clínicas, nem sempre sob um novo enfoque da saúde-doença, encontram deficiência na assistência secundária e não exercem plenamente as ações coletivas. Foram evidenciadas diferenças na atuação em equipe, e no estabelecimento de vínculos com a comunidade, sendo que estes eram facilitados quando havia melhor domínio conceitual e compreensão do modelo de atenção. Embora a maioria deles esteja consciente das mudanças em suas práticas, há dificuldades em lidar com tais mudanças. A precarização da forma de contratação parece ter grande influência no envolvimento do profissional com o serviço, principalmente em estratégias de longo prazo, à medida que explicitam dúvidas acerca do seu futuro e da própria estratégia do saúde da família. Concluímos que a inclusão da saúde bucal aponta para a mudança das práticas na atenção básica, embora haja muitas deficiências. Os principais desafios evidenciados no trabalho, tanto para a formulação de políticas como para a gestão dos serviços, foram a descontinuidade da atenção em outros níveis de atenção, o distanciamento entre a formação e o modelo de atenção vigente e a precarização das formas de contratação. A educação permanente dos profissionais, bem como a inserção de profissionais comprometidos com o processo, podem contribuir para a efetiva reorientação das práticas, voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal, de modo universal, equânime e integral.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família, odontologia comunitária, saúde bucal, recursos humanos em saúde.

PALÚ. Adriana Prestes do Nascimento. **The insert of the oral health in the PSF, perspectives and challenges:** the vision of dentist of Paraná. 2004. Thesis (Master Degree in Collective Health) Londrina State University.

ABSTRACT

The family health program (FHP) arose as a strategy of reorientation concerning sanitary practices in Brazil. The inclusion of oral health in the FHP represented an advancement in the reorganization of oral health actions within basic care and the incorporation of the oral health concept as a health component in its broader meaning. The main objective of the present study was to analyze the insertion of dentistry in the FHP in Paraná. The study was a social investigation with a qualitative approach. Semi-structured interviews were held with 17 dentists working within the FHP. The collected data were submitted to content analysis using the N-Vivo program. The results demonstrated that these professionals were inserted in the FHP in a non-homogenous manner, with their academic training being distant from their actual activities according to the principles of the Unified Health System and, in general, insufficient for them to perform in this model, requiring (re)qualification within the perspective of permanent education. In their daily activities, these professionals fulfilled their standard duties regarding clinical actions, not always using a new health-disease approach, found deficits in secondary care and did not fully exert collective actions. Differences were observed in the ability to perform team work and in the establishment of links with the community, which were facilitated in the case of better conceptual domination and understanding of the care model. Although most professionals were aware of changes in their practices, they had difficulties in dealing with these changes. The precarious types of work contracts seem to have a great influence on the involvement of the professional in the service, especially in long-term strategies, with doubts about the future of the professionals and of the family health strategy itself. We conclude that inclusion of oral health indicates changes in basic care practices, although many deficits continue to exist. The main challenges observed in the present study in terms of both the formulation of policies and management of the services were the discontinuous care at other care levels, the distancing between the training of the professionals and the current care model and the precarious forms of contracting. Permanent education of professionals as well as the insertion of professionals with a commitment to the process might contribute to effective practice reorientation directed at promotion, prevention, treatment and rehabilitation of oral health in a universal, equanimous and integral manner.

KEYWORDS: Family health, community dentistry, oral health, human resources health.

LISTA DE SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSB	Coordenação Nacional de Saúde Bucal
CPO-D	Dentes Cariados Perdidos Obturados
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
FNO	Federação Nacional dos Odontologistas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INBRAPE	Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
Nupes	Núcleo de Pesquisa do Ensino Superior
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PISE	Programa Integrado de Saúde Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROMED	Programa de Incentiva a Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL	10
1.1	A CONSOLIDAÇÃO DO SUS	10
1.2	A REORIENTAÇÃO DO MODELO E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	11
1.2.1	Desafios para Consolidação do SUS	13
1.3	A ODONTOLOGIA E A SAÚDE BUCAL NO BRASIL	15
1.3.1	A Saúde Bucal e da Família	23
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3	MATERIAL E MÉTODO	28
3.1	CONSTRUINDO O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	28
3.2	SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS	30
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	33
3.4	ANÁLISE	34
3.4.1	Categorias de Análise	36
4	O ODONTÓLOGO NO PSF	38
4.1	O PERFIL DE FORMAÇÃO DESSE PROFISSIONAL	38
4.1.1	Oportunidade e Necessidade de Capacitação para Atuação no PSF	42
4.2	Inserção no Setor Público de Saúde e Forma de Incorporação à Estratégia	43
5	ATIVIDADES REALIZADAS POR ESSES ODONTÓLOGOS NO PSF	52
5.1	AÇÕES DE DIMENSÃO COLETIVA	55
5.2	AÇÃO DE DIMENSÃO CLÍNICA INDIVIDUAL	58
6	OS ATORES E O NOVO “FAZER” SAÚDE BUCAL	64
6.1	A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	64
6.2	O ODONTÓLOGO E A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	65
7	AS MUDANÇAS SENTIDAS NO CONTEXTO DO PSF	68
7.1	SENTIMENTOS E PERSPECTIVAS	70
8	CONCLUSÕES	72
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	92
	ANEXOS	95

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

1.1 A Consolidação do SUS

O modelo de atenção à saúde no Brasil é resultado de um processo histórico de lutas por um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo. As manifestações do movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), intensificadas nas décadas de 70 e 80, e a conquista no plano jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 reestruturaram o sistema de saúde brasileiro e instituíram princípios doutrinários e organizativos que legitimaram o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde (CARVALHO, MARTIN, CORDONI Jr, 2001, p. 40).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o verdadeiro marco de fundação do Sistema Único de Saúde. Segundo Campos (2003, p.1), na abertura da 133ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS):

Naquela ocasião, foi possível potencializar, combinar, estimular o movimento sanitário brasileiro nas suas diferentes vertentes: os profissionais de saúde, as experiências municipais dos anos 80 e 70 [...] a experiência dos trabalhadores de saúde, sindicatos, movimentos populares, a experiência legislativa e política [...] estabeleceu limites para permitir que a Conferência negociasse com vários segmentos, para permitir que as bases políticas, as diretrizes, os valores do que seria o Sistema Único de Saúde fosse aprovado de forma quase consensual naquela Conferência.

Os avanços institucionais não alcançaram o mesmo sucesso nas ações práticas. Campos apud Roncalli in Pereira (2003, p. 39) considerava que as

características como universalidade e integralidade eram mutiladas e preceitos, como a equidade, se contrapunha à lógica neoliberal no que diz respeito à ação do Estado e ao estabelecimento de políticas sociais.

Roncalli in Pereira (2003, p. 43) aponta que a definição desse conflito depende da “correlação de forças estabelecidas entre projetos de sociedade, distintos, postos na arena de disputa política”. Assim, o processo de consolidação do SUS vem se dando no dia-a-dia com a tentativa de implantar modelos assistenciais mais equitativos, resolutivos e eficazes que reforçam o ideário do SUS na prática.

Alguns modelos alternativos que antecedem ao SUS, como o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), trabalhavam a partir da idéia de distritos sanitários, que era uma proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ao setor saúde no sentido de proporcionar maior equidade, eficácia e eficiência às suas ações (RONCALLI in PEREIRA, 2003, p 43). Com a implantação do SUS surgem outras estratégias que contribuem para a reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil.

1.2 A Reorientação do Modelo e a Estratégia de Saúde da Família

Apesar de todo avanço do sistema de saúde brasileiro, de maneira geral, não ocorreu uma mudança significativa no modelo de atenção à saúde na

maioria dos municípios do país. Continuava organizado no modelo tradicional, com ações centradas na doença e não na promoção e manutenção da saúde.

Como resposta à política sanitária, mesmo pressionado por um cenário econômico adverso, surgem outras estratégias ou propostas como tentativas de implementar e fortalecer o SUS no âmbito municipal. Destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que introduziu uma nova lógica na prestação de serviços, especialmente com relação à atenção primária, resultando em importante redução dos índices de mortalidade infantil. A partir daí, começou-se focar a família como unidade de ação programática de saúde, e não apenas o indivíduo. Incorporaram outros diferenciais, como a concepção de integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista sobre saúde. Ao mesmo tempo, o programa revelava que os agentes eram importantes elementos para a organização do serviço básico.

O PACS introduziu os elementos centrais que comporiam o Programa Saúde da Família (PSF). Este teve suas primeiras equipes formadas a partir de 1994 (RONCALLI in PEREIRA, 2003) com uma proposta institucional que objetiva reorientar o modelo assistencial por meio da atenção básica, em consonância com os princípios do SUS, imprimindo nova forma de atuação da equipe de saúde, com definição de uma área de atuação e a criação de um vínculo e responsabilidade para com as famílias adscritas a esta área (SANTI, 2000).

Formulado nestas bases, o PSF se apresentou como uma estratégia de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas

com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (SANTI, 2000, p. 20).

No Paraná, a estratégia do PSF foi assumida pelo Governo de Estado em 1996, após encontros e discussões entre as Universidades Estaduais e a Federal, gestores estaduais por meio da Secretaria de Estado de Saúde, Escola de Saúde Pública do Estado e representantes dos municípios de Londrina e Curitiba que já tinham implantado o PSF.

Em janeiro de 2004, existiam 19.182 equipes de Saúde da Família em 4498 municípios brasileiros, com uma cobertura de 80,9% da população. No Estado do Paraná, existiam 1168 equipes de PSF em 333 municípios, representando uma cobertura de 83,5% dos municípios e de 39% da população paranaense (BRASIL, 2004).

1.2.1 Desafios para Consolidação do SUS

Segundo Arouca (2002), a Reforma Sanitária que criou o SUS foi feita, mas o seu núcleo, desumanizado, medicalizado, está errado. Ele aponta a necessidade de mudança fundamentada na promoção de saúde e não na doença, afirmando:

“O SUS tem que, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável”.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília objetivou propor diretrizes para efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como para a consolidação do Sistema Único de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003). O tema central foi "Saúde: um direito de todos e dever do Estado - A Saúde que temos, o SUS que queremos". Dentre os dez eixos-temáticos debatidos, destaca-se o Direito à Saúde. Um grande número de destaques e propostas foram feitos o que, segundo Luiz Marques (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003), relator das discussões, ainda representa um sinal da enorme demanda pela organização da saúde no Brasil.

“Apesar de serem sobre um eixo temático de direito, elas estão mais traduzidas em ações para o gozo dos direitos. Porque do ponto de vista formal os direitos já estão na lei, mas o gozo desses direitos depende de políticas públicas para que se chegue a usufruir o que está na lei. Então esse enorme número de destaques e propostas está mostrando pra gente claramente que apesar dos avanços que se conseguiram até agora na organização do sistema único de saúde ainda há um longo caminho a percorrer. Há muita gente que não consegue chegar a ser atendida pelo SUS”.

Entre vários desafios colocados por Campos (2003, p. 3-4), que deveriam ser considerados pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, destacam-se:

Se não articularmos em 60% ou 70% do território brasileiro e das pessoas brasileiras, das famílias brasileiras, se não garantirmos o acesso a uma atenção básica, as equipes do Programa Saúde da Família e similares com capacidade de atenção integral básica, com capacidade de fazer promoção, prevenção, mas com resolutividade clínica, com capacidade de resolver problemas crônicos, de trabalhar com idosos, de trabalhar com as gestantes etc., não haverá recursos financeiros capazes de sustentar o modelo tradicional. Se continuarmos centrando nossa atenção individual em pronto-socorro e hospitais e especialistas, não há recursos, além da eficácia ficar comprometida. É muito importante rediscutirmos a atenção básica. A experiência de reorganização da atenção básica com a Saúde da Família foi muito importante, mas na região Sul, Sudeste e parte da região Centro-Oeste e nas capitais, nós temos uma capacitação instalada, nos Centros de

Saúde, de profissionais de saúde que trabalham de uma forma tradicional e antiga, que tem alguma eficácia, mas tem muitos problemas, não cria vínculos, não tem adscrição de clientela, não trabalha em equipe interdisciplinar, cada profissional trabalha de forma isolada... Mas essas pessoas existem, esses recursos estão aí [...]. A qualificação passa por isto. Não podemos sucatear pessoas, prédios, principalmente quem está trabalhando, não podemos garantir um futuro, um salário ou um pedaço de atenção básica e deixar o resto à míngua, deixar o resto se degradando... tanto por razões humanas, solidárias e éticas, como também por razões pragmáticas e administrativas.

No Seminário Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde: 25 anos da Declaração de Alma-Ata, foram apresentadas várias experiências e reflexões sobre os avanços e as insuficiências da adoção do conceito como norteador dos processos de reforma do setor saúde em vários países, entre eles o Brasil. Conforme consta no relatório (SEMINÁRIO, 2003, p. 2-3), entende-se:

“...saúde não como um fim, mas como um meio para atingir o pleno desenvolvimento humano, não devendo ser determinada por interesses econômicos e de consumo imediato, obrigando governos e profissionais de saúde a reverem o uso desenfreado de tecnologias sem uma avaliação precisa de seus benefícios para a saúde, num desperdício de material e desperdício humano. [...] O debate reforçou a importância da atenção primária como uma política estruturante dos sistemas de saúde, capaz de articular um conjunto de políticas essenciais à saúde e se aproximar das realidades locais, numa compreensão mais precisa de suas necessidades [...]. Finalmente, a ação intersetorial e a participação cidadã reintroduzem no debate contemporâneo uma discussão ampliada sobre proteção social e desenvolvimento sustentável [...] O Brasil adotou e aperfeiçoou os princípios enunciados na Declaração de Alma-Ata, mas também enfrenta desafios à efetiva implementação de reforma, especialmente no que tange a garantia do acesso à saúde e toda a população no território nacional, a integralidade das ações e a resolutividade e a qualidade do atendimento”.

1.3 A Odontologia e a Saúde Bucal no Brasil

A odontologia, seguindo o caminho das profissões médicas, historicamente, constituiu suas práticas centradas na doença, de forma individualizada e tecnicista. Além disto, as políticas públicas nacionais de saúde

bucal têm ocorrido de modo retardatário, marginal às políticas maiores do campo da saúde (MARTINS FILHO, 2000). O processo de trabalho tornou-se mais complexo, por vezes desnecessariamente fragmentado, desvinculando em demasia o conhecimento e a prática (MACHADO, 1997). O que resulta na insuficiência em suas ações. Segundo Narvai (1994), o setor privado da odontologia brasileira proporciona atendimento freqüente a somente 5% da população devido aos aspectos curativistas e do alto custo que tem caracterizado esta prática. Para outros 15%, a freqüência é de modo irregular e, para o restante da população, a odontologia oferece resposta mutiladora, ou seja, a extração, que para as classes populares acaba por ser a melhor saída para a solução de seu problema – a dor. Esta afirmativa se confirma no Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986, p. 4), no tema que discursa sobre o Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil, que diz:

A situação de saúde bucal, da população brasileira, é caótica. O modelo de prática odontológica cobre as necessidades de somente 5% da população, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador.

Depois deste diagnóstico e das devidas recomendações de mudanças, no Relatório Final da II CNSB (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1993, p. 11), verifica-se que persevera:

... a monopolização dos conhecimentos em saúde pelos profissionais da área, e dentre estes a formação de elites altamente especializadas, descomprometidas com o processo de construção de uma prática mais adequada e socialmente justa.

A Federação Interestadual dos Odontologistas juntamente com as demais entidades nacionais CFO, ABO, FNO, academia e ABENO, realizaram a pesquisa Perfil do Cirurgião Dentista Brasileiro (INBRAPE, 2002) com o intuito de

delinear um diagnóstico para melhor definir a atuação junto à categoria, à população e aos serviços público e privado. Foram entrevistados 614 profissionais de odontologia registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO), residentes nas cinco regiões do Brasil. Os resultados evidenciam as características do modelo de formação e atuação discutidos há muito tempo, persistindo o modelo de prática de intervenção clínica e individual, com profissionais autônomos: “é notório que de cada 10 entrevistados, 9 estão atuando como liberal/autônomo”.

Desse modo, encontramos no Brasil uma odontologia “tecnicamente elogiável, cientificamente discutível e socialmente caótica” (GARRAFA; MOYSÉS, 1996). Fato que gera a drástica situação demonstrada nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar da Fundação (PNAD) do IBGE, em 1998, revelando que cerca de 29,6 milhões de brasileiros que nunca haviam consultado um dentista, valor que equivale a 18,7% da população (MANFREDINI, 2003). Os números revelam algumas das causas da má colocação do Brasil, em termos de saúde bucal, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) – 129º lugar, entre 186 países (RADIS, 2001). Contraditoriamente, no Brasil, em 2003, existiam mais de 183 mil dentistas, para uma população de 176.876.251 brasileiros (BRASIL, 2003a). Apresentando a relação dentista por habitante melhor que a considerada ótima pela OMS (FREITAS, 2001), distribuídos desigualmente no território nacional. No mesmo ano havia 169 de faculdades de Odontologia formando continuamente profissionais para atuarem nesse mercado de trabalho (BRASIL, 2003b).

Poucos estudos epidemiológicos foram realizados para nortear a instituição de políticas públicas de saúde bucal. Com o intuito de alcançar dados que

contribuíssem para o incremento de ações de planejamento e avaliação na área de saúde bucal coletiva e, ainda, para a consolidação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal, foi realizado o Projeto SB BRASIL- Condições de Saúde Bucal da População Brasileira.

Este projeto constituiu um levantamento epidemiológico, seguindo uma base metodológica proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com características de um estudo multicêntrico, contemplando um maior número de problemas, de grupos etários e de municípios participantes de amostra. Seus resultados certamente desenharam o cenário em que se encontra a saúde bucal no Brasil, bem como suas diferenças regionais, e são importantes na decisão dos rumos deste setor da saúde.

No Paraná, foram examinadas 6978 pessoas em 15 municípios e os indicadores mostram que a cárie dentária está relativamente controlada na infância (índice CPO-D igual a 2,63 aos 12 anos e 37% das crianças livres de cárie) superando o indicador da Organização Mundial de Saúde que é o CPO-D (12 anos) igual a três e apontando o elevado índice de edentulismo (ausência total de dentes) na população idosa, necessitando de políticas públicas específicas (ENCONTRO PARANAENSE DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO, 2003. p.3-4).

Muitos trabalhos publicados sobre a situação de saúde bucal no Brasil se referem ao modelo de prática adotado como um dos principais fatores, além de deficiências em termos de recursos humanos, políticas de atenção e

concepção de existência da profissão (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1986; 1993).

Estas referências reforçam a necessidade de mudanças. Neste sentido têm ocorrido discussões em várias partes do país, voltadas tanto para a mudança da prática como da formação do dentista.

Iniciativas como a do Projeto UNI com a proposta de mudança no ensino das carreiras da saúde e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM. No cenário nacional, a criação do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina – PROMED, valorizando os cursos que realizam estas mudanças. O movimento da Rede UNIDA que agrega pessoas, instituições e projetos, impulsionando mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, num espaço de troca de experiência entre universidade e serviços, instituições de ensino e pesquisa, serviços e comunidade (MELO, 2004, p. 22-23).

Destaque para a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que desencadeou os debates para a elaboração e, atualmente, para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Graduação. Estas diretrizes constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior, tendo como objeto:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar

com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

As DCN de todas as profissões de saúde estabelecem competências comuns a toda a área de saúde, conforme seu objetivo:

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Entendendo competência como:

Capacidade de articular e mobilizar condições intelectuais e emocionais em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, necessários para o desempenho de uma determinada função ou atividade, de maneira eficiente, eficaz e criativa, conforme a natureza do trabalho. Capacidade produtiva de um indivíduo que se define e mede em termos de desempenho real e demonstrado em determinado contexto de trabalho e que resulta não apenas da instrução, mas em grande medida, da experiência em situações concretas de exercício ocupacional. (OIT, 2002, p. 22).

Considerando este conceito, destaca-se a importância das habilidades, que são atributos relacionados com a percepção, coordenação motora, destreza manual ou capacidade intelectual, essenciais ao desempenho de uma tarefa ou de uma competência. São adquiridas com a prática diária ou através de treinamento intensivo e estão estreitamente ligadas às aptidões (OIT, 2002, p.27). Portanto, as competências e habilidades precisam ser construídas no período de formação e continuamente aprimoradas durante a vida profissional.

As DCN representam um importante avanço na formação de profissionais para atuarem no SUS. Entretanto, nos serviços instalados há profissionais que atuam em dissonância com esta proposta, pois foram formados com outras competências, mas podem e precisam ser treinados para que adquiram habilidades que atendam às necessidades reais do serviço e da população.

Outros atores importantes no cenário da Odontologia no Brasil são os profissionais auxiliares. O surgimento das categorias auxiliares no setor saúde tem sido associado à racionalização do trabalho, ao aumento da produtividade e da qualidade no trabalho, ao desenvolvimento científico-tecnológico e às mudanças nas práticas e nos modelos de assistência. A incorporação destes profissionais permitiu o aumento da cobertura e a mudança no quadro de recursos humanos dos serviços de saúde.

De acordo com Melchior (2002), a realização de trabalhos em equipe pressupõe trabalhar com a noção de complementaridade e a interdependência dos saberes e reorganização do processo de trabalho. A ação-reflexão-ação sobre as atividades propostas em equipe deve ser um exercício diário, tendo em conta não só as questões técnicas, mas, sobretudo as relações interpessoais. É fundamental ter clareza do papel e responsabilidade de cada membro da equipe e dos objetivos e resultados esperados. As atividades realizadas em equipe não descaracterizam a formação individual ou minimizam as responsabilidades de cada membro.

Assim, o trabalho em equipe pressupõe a manutenção da especificidade de cada área profissional, preservando o aprimoramento das intervenções especializadas e o aumento de produtividade possibilitado pela divisão do trabalho. No entanto, as fronteiras serão borradas, flexibilizando a divisão do trabalho, no sentido da constituição de ações comuns desenvolvidas indistintamente por agentes de diversas áreas (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2000, apud MELCHIOR, 2002. p.9).

Na saúde bucal, a inclusão e expansão das categorias auxiliares se deram de forma diferenciada, tanto pelas características do trabalho quanto pelas contínuas resistências por parte dos dentistas. Estes se dividiam entre o grupo que via no trabalho auxiliar em odontologia uma forma de assegurar cuidados profiláticos ao

paciente e obter maior tempo para o trabalho restaurador e para outros procedimentos mais complexos, para os quais haviam sido treinados. O segundo grupo posicionava-se contra, com o argumento de que uma “subespecialista” pudesse se engajar na prática ilegal da odontologia.

No Brasil, a utilização de auxiliares em saúde bucal intensificou-se na década de 70. O auxiliar de higiene dentária foi incorporado a programas escolares da Fundação SESP e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, em 1952, com as funções principais de aplicação tópica de flúor e profilaxia dentária. Em 1959, o VII Congresso Odontológico Brasileiro recomendou a utilização de pessoal auxiliar também na assistência direta ao trabalho do dentista. Experiências como os programas de formação e incorporação de auxiliares do Departamento de Odontologia da PUC/MG, o Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) do Distrito Federal, da década de 70, assumiram o trabalho “simplificado” em odontologia, delegando funções de maneira ampla e propondo uma profunda reorganização dos serviços de saúde bucal (Carvalho, 2000).

Atualmente são quatro as ocupações auxiliares em odontologia no Brasil: técnico em prótese dentária, técnico em higiene dental, atendente de consultório dentário e auxiliar de prótese dentária.

Narvai et al. (1990, p.65) em estudo sobre questões relativas ao técnico em higiene dental (THD) concluem que a utilização desse tipo de pessoal auxiliar “é imprescindível à prestação e à extensão dos serviços odontológicos,

especialmente no setor público, mas também no setor privado” e que contribuem para o aumento da qualidade dos serviços prestados à população.

1.3.1. A Saúde Bucal e a Saúde da Família

Desde 1999, as discussões da Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde propõem a inclusão da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) e culminaram na elaboração do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, com a regulamentação da inserção da saúde bucal no PSF através da portaria nº 267, de 06/03/01 (ANEXO A).

A inserção da saúde bucal no PSF é a resposta mais legítima à proposta de mudança do modelo de saúde, excludente e ineficaz que caracterizou a Odontologia no campo das ações públicas de saúde. No novo modelo, apesar de tantas insuficiências, a saúde bucal tem buscado incorporar-se como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e assumindo o compromisso de quitar uma dívida social do Estado com o povo construída em anos de exclusão e abandono (BRASIL, 1993).

São inegáveis, porém incipientes, os avanços alcançados com os modelos de atenção à saúde bucal, ao longo da história. Mostraram-se significativos para se chegar a esta nova proposta, especialmente, por apontarem erros e acertos neste percurso. No PSF, a saúde bucal também apresenta desafios a serem

superados, questões referentes à implantação das equipes, ao financiamento, à organização dos serviços e, sobretudo, aos recursos humanos. Este último pode ser visto como um dos maiores desafios, pois o sucesso da estratégia saúde da família é, antes de tudo, resultante de uma mudança de atitude dos profissionais em saúde bucal coletiva que atuem na atenção básica (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 40).

O número de equipes de saúde bucal vem crescendo, em dezembro de 2002 havia 4261 equipes, passando para 6170 equipes em dezembro de 2003, um aumento de aproximadamente 44,8%. O Ministério da Saúde tem como meta para o fim de 2004 atingir 9 mil equipes, 12 mil ao fim de 2005 e 16 mil equipes até dezembro de 2006. Medida que conta com incentivos financeiros que atingiram R\$ 84.500.000,00 em 2003, 49,4% a mais que no ano anterior (COORDENAÇÃO, 2004, p.14).

No Paraná, em janeiro de 2004, existiam 1399 equipes de PSF e 511 equipes de saúde bucal, localizadas em 218 municípios paranaenses (PARANÁ, 2004).

Como estratégia do PSF, na saúde bucal, reorganizaram-se as práticas assistenciais adotando novas bases e critérios. A proposta de mudança do objeto de atenção e organização geral dos serviços, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS, buscou promover a universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços, tendo a saúde bucal como componente da saúde em seu sentido mais amplo, enquanto qualidade de vida.

A inscrição da saúde bucal no PSF com o redesenho do quadro de suas práticas foi um avanço importante, mas ainda incipiente diante dos desafios a serem superados. Este processo precisa ser ampliado de forma que seja a base de sustentação de uma efetiva substituição de práticas tradicionais por práticas que contribuam para a reorganização do modelo de atenção à saúde, atendendo às reais necessidades dos cidadãos. Esta reorganização deve ser acompanhada de adequada incorporação tecnológica, tanto no que se refere à infra-estrutura quanto ao conhecimento (SOUZA, 2002). Para tanto, os profissionais que atuam no PSF precisam estar dispostos e capacitados a lidar com estas inovações e a adaptá-las às diferenças locais, para que possam, concretamente, reorientar seu processo de trabalho e atingir níveis adequados de resolutividade.

Frente à situação apresentada, surgem os questionamentos que orientam este estudo: Como se deu a inserção dos odontólogos no PSF no Paraná? Como vêm sua atuação, suas práticas e as mudanças inseridos neste contexto?

Estas respostas foram buscadas com o intuito de construir, por meio de uma análise qualitativa, o retrato atual da atuação dos profissionais investigados neste processo de inserção da saúde bucal e das mudanças produzidas e sentidas com o PSF.

Com a hipótese de que muitos odontólogos, apesar de inseridos no PSF, continuavam atuando no modelo biologicista, centrado na doença, não considerando os diferentes fatores ligados à promoção de saúde, atuando

isoladamente e sentindo dificuldade de atuar num modelo de atenção à saúde no qual não foram formados e pouco capacitados.

Problematizando as práticas, pretendeu-se ir além da identificação dos obstáculos, buscando identificar iniciativas inovadoras que pudessem contribuir para a construção das novas práticas em saúde bucal, e desta forma, contribuir também para a consolidação dos princípios do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a inserção do odontólogo na equipe do Programa Saúde da Família no Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a formação e a capacitação do odontólogo para atuar no Programa Saúde da Família;
- Identificar, das ações atribuídas pelo Ministério da Saúde aos odontólogos, quais as efetivamente realizadas;
- Caracterizar a atuação do odontólogo e a sua relação com os demais membros da equipe de saúde;
- Descrever o processo de incorporação do odontólogo no Programa Saúde da Família, bem como suas ações, sentimentos, responsabilidades.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Construindo o Processo de Investigação

Segundo MINAYO (1994); MINAYO & SANCHES (1993) a escolha da metodologia deve ser baseada na natureza do problema a ser estudado.

Investigar a inserção do odontólogo no Programa Saúde da Família, numa equipe multiprofissional, sob uma nova proposta de atenção à saúde bucal, implica em explorar o comportamento, as percepções, as perspectivas e os processos dinâmicos experimentados por este grupo (SOARES, 2003). Ao mencionar o termo processo, reconhece-se que as realidades processuais são sempre inacabadas, fragmentárias e estão sempre em andamento, em formação (DEMO, 1981).

Buscando atingir os objetivos propostos, adotou-se para esta investigação a abordagem qualitativa, visto que é mais capaz “de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais” (LEFÈVRE, TEIXEIRA, 2002).

A técnica utilizada no trabalho de campo foi a entrevista, uma prática discursiva entendida como ação, interação situada e contextualizada, “por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade” (PINHEIRO, 1999). Adotou-se como estratégia de captação de informações qualitativas a história de vida com a função de retratar as experiências vivenciadas pelos odontólogos entrevistados. Em particular, a história de vida tópica que enfatiza determinada etapa ou um determinado setor da experiência em questão (MINAYO, 1997).

Segundo a forma em que se formula a pesquisa, foi empregada a entrevista semi-estruturada, onde o profissional discorre sobre o tema proposto

(WHO, 1994), tendo a liberdade de expressar suas opiniões, idéias, sentimentos, maneiras de atuar.

Na história de vida, embora a pesquisadora tenha elaborado o roteiro temático da entrevista, o entrevistado foi quem decidiu o que narrar, em relação às questões propostas.

Utilizou-se um roteiro de entrevista (Apêndice 1) que serviu como guia no sentido de garantir a presença das questões que a pesquisa coloca (SCHRAIBER, 1999). Este roteiro possibilitou à pesquisadora redirecionar a conversa, adaptando-se, de acordo com o andamento da entrevista, e facilitando a sistematização dos dados, pois as mesmas perguntas centrais foram feitas a cada informante (TOBAR e YALOUR, 2002).

O recurso de registro de dados foi a gravação magnética das entrevistas, com posterior transcrição integral das mesmas com o emprego de caderno de campo, onde foram anotadas as percepções do pesquisador acerca da investigação em curso.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora, sendo que a entrevista mais curta teve duração de quarenta minutos e a mais longa de duas horas e dez minutos. Houve um primeiro momento de conversa informal, para fins de descontração. Um segundo momento de esclarecimento quanto aos aspectos éticos e à dinâmica da entrevista. Um terceiro momento foi a história de vida tópica propriamente dita e, por fim, um momento de agradecimentos em que se abria espaço para outras considerações e reflexões por parte do entrevistado.

3.2 Seleção dos Entrevistados

A seleção dos entrevistados foi de forma intencional, fazendo uso de informantes-chave ou “pessoas-fonte”. CHIZZOTTI (2000) denomina “pessoas-fonte” aquelas que pela sua participação, ou pelo estudo, adquiriram competência específicas sobre um determinado problema, e foram: instrutores dos pólos regionais e estadual de capacitação e educação continuada em Saúde da Família do Paraná e coordenadores regionais e estadual de saúde bucal.

A escolha dos sujeitos significativos se deu pela representatividade positiva dos mesmos junto ao processo de implantação da saúde bucal no PSF, obedecendo os seguintes critérios, segundo (MELCHIOR, 2002, p.75; IVAMA, 1999, p.329):

- *Heterogeneidade*: buscou-se representar as possíveis realidades do odontólogo no PSF, em relação ao sexo (homens e mulheres), ao tempo de formação (menos de 3 anos, de 3 a 13 anos e mais de 13 anos), à população do município (municípios com até 10.000 habitantes, com 10.001 a 50.000 habitantes e com 50.001 habitantes ou mais);
- *Representatividade*: tendo como base a busca por profissionais característicos, representativos dos odontólogos inseridos no PSF em consonância com os princípios da estratégia;

- *Disponibilidade do entrevistado:* verificando a disposição e o interesse da pessoa selecionada em colaborar com o entrevistador;
- *Acessibilidade:* verificada em função do acesso ao município do entrevistado (meio de transporte, adequação de horário) e facilidade de contato (até 5 ligações telefônicas);
- *Saturação e redundância:* como critério delimitador da seleção. Sendo encerradas as atividades de campo quando verificada nos discursos saturação/redundância.

Foram selecionados vinte odontólogos inseridos no Programa Saúde da Família, que segundo os informantes-chave estariam atuando em consonância com os princípios da estratégia de Saúde da Família. Os mesmos foram selecionados tendo como referência as faixas populacionais apresentadas no quadro 1:

GRUPO	FAIXA POPULACIONAL	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
1	< 10.000	6	6
2	10.001 A 50.000	4	4
3	> 50.001	3	7

Quadro 1: Número de entrevistados em relação ao número de municípios e às faixas populacionais.

Houve um contato prévio com os possíveis entrevistados, explicando os objetivos da pesquisa, solicitando a colaboração dos mesmos e agendando as entrevistas.

Participaram do estudo dezessete profissionais. Os entrevistados apresentavam idade entre 27 e 50 anos, com uma média de 36. O tempo de formação

e atuação profissional variou de 3 a 27 anos, tendo como média 12 anos. Foram entrevistados 12 profissionais do sexo feminino e 5 do masculino. Três profissionais não participaram por não cumprirem os critérios pré-estabelecidos, um não atuava mais no PSF e os outros não estavam no local combinado para a entrevista, sem qualquer aviso, configurando a não concordância em participar do estudo.

Os profissionais entrevistados atuavam, no momento da pesquisa, em 13 municípios das diferentes faixas populacionais já mencionadas, pertencentes a 9 regionais de saúde do Estado do Paraná. Foram analisados como um grande e único grupo porque suas falas não revelaram diferenças marcantes que justificassem divisão, segundo os critérios estabelecidos.

O quadro 2 proporciona melhor visualização das características dos profissionais entrevistados:

FAIXA POPULACIONAL (habitantes)	SEXO		TEMPO DE FORMADO (anos)		
	FEMININO	MASCULINO	- 3	3 a 13	+ 13
< 10.000	2	4	2	1	3
10.001 a 50.000	4	0	1	1	2
> 50.001	6	1	0	2	5
NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS	12	5	3	4	10

Quadro 2: Caracterização dos profissionais entrevistados

3.3 Aspectos Éticos

Este trabalho obedeceu aos critérios definidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O mesmo foi

submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (ANEXO B).

Visando respeitar a autonomia dos entrevistados e evitar abuso ou coação, fez-se uso do Termo de Consentimento Informado (Apêndice 2) para que os entrevistados optassem livremente em participar ou não da pesquisa. Havendo concordância, o Termo de Consentimento era assinado em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

As entrevistas somente foram realizadas após a apresentação, pela pesquisadora, dos objetivos da pesquisa e das questões referentes aos aspectos éticos, com a garantia do anonimato. Foi explicado sobre a possível necessidade de edição das entrevistas, com o intuito de evitar os vícios de linguagem e as pausas prolongadas.

Todos os encontros foram previamente agendados respeitando-se a disponibilidade de cada um dos odontólogos. Os locais e os horários também foram definidos por eles e acatados por esta pesquisadora, com a ressalva de que o local deveria ser o mais reservado e tranquilo possíveis, a fim de se garantir privacidade e boa qualidade na gravação.

3.4 Análise

Dentre as diversas técnicas empregadas para as análises das comunicações, que Bardin (1979) conceitua como análise de conteúdo, optou-se neste estudo pela técnica da análise temática.

Triviños (1987) ressalta que ela se presta para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e para desvendar ideologias que à primeira vista não se revelam claramente. Isto é, a análise temática consiste numa técnica utilizada para descobrir os “núcleos de sentido que contrapõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2000). Permite que se selecione o tema, que é a “unidade de significação” (BARDIN, 1979,p. 105), a respeito de determinado assunto, através de uma palavra ou frase dita pelos entrevistados, de modo a produzir a idéia principal sobre o assunto pesquisado.

Neste trabalho, a organização e análise das informações coletadas foram realizadas num primeiro momento por meio da pré-análise, seguido de uma leitura exaustiva de cada uma das entrevistas e, posteriormente, do conjunto delas. A pré-análise refere-se à técnica que se emprega para a reunião de informações (BARDIN, 1979, p. 161). A leitura geral de Bardin denominada “flutuante” permitiu que a autora revisse seus objetivos, hipóteses e o conjunto de documentos que seriam submetidos aos procedimentos analíticos.

O segundo momento caracterizou-se pela leitura longitudinal das entrevistas, sendo estas editadas sem alterar a fala do entrevistado. A edição ocorreu com o objetivo de excluir das falas expressões como “né”, “é”, “então”,

“assim”, quando estas não faziam parte do discurso. Foram cortados também os risos, as ausências, os silêncios, porque não faziam parte do objeto de análise. As palavras não compreendidas foram preenchidas com XXXX, respeitando-se a idéia do locutor. Cidades ou nomes citados pelos entrevistados, na transcrição das falas para o corpo da dissertação, foram representados com o sinal de asterisco, visando-se não identificá-los.

Em seguida, foi realizada a leitura transversal, delimitando as unidades de análise por temas que foram orientados de acordo com os objetivos estabelecidos na pesquisa e à guisa do referencial teórico. O agrupamento dos fragmentos do texto, por temas, dentro das categorias de análise, foi realizado com o auxílio do programa computacional N-Vivo, utilizado para sistematização dos dados (FRASER, 2000). Todas as fases foram realizadas pela autora da pesquisa, apenas a transcrição foi feita pela autora e por uma pessoa com experiência em transcrição.

3.4.1 Categorias de Análise

A forma utilizada para classificar dados provenientes de questões abertas de pesquisa consiste “na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, um conceito, uma expressão que revele a essência do sentido da resposta, o que se chama categoria” (LEFÈVRE, LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p. 18).

A categorização ou operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto é condição necessária para produzir conhecimento ou entendimento, eliminando a variabilidade individual e fornecendo, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1979).

Foram construídas as seguintes categorias para que se pudesse trabalhar melhor com os dados colhidos:

- O odontólogo inserido no Programa Saúde da Família:

Esta foi uma categoria que refletiu o perfil de formação e capacitação, ou treinamento específico, pelos quais estes odontólogos tenham vivenciado ou anseiam vivenciar, e a forma de incorporação destes profissionais a esta nova estratégia.

- Atividades realizadas pelos odontólogos:

Considerou como atividades desempenhadas por estes profissionais aquelas inerentes às ações de dimensão coletiva, que envolvem outros sujeitos da equipe de trabalho, e às ações de dimensão clínica individual, intervindo em prevenção, delimitação de dano e reabilitação.

- As relações entre os atores neste “novo fazer” saúde bucal:

Diante do modelo de atenção proposto pelo SUS e reafirmado pelo PSF, trabalhar em saúde exige uma visão ampliada do processo saúde-doença e formas diferenciadas de atuação profissional. Atuar em uma equipe multiprofissional, que agregue saberes e os apliquem harmonicamente ao trabalho é uma tarefa e um desafio “novos” para muitos odontólogos. Esta categoria explora as relações entre estes profissionais e os membros da equipe de saúde bucal e os demais

membros da equipe de PSF, indo além da apresentação de sua inscrição conceitual, pela presença do odontólogo, e atingindo sua inscrição prática, estabelecida por sua introdução real nas atividades do serviço, quando esta última existir.

- Os sentimentos e a visão da profissão no contexto do PSF:

Essa categoria expressa os sentimentos revelados em relação às mudanças, ações e perspectivas do profissional inserido no PSF acerca do futuro dele e da estratégia. Este momento leva o odontólogo à reflexão sobre as transformações ou mudanças conquistadas e as que ainda se quer atingir no processo de incorporação da saúde bucal no PSF e de consolidação do SUS.

4 O ODONTÓLOGO NO PSF

4.1 O Perfil de Formação deste Profissional

O primeiro curso de Odontologia no Brasil foi criado praticamente no final do século XIX, em 1884 por decreto imperial foram instituídos oficialmente os Cursos de Odontologia nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (ROSENTHAL, 2001, p.44) e desde então, o ensino odontológico foi influenciado pelos diferentes momentos históricos que a política, a ciência, o mercado de trabalho e a sociedade passaram. Já em 1957, o presidente da República, Juscelino Kubitschek, em seu discurso de paraninfo da 1ª turma de formandos da Faculdade de Diamantina, MG, refere-se ao ensino da Odontologia: “[...] ainda não corresponde aos anseios gerais, e algo deve ser feito, com urgência, para melhorá-lo”. (ROSENTHAL, 2001).

Ingressando no século XXI, os anseios gerais ainda não foram atendidos, embora muitas ações tenham sido desenvolvidas com esse intuito. Inovações curriculares como as do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, nos anos 70, tinham como referencial básico o conceito de integração, dando ênfase ao ensino extramuro e à pesquisa social. Simultaneamente, no Estado de São Paulo, a reforma curricular era discutida. Em Bauru, enfatizava-se o papel da odontologia Preventiva, atuação comunitária, ensino clínico integrado e emprego de auxiliares. Entretanto, mesmo com a Resolução nº 4, de 03/09/82 do Conselho Federal de Educação, que objetivava delinear o ensino da Odontologia no Brasil, como o currículo mínimo, introduzindo matérias como das áreas de Psicologia, Antropologia, Sociologia e Metodologia Científica; segundo Moraes & Pessoti (1983) “foram avanços na educação odontológica que pareciam não ser amplamente aceitos”.

As discussões se seguiram e, em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº 9.394, de 20/02/1996) extingue os Currículos Mínimos e os substitui pelas “Diretrizes Curriculares”. A proposta de “Diretrizes Curriculares de Odontologia” foi construída a partir da atuação do grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do Nupes/USP, Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Comissão de Odontologia do Exame Nacional de Cursos e pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia do MEC, com manifestações dos cursos de odontologia do país.

As “Diretrizes Curriculares de Odontologia” definem o objetivo do curso de Odontologia e uma base curricular nacional comum. Caracterizam as habilidades a serem desenvolvidas no curso nos níveis: de conhecimento e compreensão, de habilidades e de atitudes, seguindo sugestões da Organização Mundial de Saúde e do Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia (Nupes/USP).

Propõem como perfil do profissional a ser formado: “profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes”, formando profissionais que possam se adequar à realidade em que atuarão, capacitados nas dimensões profissionais e de cidadania. (ROSENTHAL, 2001). O desafio ao adotar competências profissionais como ponto de partida é:

“Desenvolver competências para o pleno exercício de um ofício requer interagir no âmbito ou contexto em que se realiza esse ofício, aferindo a progressiva qualificação do aprendiz para o desempenho do mesmo ofício. E aqui residem dois fortes obstáculos à implementação das diretrizes curriculares na forma almejada pela lei: a dicotomia entre teoria e prática,

ou entre ensino e serviço e a dificuldade de avaliação de competências profissionais para efeito de certificação educacional” (BRASIL, 1999, p.14).

Esta proposta surge como uma possibilidade de diminuir a distância existente entre a academia e os serviços, com a reorientação da prática. No entanto, os profissionais que atuam nos serviços carregam a herança, historicamente construída, de uma Odontologia individualizada, centrada na doença, tecnologicamente avançada, mas excludente e socialmente caótica (GARRAFA, MOYSÉS, 1996, p.6).

Cordón (1996) considera que os profissionais em exercício são uma força de trabalho formada alienada da realidade, num conceito particular de sociedade de classes, para agir num mercado de trabalho de forma individual.

Valença (1997, p. 17) exprime, a partir de suas experiências, o despreparo dos estudantes e dos recém-formados de compreender o seu papel enquanto profissionais de saúde, não apenas como técnicos.

Segundo Barros (apud Valença, 1997, p. 23), esta prática odontológica desenvolveu-se no Brasil baseada na concepção do profissional liberal. Idéia que se confirma nos discursos:

[...] a faculdade na realidade não me ajudou a despertar isso aí [serviço público], até porque na faculdade eu só ia com o sonho que eu ia montar um consultório e ganhar muito dinheiro (101).

[...] na faculdade a gente teve muita parte clínica (203).

Uma formação voltada para um mercado de trabalho privado e com atuação na clínica, onde o interesse em ingressar no serviço público se dá mais por uma questão de mercado de trabalho:

[...] não tinha nenhum interesse com relação à saúde pública, para mim era um emprego como qualquer outro [...] a clínica me fisgou, uma clínica bem realizada me fisgou, isto é um ponto de vista que até hoje eu penso. (401)

Na realidade há o desejo de lucro de uma classe profissional, fundamentalmente, liberal, entretanto grande parte da população apresenta baixo poder aquisitivo e há um aumento significativo no número de pessoas que estão passando a buscar os serviços públicos. Neste cenário, o profissional não é preparado para o enfrentamento desta situação:

[...] eu saí da faculdade pensando uma coisa e quando cheguei na realidade era totalmente diferente. (202)

A atuação destes profissionais nos serviços de saúde, particularmente no PSF, constitui um dos desafios à consolidação de uma prática que avance para o controle dos processos de saúde e doença de forma integral com novas práticas sanitárias (SILVEIRA, 2002).

O papel da Odontologia Preventiva em algumas instituições contribuiu para o despertar de um olhar voltado para uma prática mais ampliada, que inclui a prevenção e promoção de saúde:

[...] a gente atendia numa escola do Estado que fazia pesquisa de pH da saliva das crianças, quer dizer, é uma coisa que estava mais voltada para a prevenção e, para mim, foi uma coisa que me orientou, influenciou bastante para seguir esse lado.(404).

A busca de um marco conceitual e a instituição de políticas educacionais que contribuam para a formação do profissional de saúde em

odontologia é um desafio que pode acarretar transformações na situação do setor de recursos humanos para o SUS, nas suas práticas e, conseqüentemente, no panorama de saúde bucal da população brasileira, ainda que seja um processo complexo e de longo prazo.

4.1.1. Oportunidades e Necessidade de Capacitação para Atuação no PSF

A insuficiência dos processos de formação há tempos tem sido identificada e explicita-se de maneira mais radical com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). A consolidação desta estratégia sempre esteve condicionada, entre outros fatores, à existência de profissionais preparados para atuar no novo modelo. Profissionais estes que geralmente não estão disponíveis no mercado de trabalho, porque foram preparados para atuar no modelo tradicional, centrado nas abordagens de doenças e riscos conhecidos de adoecimento (SOUZA, GIL, CERVEIRA, TORRES, 2002) e iniciando o trabalho no PSF sem saber o quê e como fazer:

Porém, começando o PSF, volto à estaca zero, porque a gente começou a fazer um trabalho sem saber por onde começar. (202)

O desafio é a adequação dos conteúdos de formação às necessidades reais:

Acho que não tem prática consistente se não tiver formação consistente por trás, [...], acho que antes de tudo o profissional da saúde da família tem que ser um técnico competente. [...] capacitar melhor esse profissional, para que tenha uma visão ampla de saúde coletiva, como ele tem uma visão ampla de prótese, de cirurgia, de endodontia, porque é uma área do conhecimento

como outra qualquer e o profissional entra em programa, como o Saúde da Família, sem ter uma visão adequada em nível de saúde coletiva [...] (401).

Como alternativa para o enfrentamento deste problema, em 1996, o Ministério da Saúde propôs aos serviços e às instituições de ensino o estabelecimento de parcerias para que o processo de capacitação destes profissionais fosse concretizado. Foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa de Saúde da Família (SOUZA, et. al. 2002, p.21).

Trata-se de uma rede de cooperação ensino-serviço, voltado para atender as demandas existentes de pessoal despreparado para a atuação. Este trabalho articulado entre serviço e universidade é um princípio fundamental para a construção de alternativas na formação e capacitação dos profissionais, “uma vez que nenhum dos dois parceiros detém todas as ferramentas necessárias para inovar a formação dos profissionais para novas práticas sanitárias” (FEUERWERKER; LIMA, in BRASIL, 2002, p. 173).

No Paraná, o trabalho dos Pólos é regionalizado, de forma que cada Universidade, pela cooperação técnica, coordena as atividades de sua região, definidas em conjunto após reuniões que discutem a metodologia e o valor financeiro a serem empregados em cada atividade. Estas reuniões contribuem para a redefinição de metas e atividades em função da dinâmica de atuação e formação de novas equipes (SANTI, 2000, p.29).

A capacitação e educação permanente são estratégias operacionais para a adequação e desenvolvimento de habilidades dos profissionais, que também motivam aqueles que se revestem dos objetivos da estratégia:

[...] participar de uma proposta e acreditar, é um fator de grande motivação e quando você se recicla, você estuda, você entende o universo que está inserido, você começa a ser mais motivado com aquilo que faz (401).

[...] representou uma experiência nova, porque eu não tinha nenhuma noção da saúde pública, PSF, tudo o que eu aprendi foi nesses cursos de treinamento. (303).

Os programas de educação continuada por meio de cursos curtos presenciais, educação à distância ou modalidades associadas, cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família ou outras formas de capacitação são apontados como importantes mecanismos de motivação e reflexão para os profissionais. A troca de experiências em encontros entre os profissionais de saúde da família é outro fator que gera estímulo, impulsionando a busca contínua do aprimoramento das ações e serviços, criando novo ânimo e disposição:

[...] essa troca te estimula a continuar, “não, eu não estou no caminho tão errado”, mas não que tenha uma fórmula, isso eu ainda não encontrei, muito pouquinho, mas a troca de experiência, ver onde está dando certo, ver os erros, de repente o profissional traz uma experiência negativa, que te serve de alerta, troca assim (301).

[...] eu acredito que abre bastante a cabeça da gente, porque com o passar do tempo no trabalho, a gente acaba, é uma tendência, entrando no ritmo, então a gente acaba não abrindo novas possibilidades, e eles [encontros de capacitação] vão dando um chá de ânimo para a gente, às vezes voltar e começar com outro ânimo. (103)

Apesar dos esforços despendidos pelos Pólos nas ofertas de cursos, constata-se que entrevistados referem necessidade de aprimoramento técnico-científico de forma mais ampla e permanente, porque consideram esta oferta de capacitação insuficiente. Há que se considerar a velocidade da expansão das equipes.

Acho que esses cursos são bons, motivam um pouco, só acho que deveria ter mais (105).

Acho que ainda tem que estar discutindo, principalmente com o pessoal que estão entrando (103).

Feuerwerker e Lima (2002, p. 174) afirmam que é preciso que os pólos deixem de trabalhar essencialmente para responder à demanda dos cursos introdutórios, que leva às respostas insatisfatórias e, em alguns casos, à reprodução de modelos tradicionais de formação.

Alguns entrevistados confirmam esta idéia quando explicitam que as oportunidades de capacitação são pontuais e não permitem uma reorientação da prática de forma efetiva:

[...] só que a minha grande crítica é que realmente muitas das coisas teóricas que a gente viu, não consegue aplicar. Isso frustra um pouco, porque a gente começa a fazer de acordo com a comunidade da gente, começa a elaborar um plano para aquela comunidade, só que não é uma coisa padronizada, [...] de estar trabalhando com um projeto mesmo do SUS, e não como uma coisa isolada (404).

Outra alternativa para os problemas apresentados foi o lançamento do PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, em 2000, pelo Ministério da Saúde com apoio do Banco Mundial – BIRD, voltado para a organização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país, tendo como um dos componentes técnicos o desenvolvimento de recursos humanos, tanto para a adequação do perfil profissional, quanto para o desenvolvimento de iniciativa de valorização dos trabalhadores (LEAL, 2002, p. 45).

FORGIA (2002, p. 49) coloca que o PROESF assume o desafio de incentivar o desenvolvimento de recursos humanos, elemento essencial para a expansão e consolidação do PSF, inclusive contribuindo para a institucionalização

da área de saúde da família nos currículos de medicina e enfermagem. Portanto, passar de uma formação feita muito mais nas aspirações individuais e nas oportunidades institucionais para uma formação com verdadeira função social pela necessidade da população.

4.2 Inserção no Setor Público de Saúde e Forma de Incorporação à Estratégia

A inscrição do odontólogo nos serviços públicos de saúde no Brasil, segundo Frazão, deu-se com as ações da Saúde Bucal implementadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública no âmbito do Poder Público Federal no fim da década de 1940 (Frazão in BOTAZZO & FREITAS, 1998, p. 162). Narvai afirma que “as primeiras atividades odontológicas desenvolvidas pelo setor estatal de saúde no Brasil, com base em programas, datam mais precisamente de 1952 (NARVAI, 1994, p. 79). Apresentando um caráter artesanal que durou até a década de 1960, a partir de então, assumiu um caráter científico absorvendo elementos “flexnerianos” (FREITAS, 2001, p. 40).

Nesse período, as políticas sociais do Estado brasileiro buscavam viabilizar a manutenção e reprodução da força de trabalho, em defesa dos interesses do poder político hegemônico da época (Frazão, p. 160).

O regime autoritário, instaurado após o golpe militar de 1964, aumentou o poder do Estado nas frentes políticas e econômicas. As políticas de

saúde apresentavam uma clara vinculação aos interesses do capital nacional e internacional, privilegiando a compra de serviços. Na metade da década de 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS), que manteve a estratégia de compra de serviços, fortalecendo a capitalização do setor privado (RONCALLI, in PEREIRA, 2003, p. 32), inclusive de serviços odontológicos.

Essa política de saúde era associada a uma formação vinculada a componentes políticos, econômicos e ideológicos, com base no profissional liberal e não nas necessidades imediatas emanadas da estrutura social (VALENÇA, 1997, p. 14), e influenciou o perfil e os anseios do profissional odontólogo que se incorporou ao sistema de saúde, com atuação voltada principalmente para o setor privado:

Quando estava saindo da Universidade já montei um consultório, como a maioria dos profissionais da época, isso há 20 anos atrás. Montei um consultório junto com os colegas e fui também para a área privada, com aquela visão bem tecnicista, mesmo, da profissão, da época (402).

Muitos desses profissionais, atuando no setor privado, credenciaram-se ou conveniaram-se ao setor público num sistema de venda de serviço.

A precariedade do sistema de saúde provocou uma crescente insatisfação, intensificando os movimentos sociais que envolviam a sociedade, os profissionais de saúde, intelectuais e liderança política, conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária. O marco foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, que “criou a base para as propostas de estruturação do sistema de

saúde brasileiro” (RONCALLI in PEREIRA, 2003, p. 33). Muitas dessas propostas foram acatadas pela Assembléia Constituinte e as diretrizes do SUS foram incorporadas à nova Constituição de 1988. O Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (BRASIL, 1988) estabelece:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Embora as políticas públicas já apontassem para um avanço na assistência à saúde, não foram implementadas de imediato. Permaneceram dificuldades inerentes ao financiamento, à descentralização e relação entre gestores, à gestão e organização do sistema, ao controle social, à atenção ao usuário e aos recursos humanos e seus desdobramentos.

A operacionalização do SUS, de forma mais clara, foi sendo gradativamente conquistada com as Normas Operacionais Básicas (NOB) e Projeto de Emenda Constitucional (PEC). Esta foi mais importantes, pois detalhava a forma de implantação e financiamento do sistema.

De qualquer maneira algumas dificuldades permaneciam, como a atenção ao usuário. Esta vem sendo trabalhada sob novas bases com o Programa Saúde da Família (PSF), que ao reafirmar e incorporar os princípios do SUS propõe reorganizar a prática assistencial substituindo o modelo tradicional de assistência.

Em certa medida esta proposta muda o panorama do modelo assistencial vigente, mas alguns atores se incorporaram à proposta sem conhecê-la ou discuti-la:

Eu fui chamada, fui convidada para fazer parte do PSF. Quando eu fui convidada eu não sabia exatamente o que era (302).

Não me lembro bem direito como aconteceu, mas lembro que eu recebi um convitinho para fazer um curso de capacitação, não sei se foi porque eu já estava fazendo a Clínica do Bebê ou o município fez o projetinho da clínica, porque o pessoal não é muito interessado, prefeito, secretário de saúde, eles não sabem muito bem o que é PSF, nem a importância do PSF, nada disto (106).

Muitos profissionais se incorporaram ao PSF mediante um convite, sem uma seleção, conforme recomendado nas instruções para a implantação do programa (Brasil, 2001c, p. 80).

[...] me convidaram para entrar no PSF, só que não há nada assinado, foi um contrato oral. Até não houve um teste, alguma coisa para escolher, porque eles pegaram dentistas que já estavam na áreas que estavam querendo abrir o programa (203).

Outros ingressaram mediante uma seleção interna

[...] participei do concurso e entrei, fiz parte dessas cinco primeiras equipes (402).

A forma de inserção ao PSF é importante, visto que é um dos elementos que caracteriza o conhecimento e o envolvimento do profissional com esta nova proposta de atuação em saúde. Quando odontólogos são inseridos sem o preparo adequado, sem terem participado das discussões, que culminaram na decisão de adotar este novo modelo de atenção à saúde, eles iniciam o trabalho de forma alienada e, até, descompromissada, podendo comprometer a obtenção de resultados positivos com a estratégia.

Preocupação maior gira em torno daqueles que já estavam no serviço, foram incorporados ao PSF e continuaram atuando no modelo tradicional:

Na verdade a comunicação foi assim: a Odontologia entrava no programa saúde da família. E como estava passou, ninguém falou: vai ter que mudar isso, mudar aquilo (105).

Ou com aqueles que se estabeleciam por contratos temporários, o que caracteriza relações de trabalho diferentes, colocando a perspectiva do futuro profissional no PSF atrelada às mudanças políticas:

A perspectiva que a gente tem é esperar que o político, a prefeita, ou se ela queira se reeleger e ela ganha e a gente continua; ou o político que ela apoiou, a gente tem essa possibilidade de continuar (101).

Um outro aspecto importante é a forma acrítica como o PSF vem sendo implantado em muitos municípios e a motivação desta incorporação. Onde o mecanismo dos incentivos conduziu as formas de implantação, sem uma discussão com a população ou com os profissionais da saúde.

Não teve teste, eu fui convidado no município pelo Secretário de Saúde. Eles fizeram uma análise da verba e pediram para participar (102).

Aqui é complicado porque o consultório (particular) não lota de paciente o dia todo, não tem condições, é mais no período da tarde, de manhã ficava ocioso. Então eu vim trabalhar, convidaram-me e eu vim (201).

Esta forma de implantação ainda é agravada pela atual crise no mercado de trabalho e precarização da organização e formas de remuneração do trabalho, que levam ao subemprego profissional (PINTO, 2000, p. 271).

A primeira coisa: vai ter que remunerar, porque senão a gente vai passar fome, não é? Remuneração para os dentistas ficarem satisfeitos e não precisarem estar procurando uma outra coisa e largando o PSF. (201)

Assim, o odontólogo busca outros vínculos empregatícios ou fontes de renda e não a mudança do modelo de atenção à saúde com vista à conquista de melhores resultados no serviço e nos indicadores de saúde da população.

Pelas falas percebe-se a insatisfação do odontólogo quanto à questão salarial, às vezes até interferindo na prática destes profissionais:

[...] eu gostaria de ter mais tempo, assim, no sentido de ter um incentivo financeiro pra eu me dedicar só aquilo ali. Porque às vezes você é bloqueado financeiramente. (303)

[...] se eu estivesse trabalhando só pelo dinheiro eu ia estar mais descontente, porque um dia inteiro de serviço, você não pode ter mais nada, eu acho. Quem está no PSF não consegue, fica bem puxado, então eu acho que o salário tinha que ser melhor, para um profissional de nível superior, de dedicação exclusiva, tinha que ser melhor. (302)

5 ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ODONTÓLOGOS NO PSF

As conquistas no campo jurídico-institucional legitimaram as lutas pela construção do SUS. Entretanto, são as ações no campo prático que refletem, concretamente, a consolidação do sistema de saúde brasileiro.

As ações desenvolvidas estão atreladas ao modelo de atenção vigente, que pode ser entendido como “a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde. Envolve as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem nesse

processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização de tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho” (REDE UNIDA, 2002).

NARVAI (1994, p. 69) apresenta a conceituação de assistência odontológica como sendo “o conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não”. Enquanto que atenção à saúde bucal envolve “o conjunto de ações orientado à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde” (OPS, 1983, apud PINTO, V. G., 2000, p. 7).

Como mencionado anteriormente, o modelo de atenção à saúde, proposto pelo SUS, está fundamentado nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade e nos princípios organizativos da regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e participação popular (CUNHA & CUNHA in BRASIL, 2001, p.24). Contudo, na saúde bucal as práticas refletem o modelo tradicional hegemônico, centrado na assistência odontológica. O qual é por excelência o espaço da clínica, com ênfase na lesão, ou doença, e nas ações curativas e de reabilitação, em detrimento das preventivas. Sob este enfoque, o modelo de prática odontológica de intervenção clínica e individual tem potencial reduzido para superar os principais agravos à saúde bucal (SOUZA, 1996, p. 84).

A inserção da saúde bucal no PSF pode ser considerada uma importante estratégia na transformação do modelo de assistencial em termos técnicos e políticos (TRADI, BASTOS, 1998, p. 429-435). Muda-se o objeto de ação e organização geral dos serviços, tendo como base um modelo de atenção à saúde bucal, voltado para a proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

Nesta proposta, o Ministério da Saúde apresenta como atribuições fundamentais dos profissionais que compõem a equipe da Saúde da Família, o planejamento de ações, ações de promoção e vigilância à saúde, o trabalho interdisciplinar em equipe e a abordagem integral da família. Detalha as atribuições de cada membro, competindo, especialmente, ao odontólogo (ANEXO A):

- “realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita;
- realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS);
- realizar o tratamento integral no âmbito da atenção básica para a população adstrita;
- encaminhar e orientar os usuários que apresentarem problemas mais complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento;
- 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 as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à da saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com o planejamento local;
- coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal;
- programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD”.

Essas são as atribuições que configuram o modelo de atenção à saúde bucal, incluindo, além da assistência, as medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Este estudo revelou que essas atribuições não estão sendo desenvolvidas integralmente pelos profissionais entrevistados. As ações de dimensão clínica individual nem sempre são realizadas sob um novo enfoque da saúde-doença, algumas vezes com o olhar voltado apenas à doença e não ao indivíduo. Há deficiência na assistência secundária, a maioria carece de serviços especializados, não garantindo a integralidade das ações. As ações de dimensão coletiva não são exercidas plenamente, seja pela falta de recursos educativos, pela alta demanda que exige atenção clínica ou pelo despreparo dos profissionais em atuarem neste novo modelo.

5.1 Ações de Dimensão Coletiva

As ações de dimensão coletiva correspondem ao conjunto de atividades de prevenção e promoção de saúde, são, portanto, “aquelas que procuram antecipar-se a doenças ou outros agravos, intervindo nos indivíduos ou grupos de risco, bem como aquelas que se realizam sobre o meio ambiente, sobre as organizações e sobre as pessoas, de modo a promover as melhorias nas condições de vida individual e coletiva” (RAMOS, M. L. R., 2002, p. 51).

De acordo com a OPAS/OMS (2004), a reorientação das práticas e serviços de saúde, com enfoque na promoção da saúde, implica o resgate da perspectiva integral na abordagem da atenção. Essa integralidade se reflete em mudanças em diversos setores:

Gestão intersetorial: promoção da saúde como uma estratégia mais ampla de intervenção para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a saúde das populações e que desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, visando a construção coletiva de uma nova forma de compreender e abordar saúde, tendo a qualidade e a melhoria das condições de vida e saúde da população como seu eixo norteador.

Intersetorialidade: ação que se materializa nas potencialidades do trabalho no território de atuação que guarda a possibilidade da definição conjunta do problema de saúde. Este processo, por sua vez, requer a identificação e co-responsabilização dos parceiros, utilizando-se de instrumentais epidemiológicos e narrativos para construir com a comunidade o diagnóstico de saúde, base para a intervenção intersetorial local.

Autonomia: uma perspectiva de qualificação da atenção que reconheça a autonomia enquanto uma capacidade que se tem de governar a si próprio. Esta autonomia se aplica ao indivíduo, à comunidade e à sociedade. Ela implica reflexão e tomada de decisão. Ela se manifesta na forma como se lida com necessidades e potencialidades, com as impressões, sentidos e significados que vão sendo dados ao mundo, de uma maneira mais geral, e às condições materiais que se dispõem, de uma forma mais específica.

Cura e cuidado: o cuidado implica na compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na

hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de um saber que silencia outros e coisifica os sujeitos.

Mobilização da comunidade: uma estratégia de promoção da saúde que vise a mobilização e o incremento da ação comunitária precisa considerar este imaginário e trabalhar as representações sociais sobre saúde e doença da população de forma a minimizar a distância entre os saberes populares e os científicos, entre as concepções leiga e técnica sobre saúde.

Ela precisa partir da construção de um projeto que se volta para a melhoria das condições materiais de vida e de saúde das comunidades, que se implementará cotidianamente, concretamente, na organização e no fortalecimento dos setores populares, governamentais e da sociedade civil e no fortalecimento da relação participativa da comunidade com o serviço de saúde.

No caso específico da saúde bucal, inserida no PSF, houve avanços no campo das ações coletivas, mas muitas delas ainda sem muita clareza na mudança do enfoque:

O PSF veio para a gente estar fazendo a parte preventiva, e a gente está lá na casa, conversando com o paciente, não só criança, mas com o adulto que usa prótese, que não usa prótese, se ele tem escova, se ele faz a higienização correta e de estar orientando (101).

As atividades desenvolvidas nos domicílios valorizam este espaço familiar, o qual reflete a complexa integração entre o indivíduo e seu meio social imediato. Assim estabelece-se um vínculo de co-responsabilidade com os serviços para a obtenção das melhorias sanitárias pretendidas. (ZANETTI, et al. 1996, p. 34):

Eu senti muita diferença, você conhece o paciente e começa a ter um pouquinho daquele vínculo, que faz ele ter um pouco de responsabilidade com a própria saúde dele (404).

Outros espaços sociais continuaram a ser ocupados por ações de cunho preventivo e de promoção de saúde. Direcionados a grupos específicos institucionalizados ou não:

São feitas palestras, orientações aos pais, nas escolas [...] orientações para professores e para coordenadores. É feito o trabalho dentro do posto com o técnico em higiene dental mais em massa [...] pra aprender a escovar os

dentes. [...] tudo que tem de movimento de população dentro do bairro, a gente procurou trabalhar: escolas, igrejas, associação de bairro (303).

Alguns profissionais apontam dificuldades em desenvolver ações coletivas em função dos recursos educativos disponíveis, da alta demanda clínica acumulada e do apoio de outros sujeitos.

[...] esse material de preservação é um kit que fica na regional, a gente tem que agendar um dia para ir lá pegar o material, quer dizer: com o tempo escasso que a gente tem, se deslocar até lá, pegar o material e tudo, quer dizer fica inviável, porque você tem que programar com muita antecedência e perder um tempo enorme para fazer apenas uma atividade só, então teria que ter isso disponível na unidade, para a gente poder estar programando essas atividades melhor (404).

Material didático, a gente não tem muita coisa. Pode-se dizer que na realidade fica muito rústico, tudo que a gente faz é feito à mão mesmo, algumas vezes eu levo para casa e faço alguma coisa no computador (301). Os pacientes querem atendimento. A demanda é muito grande ainda, está acumulada. Então, às vezes, a gente não faz tanto a parte educativa, outras coisas, porque a demanda está muito grande e não adianta só falar e não atender (302).

[...] talvez conseguir envolver mais os gestores, para promover [...] tentar envolver mais pessoas para tentar levantar essa importância da saúde bucal dentro da comunidade (103).

O que eu vejo lá é que os agentes comunitários não dão a devida importância à saúde bucal. Já passamos aqueles vídeos, agentes em ação, e tudo, e parece que elas não estão a fim de mudar muito, aquilo que dá trabalho elas não estão muito a fim (103).

As ações coletivas em saúde bucal são desenvolvidas, na maioria das vezes, pelos odontólogos e técnico em higiene dental. Um elemento importante, de apoio direto na atuação no universo familiar, é o agente comunitário de saúde (ACS). Todavia, depoimentos apontam que este ainda não constitui uma força atuante nessa área, por não estarem motivados, pelo acúmulo de atribuições e pelo despreparo no que se refere ao conhecimento na área de saúde bucal. Há o desafio de conseguir a participação deste ator, pois é o elemento central para fomentar movimentos sociais por melhores condições de vida (moradia, transporte, educação,

lazer, acesso a serviços de saúde), pelo sentimento único de pertencer àquela comunidade.

5.2 Ação de Dimensão Clínica Individual

As ações de dimensão clínica individual correspondem às atividades assistenciais clínico-cirúrgicas, centradas na lesão ou doença, com o fim de promover a cura ou a reabilitação.

Essas ações fazem parte do rol de atribuições delegadas ao odontólogo inserido no PSF, de acordo com o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO I, que integra a portaria no. 267, do Ministério da Saúde, de 06 de março de 2001 (ANEXO A).

Embora as ações coletivas busquem a conscientização e responsabilização do cidadão em relação ao seu estado de saúde e prevenção de doenças, há necessidade de ações clínicas individuais para atender às necessidades já instaladas. Dependendo do enfoque destas ações, as mesmas podem fortalecer e motivar a adoção de medidas preventivas.

De maneira geral, os odontólogos executavam os procedimentos clínicos no âmbito da atenção básica, representados pela dentística, periodontia e cirurgia básicas e pelos procedimentos emergenciais:

É feito exame clínico, controle de placa, restaurações, quando inevitável, extrações, raspagens periodontais, aplicação terapêutica de flúor (103).

Na parte do consultório, é o atendimento clínico básico a todas as faixas (etárias) (302).

[...] eu faço toda aquela parte (clínico básico) e também faço o emergencial (202).

Difere a organização desta demanda. Algumas equipes trabalham segundo o critério de vulnerabilidade e risco a que a população está exposta:

[...] um determinado grupo de pessoas ou um número de pessoas, que tem endereço, tipo nome, nome de rua, número da casa, que você sabe que vai estar voltando sempre e que essa população é de tua responsabilidade ou de tua equipe. Mas dentro dessa questão de adscrição populacional e de responsabilidade territorial e populacional da equipe, tem uma coisa muito interessante, que acho que estamos trabalhando, que é a definição de risco, da vulnerabilidade. Você levar métodos de prevenção, de promoção ou de abordagem familiar, para determinadas Famílias de maior risco, segundo critérios de vulnerabilidade, de risco. Isso é uma coisa que a gente está tentando trabalhar aqui, de captação de famílias mais vulneráveis, ou micro-comunidades ou micro-áreas homogêneas de risco, ou de micro-áreas de vulnerabilidade, isso é uma coisa interessante. (401)

Outras com grupos específicos institucionalizados ou não:

[...] a gente inclui o PSF no atendimento que já estava sendo feito, não foi que mudou, a gente largou aquilo lá e começou o PSF. A gente incluiu, a gente faz o atendimento nos adultos em dias marcados [...], o colégio já era feito só diminuimos o número de dias para continuar o atendimento das crianças. A partir do momento que termina o atendimento das crianças no colégio, a gente faz os bebês. Aí a gente faz o atendimento das famílias. Essas famílias a gente fez uma triagem, através dos agentes de saúde, uma triagem das famílias mais carentes, [...] conforme termina uma família entra outra (102).

No entanto, todos, exclusivamente ou não, atendem à demanda livre ou espontânea que busca os serviços nas unidades de saúde, configurando, muitas vezes um serviço de pronto-atendimento:

[...] pelo menos 50% de nosso tempo é dispensado para pronto-atendimento [...] infelizmente a gente tem um serviço que tem limitações humanas, técnicas, principalmente em nível de recursos físicos e humanos, que a gente tem que eleger (a população de risco para atendimento programado) (401).

A gente procura atender a demanda que está batendo na porta, que está com dor [...] de manhã faz o pronto-atendimento e à tarde, cada dia da semana, tem um programa (404).

Muitos entrevistados atribuem à grande demanda e ao número baixo de profissionais em atuação, as principais razões para esta forma de organização do atendimento. De acordo com as falas, dado o distanciamento existente entre as atividades, há também dificuldade em compatibilizar as ações de promoção e curativas, sem a mudança da lógica de organização de atendimento da demanda espontânea:

[...] o maior nó crítico é o da demanda reprimida (402).

[...] na nossa unidade a gente tentou fazer, tentou acabar com a demanda livre, mas não foi possível ainda. [...] eu me sinto muito impotente em relação ao número de doença, ainda é muito grande (301).

[...] o que deveria mudar é aumentar o número de dentistas e diminuir aquela proporção paciente/dentista. [...] no nosso caso de cidade pequena, é um dentista para 5.500 pessoas, a gente nunca vai conseguir dar conta (102).

A portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 estabelecia a proporção de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família. Considerando a necessidade de revisar as normas estabelecidas, o Ministério da Saúde apresentou a portaria nº 673, de 03 de junho de 2003, estabelecendo:

“Poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica” (Brasil, 2003 – Diário Oficial de 04 de junho de 2003 – Portaria nº 673 – artigo 1).

Esta medida flexibilizou a possibilidade de ampliação do número de equipes de saúde bucal, mas atrelou a decisão ao critério do gestor municipal, o qual pode ou não representar a necessidade existente. Muitas vezes, as motivações para o estabelecimento do número de equipes concentram-se no recurso financeiro

atribuído ao PSF, e secundariamente aos indicadores sociais e epidemiológicos e à possibilidade de mudança de modelo assistencial.

Outra questão relevante é a premissa de garantia da atenção integral aos indivíduos e às famílias. Embora prevista em lei e tenha sido ampliada a cobertura da atenção básica, há problemas com a referência e contra-referência, já que os serviços especializados não estão disponíveis à demanda existente e não estão integrados aos da atenção básica:

Aqui a gente não tem para onde encaminhar, essa parte de endodontia, prótese. O que pode ser feito aqui (atenção básica) é feito e o que não dá para ser feito, o paciente, no caso, tem que procurar particular (102).

É encaminhado assim “por boca”: Olha, tem a UEL, a UNOPAR. Não adianta a gente encaminhar, é assim; se tem mais conhecido, se tem alguma dentista mais antiga, então elas conhecem o pessoal e elas ligam direto: “Ah! Por favor, você dá uma olhadinha num paciente pra mim?” Aí tudo bem, agora eu pedir oficialmente, não tem (203).

A gente não tem o centro de especialidades pra poder mandar paciente, então o paciente chega pra gente e você não consegue terminar o tratamento porque, de repente, emperra na especialidade (302).

A gente encaminha, mas tem uma dificuldade enorme com essa parte mais especializada mesmo (404).

Esta falha no sistema de referência e contra-referência muitas vezes frustra e desmotiva o profissional comprometido, pois, com o vínculo estabelecido, a recuperação integral de paciente torna-se sua responsabilidade.

Às vezes, eu fico constrangida, porque eu fiz todo o trabalho restaurador, fiz as extrações, fiz tudo e ele está ali, sem os dentes anteriores e não vou poder fazer nada por ele, isso me deixa pra baixo (202).

Outros elementos essenciais para o bom funcionamento dos serviços de saúde bucal, como a provisão de medicamentos ou estrutura física, às vezes são deficientes, impedindo ou dificultando a realização das ações clínicas.

Ainda que haja um incentivo financeiro da esfera federal, o Estado e o município devem entrar com sua contra-partida, e este recurso deve ser investido em saúde bucal. Este é um ponto importante de integração das ações de gestão e de assistência individual.

A gente passa por dificuldade de material, hoje em dia, não sei o que está acontecendo, falta quase tudo, desde luva de procedimento, medicamentos, a gente passa por alguns ciclos, no serviço público é assim (403).

[...] porque às vezes falta material e vou ficar um mês ou dois olhando para as paredes? [...] não é muito fácil, é muita política, o prefeito não é uma pessoa sensível para essas coisas (106).

Embora estas dificuldades sejam apontadas, têm ocorrido mudanças significativas com a inserção da saúde bucal no PSF. Nas ações clínicas individuais, um destaque relevante foi a mudança na forma de ver e abordar o paciente-cidadão.

Na proposição do modelo de Saúde da Família a dissociação entre prevenção e cura é um dos valores que está sendo superado, o que representa um desafio à área odontológica, sempre atrelada e pautada no desenvolvimento tecnológico (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 18). Rompe-se com a tendência de valorização dos procedimentos clínicos dissociados das ações de educação e vigilância em saúde bucal.

Valença (1998, p. 20) aponta a prática educativa dos odontólogos como um dos componentes básicos de saúde que oportunizam o desenvolvimento da consciência crítica nas pessoas, capacitando-as para assumirem a solução dos seus problemas de saúde.

(...) então essa visão mais ampliada, com certeza, faz com que as pessoas com as quais a gente trabalha também consigam ter uma mudança de visão dessa saúde, como a questão do auto cuidado [402].

Esta mudança, além de introduzir uma nova lógica assistencial, rompendo com a prática histórica da odontologia, como se refere RONCALLI (2003), está promovendo uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais. Certamente não são mudanças homogêneas, mas notadas nos discursos de odontólogos que participaram deste estudo.

6 OS ATORES E O NOVO “FAZER” SAÚDE BUCAL

6.1 A Equipe de Saúde Bucal

Observa-se que a utilização de categorias ocupacionais auxiliares em saúde vem crescendo na maioria dos países do mundo. Sheiham (2001, p. 7) aponta a utilização de pessoal auxiliar como estratégico na promoção da saúde bucal.

É praticamente consenso que a utilização de pessoal auxiliar em odontologia promoveu mudanças na forma de organização dos serviços e no modelo assistencial, provocando o aumento da produtividade, da cobertura dos serviços, elevando a qualidade do atendimento prestado e ampliando o caráter social inerente à Odontologia (Pinto, 2000).

[...] eu acho fundamental, não teria resolvido o programa se não tivesse uma equipe (de saúde bucal), minha equipe para mim é tudo, trabalhamos sem problema, se tiver problema sentamos e vamos resolver, mas aqui nós queremos o melhor, eu não fico sem a equipe por nada desse mundo, não sou nada sem a equipe (202).

A equipe de saúde bucal no PSF é composta por odontólogo, auxiliar de consultório dentário (modalidade I) e técnico em higiene dental (modalidade II) e cada modalidade apresenta incentivos financeiros diferenciados.

6.2 O Odontólogo e a Equipe Multiprofissional de PSF

Consolidar a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da Saúde. Também as ações de saúde bucal devem ser organizadas para que passe a existir uma nova relação entre os profissionais da equipe, visto que na odontologia predomina a cultura da especialização e do trabalho individualizado do dentista (Brasil. 2001).

No começo, eu notei que a saúde bucal estava muito isolada, eu até comentei quando eu vim nos cursos [...], falei: “*, veja, tanto a enfermeira e o médico estão sempre próximos dos agentes comunitários, eu sempre cito nas reuniões, que eu vejo na porta do posto que a gente não está inserido, não está integrado”, e ela falou: “mas será que não é culpa de vocês mesmos?”, falei: “não sei, sei que a gente não consegue”. E depois dela ter feito este questionamento, eu procurei querer saber dos problemas ali da minha área, se eu podia ajudar, querer participar do grupo de gestantes, essas coisas de dar palestras, a partir desse momento, eu vi que era mais a gente mesmo que estava se isolando. Eles me receberam super bem, hoje eu sinto um entrosamento bem legal. (204)

Não só por parte dos dentistas, mas dos demais profissionais, há dificuldades para atuar efetivamente “em equipe”.

[...] tem equipes que estão mais entrosadas, outras que não, porque muda muito; esse mês um médico novo, tem enfermeira que cai de “pára-quedas”, outra dentista. A minha já tem um tempinho, agora que saiu uma enfermeira, mas tem um tempinho que estamos indo junto (204).

Nem boa, nem ruim. Nós temos uma relação assim: de convivência, boa, mas de trabalho, no meu posto, cada médico trabalha independente na sua área de abrangência e eu mais independente ainda. Então, a convivência é boa, mas o trabalho em equipe não existe, ligado à odontologia, não (303).

Nesta perspectiva a imersão do dentista e de seus assistentes numa equipe multiprofissional deve extrapolar a “boa convivência” e atingir na prática os conceitos e princípios do Saúde da Família:

Uma coisa que me agrada bastante também é que as equipes tanto médica, de enfermagem e odontológica são bastante integradas, se reúnem semanalmente, saem juntas para fazer os trabalhos da área, referendam pacientes diariamente uma para a outra, discutem casos, aplicam genograma em famílias de forma conjunta (401).

Nesta dimensão, como característica do trabalho em equipe, há a elaboração conjunta da linguagem, dos objetivos e propostas, de um projeto assistencial comum construídos por meio da intrincada relação entre execução de intervenções, técnicas e comunicação dos profissionais (PEDUZZI, 2001).

Os profissionais que relataram esta integração e prática, vincularam esse comportamento ao processo da capacitação e educação continuada:

A integração foi legal, mas melhorou depois que a gente fez o curso de capacitação. Médico, dentista, enfermeira e agentes foram todos. (201)

No entanto, muitos profissionais expõem a falta de integração com a equipe como um todo e em suas particularidades com as figuras do médico e do agente comunitário. Atribuem como razão deste isolamento as dificuldades de relacionamento, a alta rotatividade dos profissionais e a falta de entendimento do papel que precisam exercer. Há uma integração reduzida ao trabalho em equipe

independente da dimensão tecnológica e limitada às dimensões interpessoais (PEDUZZI, 2001). Além disso, ainda há a reprodução de ações assistenciais sem incorporação na prática do conceito ampliado de saúde.

[...] com todos os agentes, eles não entendem a importância deles, então não me vêem como uma aliada, não consegui puxar eles para o meu lado, quando lhes interessa, sim. O médico não é uma pessoa acessível, é aquele assim [...] não, nem um pouco [acessível], ele atende os pacientes, atende 30 pessoas em uma hora, imagine, acho que ele nem verifica a pressão, não faz nada. Se eu pedir para ele ir na casa, ele até vai, mas não tenho essa liberdade (106).

Observa-se que a prática em saúde seguindo o modelo biomédico, individualizado, hegemônico, em qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo, além de não compartilhar entre os profissionais outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto de atenção à saúde que abarque a complexidade, e a multidimensionalidade das necessidades de saúde. Portanto, as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, no entanto, não foram capazes de alcançar, da mesma forma, todos os responsáveis pela execução dessas políticas – os recursos humanos (PIERANTONI, 2001).

7 AS MUDANÇAS SENTIDAS NO CONTEXTO DO PSF

No cotidiano da vida profissional de cada odontólogo, implicitamente, há crenças e valores que norteiam sua prática. Além disso, o novo modelo pressupõe uma forma diferente de encarar o usuário e a comunidade, buscando proporcionar uma atenção integral e humanizada. A humanização do atendimento, mais que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal ao programa, significou o estabelecimento do vínculo pessoal e intransferível dos serviços e servidores com seus usuários.

[...] por exemplo, quando eu atendo uma gestante, não é só nela que eu vou atuar, mas é de repente na prevenção do bebê. Acho que vem daí uma coisa pra gente construir, da importância do clínico que não está lá só pra fazer extração, só para restaurar, é estar trabalhando num projeto de acolhimento solidário, uma coisa que a gente teve noção e que eu acredito muito no perfil de cada profissional. Tem um monte de coisa que eu não julgava importante, por exemplo, o câncer, saber detectar. Às vezes tem paciente que é hipertenso, que até então nem sabia que era hipertenso. Alcoólatra, que percebe conversando. Porque no PSF você vai ter a possibilidade de conversar um pouquinho mais, não é aquela correria e eu digo que não tenho pressa, até porque eu não atendo mais que oito, é um envolvimento, esse vínculo eu acho essencial para ter resultado (301).

Eu acho que mudou o jeito da gente ver como que a gente tem que atuar, eu comecei a ver o paciente como um todo, mais envolvido na família [...] a gente via muita boca e agora você vê a pessoa que está atrás da boca, acho que mudou muito (302).

Ao conseguir ver o seu próximo de forma diferente, estes profissionais vão além da mudança nas práticas. Mudar, porém, pressupõe expor suas limitações, identificar insuficiências e buscar formas de superação. Alguns profissionais conseguem identificar suas falhas enquanto profissionais de saúde.

É incrível você ver que tem gente que não sabe o básico, também porque ninguém nunca ensinou. A falha é nossa, enquanto dentista, porque dentista... a gente não ensina, aliás, não ensinava. (302)

No entanto, muitas vezes as limitações e insuficiências não se restringem ao indivíduo, mas permeia o sujeito coletivo.

Segundo BOFF (1997 apud MATUCK, 2000, p. 59) a cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Neste modelo de atenção os profissionais percebem que o simples ensinar e aprender não desencadeiam, necessariamente, mudança. Entendem que é preciso conhecer o contexto familiar, social, cultural, econômico dos indivíduos, pois eles interferem na apropriação e aplicação do conhecimento em novas práticas, portanto devem ser considerados tanto no plano de tratamento quanto no trabalho de educação-prevenção.

Assim, relacionando o processo saúde-doença com a vida dos indivíduos, os profissionais compreendem e interpretam as respostas às ações de saúde propostas.

[...] então eu sempre digo que todos os profissionais deveriam passar por uma visita de área, área de risco, conhecer de perto a realidade. Ver que não é tão simples você ensinar a criança escovar os dentes e dizer que: agora a responsabilidade é de vocês. A história é muito diferente, isso é uma coisa que me marcou muito no PSF, conhecer uma realidade que eu não conhecia, mesmo com os 17 anos de prática. (301)

Embora alguns profissionais relacionem qualidade do atendimento à atenção privada, esta aproximação revela que houve um rompimento da relação impessoal e anônima entre o odontólogo e o paciente, gerando uma relação de identificação mútua.

[...] criou mais vínculo, porque a gente já trata a família toda. Quando você pega a família não é o “fulano”, é o Diogo dos Santos que vem, é o João dos Santos que vem, todo mundo da família. Você não atende só a criança e não sabe quem é o pai, igual acontece no outro atendimento, no PSF, não, você atende e sabe da família toda. (204)

Eu continuo falando a mesma coisa, esta integração paciente-dentista, ele passa a ter um dentista dele, como se estivesse indo a um consultório particular. (201)

7.1 Sentimentos e Perspectivas

O vínculo com a família pode gerar um impacto positivo e crescente quanto à inserção da saúde bucal no PSF e na própria continuidade deste frente à opinião da comunidade e a política estabelecida.

Eu acredito no PSF e acho que o dentista veio contribuir sim. Embora, às vezes, eu ache que o PSF não se dê como se diz lá em cima, agora, parece que está mudando, vamos ver, eu tenho esperança. (203)

Eu enxergo no meu município que (o PSF) é uma coisa que, politicamente, não vão querer eliminar, porque é uma coisa que a população não vai ver com bons olhos; tirar isso, esse benefício que eles estão tendo agora. (103)

Ainda assim, por ser um programa e pelas diversas lacunas existentes na operacionalização de recursos humanos, gestão e financiamento do PSF muitos profissionais temem seu futuro. Temor que gera incertezas e angústia.

Sinto um pouquinho de angústia com relação ao futuro do PSF, no meu município ainda não sinto tanta solidez [...] eu disse essa angústia em relação à troca de gestão [...] (301).

Como eu não tenho uma bola de cristal, fica difícil responder, mas nós estamos com um ponto de interrogação na cabeça. A perspectiva que a gente tem é esperar que o político, a prefeita, ou se ela queira se reeleger e ela ganha e a gente continua, ou o político que ela apoiou [...].(101)

É uma preocupação, porque a gente não sabe até quando vai e você não se programa muito. Quando é uma coisa que você sabe que está no cargo, que você tem a tua estabilidade, que você tem um concurso, então é diferente.(302)

Ainda que existam incertezas, os profissionais vêm a inserção da saúde bucal no PSF como uma valiosa conquista que tem importantes desafios a serem superados:

É uma estratégia que tem tudo pra dar certo, se não for vista como modelo de “galinha de ovos de ouro” para prefeito e secretário pegar mais dinheiro do poder central e do Ministério. E também se houver investimento em informação, capacitação, seleção adequada de profissionais com o mínimo de perfil para trabalhar. Não é o profissional, aquele que nunca deu certo em lugar nenhum, mas que é apadrinhado e vai arrumar mais uma fonte de renda pra ele, que é a dobra do vínculo ou mais quatro horas no serviço pra continuar não fazendo nada. Eu acho que as perspectivas são boas e o governo está aí pra provar que são boas. Agora, vai dos prefeitos e secretários de saúde, em particular os municipais, em utilizar a estratégia para o bem, para que ela seja realmente uma estratégia de mudança (401).

Acreditar neste novo modelo de atenção à saúde é importante, porém a operacionalização e o sucesso da inclusão da saúde bucal no PSF estão fortemente condicionados ao desempenho dos diferentes atores: gestores, profissionais da saúde, academia e comunidade.

8 CONCLUSÕES

A reestruturação da atenção primária, com o Programa Saúde da Família (PSF), está operando dentro do SUS uma mudança no modelo assistencial.

Ao analisar a inserção do odontólogo no PSF, no Paraná, esta pesquisa revelou que a incorporação desses profissionais não foi homogênea. Alguns já atuavam no serviço público e, mediante um convite ou seleção interna, ingressaram no PSF. Outros apenas por convite, precedido de entrevista e/ou análise do currículo profissional. Em nenhum caso houve concurso público específico para contratação para o PSF e predominam as relações de trabalho precarizadas.

Nogueira (2002, p. 24), avaliando as tendências e prioridades em recursos humanos, aponta a tendência de adoção de concursos públicos como a principal via de expansão dos quadros de pessoal do SUS, mas com a continuidade de vínculos indiretos terceirizados e os precários/informais. Os municípios têm autonomia para escolher a forma de contratação adequada à sua realidade. A recomendação é que sejam absorvidos os profissionais que já estão na rede, com

vínculo institucional, e esgotando a possibilidade de aproveitamento desses profissionais, faz-se então uma seleção externa, com nova contratação.

As diferentes formas de contratação revelam interferir na adesão, ou não, à proposta de mudança do modelo de atenção à saúde bucal. A temporalidade dos contratos e a incerteza da continuidade do serviço geram angústia e desmotivação nos que se encontram nesta situação e podem ter impacto negativo no planejamento e execuções de estratégias e ações mais de longo prazo.

Uma contradição é o profissional ser estimulado a ter um maior vínculo com a comunidade, com os usuários e ao deparar-se com um vínculo de trabalho precarizado, acentua-se em certa medida, o seu distanciamento e até o descompromisso com o serviço. Embora isso não ocorra exclusivamente com os odontólogos, foi bastante marcante nos discursos. Colocando-se na posição do trabalhador questiona-se como pode o profissional ter vínculo com o serviço, mas o serviço não manter vínculo com o profissional?

Sob este enfoque, evidenciam o importante significado da estabilidade e do vínculo estabelecidos entre os profissionais e a instituição para o serviço. O estabelecimento do vínculo com a instituição parece estar bastante relacionado com o compromisso com o serviço.

O PSF foi concebido inexistindo profissionais com o perfil necessário. Na verdade, o PSF veio fomentar um movimento já existente de necessidade de reforma do ensino na área da saúde, com uma formação que atenda

a realidade social e sanitária do país. Os odontólogos entrevistados expressaram sentir a insuficiência do processo de formação acadêmica pelo qual passaram, que não respondeu às necessidades do setor saúde, especialmente, para a atuação no PSF. Esta insuficiência levou, no início, a ações baseadas no empirismo, sem embasamento teórico e segurança profissional. Relatam que tal situação foi sendo remediada a partir da participação em cursos de capacitação e educação continuada e mesmo com a própria experiência.

Notadamente, tanto jovens profissionais recém-egressos das Universidades, quanto aqueles com anos de prática e experiência, revelaram sentir necessidade de aprimoramento. Em questões de gestão e planejamento, de aspectos de relacionamento interpessoal, de abordagens técnicas, baseados nos princípios do sistema e, portanto, com outro enfoque. Sinalizaram a importância destes cursos como encontros de aprimoramento, mas também como momentos que oportunizam a troca de experiências e a motivação para o trabalho. Isso merece atenção especial por parte dos formuladores de políticas.

A formação de novos profissionais interessados e preparados para atuarem na atenção básica com a mesma disposição que saem hoje das Universidades para atuarem no setor privado, de alta tecnologia e especialização, representa um grande desafio e risco para a sustentabilidade deste modelo. Há necessidade de que se reveja o enfoque do processo educativo, baseado nos princípios da educação permanente, além do enfoque da formação. Há demanda de uma formação que os faça sentirem-se dignos e valorizados ao prestarem serviço de

atenção básica às pessoas, famílias e comunidades, como expressam Souza, et.al, 2002 (in BRASIL, 2002, p. 155).

Outro desafio é a educação permanente da grande e crescente demanda de profissionais que estão atuando nos serviços, pelos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente. Estes encontros ou cursos precisam ser estruturados levando em conta as necessidades locais e suas particularidades, para que os profissionais consigam aplicar o que “aprenderam” e obtenham elementos para o enfrentamento dos problemas de suas realidades concretas, idéia compartilhada por FEUERWERKER e LIMA (in BRASIL, 2002, p. 175). Para tanto, questiona-se qual a participação de odontólogos dos serviços, além dos provindos da academia, nos Pólos?

A valorização do profissional passa pela capacitação desenvolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a nova concepção de trabalho, mas também pela remuneração, visto que os profissionais assumem novos compromissos, num novo processo de trabalho que exige dedicação integral. Neste aspecto os entrevistados expressaram insatisfação, especialmente quanto à isonomia salarial e a necessidade de buscar outros vínculos de trabalho que complementem sua renda.

A apreensão dos conceitos e orientações, para as ações em saúde no PSF, constitui elemento fundamental para a reestruturação do modelo. As ações de dimensão coletiva e individual devem atender às necessidades da população e estão sendo desempenhadas de diferentes formas pelos odontólogos entrevistados.

As ações clínicas individuais cumprem o papel de atribuições definidas nas Normas Operacionais do SUS. Entretanto, além das deficiências na assistência secundária, há predominância do caráter mutilador, representado pelas exodontias, e não se cumpre o princípio da integralidade na assistência. Há necessidade de organizar uma atenção básica onde o PSF constitua a porta de entrada de um sistema de saúde integrado com outros níveis de atenção.

A grande demanda, o “estoque de doença”, é encarado como um problema para a organização do serviço, imprimindo em alguns casos um serviço caracterizado pelo pronto-atendimento e em outros uma organização planejada e baseada em critérios de risco a partir da análise territorial ou por meio das patologias de base. Neste caso, cumpre-se a proposta do PSF, realizando um planejamento estratégico, e o princípio da equidade (SILVEIRA FILHO, 2002, p. 39). A preocupação gira em torno dos que desempenham apenas ações de pronto-atendimento no PSF, muitas vezes por desconhecerem as ferramentas do planejamento estratégico, de falta de domínio conceitual e ferramentas para a realização de ações de promoção, entre outros fatores, o que reforça a necessidade de capacitação e educação permanente dos profissionais.

Cabe ressaltar que, apesar das dificuldades, os entrevistados evidenciaram um novo modo de ver e atuar clinicamente e incorporando, ainda que de forma incipiente, ações de proteção e promoção da saúde. Não mais centrados na boca, no dente, na doença, mas no indivíduo que sente, que sofre, que tem uma família, que tem história, que está inserido em sua comunidade, com suas

especificidades culturais, sociais, financeiras. Esses odontólogos constituem o grupo que vivenciaram um processo de capacitação e aceitaram o desafio de incorporar novas práticas com o significado do PSF e de seus princípios. Os que não o fazem, não participaram deste processo e não compartilham a proposta de mudança e é necessária uma estratégia para atuar sobre estes profissionais.

As atividades de dimensão coletiva são representadas pelas ações de educação e prevenção e constituem, para esses profissionais, o grande diferencial de atuação no PSF. Nesta questão, as dificuldades apontadas referem-se à escassez de recursos educativos atrativos que estimulem os encontros, à falta de envolvimento dos gestores na promoção da saúde bucal, à grande demanda que exige maior tempo de dedicação às ações clínicas e à deficiência na participação de outros membros da equipe, destaque para os agentes comunitários de saúde, que em alguns casos não se mostram sensibilizados para este trabalho e até mesmo por suas próprias limitações.

Por outro lado, nas ações coletivas passam a valorizar o espaço familiar, representando uma mudança importante no objeto de atenção e a estabelecer o vínculo e a co-responsabilidade na obtenção de melhorias na saúde da população. Este vínculo representa mais do que conhecer os moradores da área, mas a capacidade de identificá-los no contexto social em que vivem, conhecendo os fatores que possam interferir na sua qualidade de vida.

Estas aproximações são favorecidas pela integração e ação em equipe. Os entrevistados explicitaram a valorização do pessoal técnico e auxiliar que compõem a equipe de saúde bucal, havendo uma relação muito positiva entre eles,

acarretando um aumento na produtividade e na qualidade dos serviços. Apontando a decisão acertada de agir em equipe, uma mudança positiva onde os profissionais compartilham saberes e constroem novas práticas.

Quanto à relação com os demais membros da equipe de PSF os discursos revelam que nas equipes em que havia maior comprometimento com o serviço a integração era satisfatória, mas naquelas em que não havia mudança dos paradigmas, a integração era mínima ou não existia. Isto sinaliza um grande problema, visto que, além de muitos profissionais não terem sido formados para atuarem em equipes multiprofissionais, muitos deles não querem e não são motivados para isto. Isto coloca em discussão a questão do perfil profissional para atuar no serviço público, em particular no PSF.

Os depoimentos revelam que nenhum entrevistado realizou a capacitação da equipe, uma ação fundamental para que os outros profissionais possam introduzir ações de prevenção e promoção de saúde bucal em suas práticas, pois é necessário o domínio conceitual para a atuação. Cabe aqui a reflexão sobre o porquê dos odontólogos não desenvolverem essas capacitações. Sabem desta atribuição? Sentem dificuldade em capacitar? Sabem como fazê-lo?

Uma questão marcante, revelada nas falas, é a busca de mudança nas práticas em saúde bucal. Ficou clara a existência de conflitos entre aquilo que se idealiza como atenção em saúde e o que se realiza como prática assistencial trazida historicamente. Será que estes conflitos serão resolvidos com a passagem desse período de transição do modelo tradicional para o PSF? Será que estas

questões não estão mais ligadas ao perfil profissional e a um processo de educação permanente?

Outro ponto é a visão dos odontólogos da necessidade em cumprir os princípios de universalidade, equidade e integralidade, tendo no PSF a grande chance de consegui-lo, quando todos estão envolvidos e comprometidos. Muitas vezes, dadas as limitações dos profissionais e de organização do próprio serviço, percebe-se que embora seja um ideal, predominam as ações curativas, fragmentadas e pouco resolutivas.

Percebe-se um esforço para que haja humanização e atenção integral, e um maior acesso, ainda que não universal. A inserção do odontólogo em equipes do PSF, no Paraná, é visto como um avanço rumo à constituição de novos padrões de ação em saúde bucal e tem proporcionado mudanças na atitude dos profissionais envolvidos, imprimindo uma nova dinâmica no processo de mudança de modelo, rumo à consolidação do SUS.

Acreditamos que essa nova prática odontológica é um desafio cotidiano e que envolve não só o profissional como também a política de saúde e outros segmentos da sociedade.

Embora este trabalho tenha buscado sinalizar a inserção da saúde bucal no PSF, no Paraná, os dados obtidos aqui não são permanentes e não esgotam as possibilidades de investigação. Visto que este é um processo e, portanto, em contínua construção.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O Pasquim 21**, n.28, edição de 20 de agosto de 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225 p.

BONIN, L. F. R. Educação e cidadania. In SILVEIRA, A. F., et al. (org.) **Cidadania e participação social**. ABRAPSOSUL, 1999. p. 107-118.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de casa**. Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico área da saúde**. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. 1999. p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de saúde Bucal. **Projeto SB2000: Condições de**

saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual de calibração de examinadores. Brasília: Ministério da Saúde. 2001a. p. 5-6.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES.1.300/2001–Homologado.** Despacho do Ministro em 4/12/2001b, seção 1, p. 25. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/130001farmodonto.doc>. Acesso em: 15 de janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático de Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001c, 126 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Recursos humanos em saúde bucal (CD, THD, ACD, TPD, APD) e população residente, por Estado, Brasil, 2003a.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bucal/>. Acesso em: 01 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Placar das Faculdades de Odontologia no Brasil – 2003b.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bucal/>. Acesso em: 01 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica/SAS. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação- competência JANEIRO/2004.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhapsf_janeiro_2004.pdf . Acesso em: 01 de abril de 2004.

CARVALHO, A. C. P. **Educação e Saúde em Odontologia – Ensino da Prática e Prática do Ensino**. São Paulo: Ed. Santos, 1995, 93 p.

CARVALHO, C. L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para a formação de atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: área IV**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. p. 294-5.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G. B.; CORDONI Jr, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI Jr, L. (org.) **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001, p. 40.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. 4^a. ed. São Paulo: Cortez. 2000. p. 77-123.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1, 1986. Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. p.4.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2, 1993. Brasília, DF. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p. 11.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003. **Delegados analisam relatórios finais. 2003**. Disponível em:

[http://www.12conferencia.com.br/index.php?command=content&content\[id\]=46](http://www.12conferencia.com.br/index.php?command=content&content[id]=46).

Acesso em: 15 de janeiro de 2004.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata, 1978. **Atención primaria de salud:** informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

COORDENAÇÃO Nacional de Saúde Bucal faz balanço do 1º. ano de gestão. **Jornal da Associação Brasileira de Odontologia**, São Paulo, ano XX, n.87, p.14, 2004.

CORDÓN, J. A. Dificuldades, Contradições e Avanços, na Inserção da Odontologia no SUS. **Divulgação** n 13, p.44,1996.

CUNHA, J. P. P.; & CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**. Textos Básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 24.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1981.

ENCONTRO PARANAENSE DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO, 3., 2003, Maringá. **Relatório Final III EPATESPO, Construindo as Diretrizes Políticas de Saúde Bucal do Paraná.** Maringá, 2003. p.3-4.

FEUERWERKER, L. C. M.; LIMA, V. V. Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos . In BRASIL. **Política de Recursos Humanos em Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 175.

FORGIA, G.L. Desafios e inovações. **Rev. Brasileira de Saúde da Família.** Ano II, n. 6, p.49, 2002.

FRAZÃO, P. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In BOZZATO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas.** São Paulo: EDUSC/Ed. UNESP, 1998. 229 p.

FRASER, Donald. **QSR Nvivo:** nud ist reference guide. 3. ed. Melbourne: QSR International Pty, 2000. 205 p.

FREITAS, S. F. T. **História Social da Cárie Dentária.** Bauru, SP: EDUSC, 2001. 124p.

GARRAFA, V.; MOYSÉS, S. J. Odontologia Brasileira: Tecnicamente Elogiável, Cientificamente Discutível, Socialmente Caótica. **Divulgação**, n 13, p.6, 1996.

INBRAPE – INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SÓCIO-ECONÔMICOS. **Perfil do Cirurgião Dentista Brasileiro**. 2002. Disponível em: <http://www.fio.org.br/ultima_9.htm>. Acesso em: 20 de janeiro de 2004.

IVAMA, A. M. **La educación y la práctica farmacéutica en Brasil y España en el contexto de la globalización**. 1999. Tese (Doutorado). Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, 1999.

LEAL, P. R.P. Grandes cidades, grandes desafios. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n 6, p.45, 2002.

LEFÈVRE, F. LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J.J.V. (Org.). **O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. p. 14.-18

MACHADO, M.H. (coord.) **Os médicos no Brasil – um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244p.

MANFREDINI, M. A. Planejamento em Saúde Bucal. In PEREIRA, A.C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 56.

MARTINS FILHO, M. T. Saúde da Família e Saúde Bucal. **Jornal do COSEMS/CE**. Ano IV, n 13, p.4, 2000.

MATUCK, I. C. **História de vida em odontologia: uma experiência pedagógica.** Niterói: Intertexto, 2000. 91 p.

MELCHIOR, S. C. **A atuação do farmacêutico no Programa Nacional de DST/AIDS.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2002.

MELO, M. M. **As diretrizes curriculares nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. S. et al. (org) **Pesquisa Social: teoria, método, criatividade.** 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 80 p.

MORAES, A. B. A.; PESSOTI, I. O ensino de Psicologia em Odontologia. São Paulo: **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent**, v 37, n 4, p. 338-345,1983.

NARVAI, P. C. et al. Contra o técnico em higiene dental. **Saúde em Debate**. n.28, p. 65, 1990.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 113.

NOGUEIRA, R. P. (coord.) **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde). p. 24.

OIT- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Certificação de Competências Profissionais - Glossário de Termos Técnicos** – 1. ed. - Brasília : OIT, 2002. 40 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Instituto de Saúde do Paraná. **Municípios com equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Janeiro/2004**. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/saudebucal/Saudefamilia/index.html>>. Acesso em: 30 de março de 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & saúde Coletiva**. v.6, n.2, p. 341-360, 2001.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000, 541 p.

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 186.

RADIS. Saúde Bucal. **Súmula**, n. 84, p.1, 2001.

RAMOS, M. L. R. **O Trabalho da Enfermeira no Serviço Municipal de Londrina**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2002.

REDE UNIDA. Relatório da Oficina de Sistematização sobre Modelo de Atenção. Boletim **Informativo da REDE UNIDA**. v. 6; n. 34; p. 3, 2001.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A.C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSENTHAL, Elias. **A Odontologia no Brasil no século XX**. 1. ed. São Paulo: ed. Santos, 2001. p. 49-67.

SANTI, V. **Avaliação da implantação do programa saúde da família na zona rural de Castro-PR.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2000.

SCHRAIBER, L.B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.1., p. 63-74, 1995.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS BÁSICOS DE SAÚDE. 25 ANOS DA DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Brasília, dezembro de 2003. **Relatório.** Brasília: Ministério da Saúde: 2003. p. 2-3.

SHEIHAM, A. Strategies for promoting oral health care. **Rev Bras Odont Saúde Coletiva.** v.1, n.2, p. 7-24, 2001.

SILVEIRA, A. D. F. Odontologia no PSF. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n 4, p.18, 2002.

SOARES, E. **Metodologia Científica: lógica, epistemologia e normas.** São Paulo: Atlas, 2003. p. 19.

SOUZA, D. S. A saúde bucal e a sua inserção no Sistema Único de Saúde. **Divulgação.** n. 13. p.84, 1996.

SOUZA, H. M. et al. A Implantação de uma Nova Mentalidade. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano II, n 6, p.21, 2002a.

SOUZA H. M. et. al. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In BRASIL. **Política de Recursos Humanos em Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. p. 155.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 170 p.

TRADI, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa da Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa quantitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WAGNER, Gastão. **Discurso de abertura da 133ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: 2003. (mimeo).

WHO. World Health Organization. Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHO, 1994.

VALENÇA, A. M. G. **A Educação em Saúde na Formação do Cirurgião-Dentista: da necessidade à prática participativa.** Niterói: Ed. EFF, 1997. p. 14-23.

ZANETTI, et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação**, n. 13, p. 34, 1996.

APÊNDICES

Apêndice 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I) Caracterização:

- 1- Código
- 2- Data de nascimento
- 3- Sexo
- 4- Formação
- * instituição
- * ano de conclusão

II) Questões norteadoras:

1- Fale sobre a sua inserção profissional no mercado de trabalho, incluindo a sua incorporação ao serviço público e à equipe de PSF.

(investigando forma de incorporação à equipe e sua relação com esta, formas de contratação, motivos de interesse no serviço, motivações)

2- Fale sobre o significado do processo de formação e capacitação pelos quais você passou, em relação à sua atuação no PSF.

(investigando formação, capacitação e processo de educação continuada, conhecimentos, habilidades, necessidades)

3- Fale como você vê a atuação do odontólogo no PSF e sobre seu trabalho.

(investigando perspectivas, aspectos referentes a atitudes, trabalho em equipe, relação entre ele e outros profissionais da saúde e a comunidade, recursos utilizados, mudanças nas práticas.)

4- Gostaria de fazer mais algum comentário?

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Com a implantação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) reorganizaram-se as práticas assistenciais, adotando-se novas bases e critérios, por meio da mudança do objeto de atenção e organização geral dos serviços.

Neste contexto, a inserção das equipes de saúde bucal muda o modelo tradicional e hegemônico de prestação de serviço e imprime uma nova dinâmica para a consolidação do SUS.

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar neste processo o papel do odontólogo na equipe, bem como suas atividades no Programa Saúde da Família. Tais informações servirão para a construção de um diagnóstico da situação dos odontólogos que atuam no PSF, retratando os avanços e podendo nortear ações futuras que contemplem as necessidades que porventura sejam identificadas.

Diante disto, gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa.

Você contribuirá respondendo uma entrevista, possibilitando o pesquisador estar presente por algum tempo em seu local de trabalho para observação e realização de algumas fotos do consultório para efeito de ilustração e contextualização e autorizando a utilização destes para a elaboração da dissertação assim como sua posterior publicação na forma de livro e/ou artigos, ficando no entanto, vedada a sua utilização para outros fins. É importante que você saiba que as informações fornecidas serão confidenciais. Seu nome, endereço, local de trabalho, ou qualquer informação que possa lhe identificar, não aparecerão em nenhum momento da pesquisa ou publicação.

Se houver alguma dúvida sobre esta pesquisa ou sobre sua participação, sinta-se a vontade para perguntar.

Caso queira participar e está de acordo com estes termos, por favor consinta assinando este termo.

_____ data __/__/__
assinatura

Os responsáveis pela pesquisa assinam o seguinte termo de compromisso com você.
Termo de Compromisso

Comprometemo-nos a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente Consentimento Informado.

_____ data __/__/__
assinatura

_____ data __/__/__
assinatura

Caso necessite de esclarecimentos posteriores, por favor entre em contato.

Adriana Prestes do Nascimento Palú

Adriana Mitsue Ivama

e-mail: apn@uol.com.br

e-mail: ivama@bra.ops.oms.org

Telefone: (43) 4229731 ou 99733046

ANEXOS

ANEXO A

Portaria n.º 267/GM Em 06 de março de 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de:

- regulamentação da Portaria N.º 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais desta área no Programa de Saúde da Família (PSF);
- ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados;
- melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população;
- inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família, como forma de reorganização desta área no âmbito da atenção básica, resolve:

Art. 1º Aprovar as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).

Parágrafo único. As normas e diretrizes de que tratam este Artigo integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, constante do ANEXO I, que integra esta Portaria.

Art. 2º Explicitar, no ANEXO II desta Portaria, o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PLANO DE REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A) INTRODUÇÃO

A universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social são princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS – que, para o seu cumprimento, requerem a reordenação das práticas sanitárias e, por via de consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente.

O Programa de Saúde da Família – PSF – do Ministério da Saúde envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que tem se mostrado eficaz para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis de atenção do sistema local de saúde.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

B) OBJETIVOS

O presente Plano tem por objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa Saúde da Família;
 - assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
 - capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS.
 - avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios do PSF.

C) BASES PARA REORIENTAÇÃO DA AÇÕES DE SAÚDE BUCAL

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;*
- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;*
- III. integralidade da assistência prestada à população adscrita;*
- IV. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;*
- V. definição da família como núcleo central de abordagem;*
- VI. humanização do atendimento;*
- VII. abordagem multiprofissional;*
- VIII. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;*
- IX. educação permanente dos profissionais;*
- X. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.*

D) ESTRATÉGIAS PARA INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO PSF

- 1. A inclusão dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família dar-se-á por meio de duas modalidades:*
 - 1.1. modalidade I, que compreende um cirurgião dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e*
 - 1.2. modalidade II, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).*
- 2. A carga horária de trabalho desses profissionais deverá ser de 40 horas semanais.*
- 3. A relação de equipe de saúde bucal – ESB – por equipe de saúde da família basear-se-á nos seguintes parâmetros:*
 - 3.1. cada ESB deverá atender, em média, 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes;*
 - 3.2. nos municípios com população inferior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para uma ou duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação; e*

3.3. nos municípios com população superior a 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, deverá ser implantada uma ESB para cada duas equipes de saúde da família implantadas ou em processo de implantação.

4. a adequação de espaços para a estruturação dos serviços odontológicos levará em conta as instalações já existentes e as iniciativas locais de organização dos serviços, desde que atendam os critérios de referência territorial e a facilidade do acesso da população;

5. as equipes de saúde da família deverão executar integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de saúde bucal em sua área adscrita e segundo os critérios de territorialização já estipulados;

6. as ações especializadas de saúde bucal deverão ser referenciadas no próprio território municipal ou no município sede, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS;

7. os profissionais de saúde bucal e demais membros das equipes de saúde da família deverão ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde;

8. as ações de promoção e de prevenção no âmbito da saúde bucal serão planejadas e desenvolvidas de forma interdisciplinar;

9. o registro das atividades de saúde bucal deverá ser feito no Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab –, para fins de planejamento, monitoramento e avaliação das equipes;

10. o processo de qualificação dos municípios ao incentivo financeiro para as ações de saúde bucal será objeto de regulamentação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

E) ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL

• ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF

I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.

II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.

III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.

IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.

V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.

VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.

VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

• ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)

I. Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade.

II. Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).

III. Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita.

IV. Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.

V. Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.

VI. Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.

- VII. Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.
- VIII. Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.
- IX. Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.
- X. Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal.
- XI. Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas.
- XII. Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD.
- XIII. Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.
- XIV. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

• ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

- I. Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento.
- II. Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista.
- III. Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos).
- IV. realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.
- VI. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VII. Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

• ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO

DENTÁRIO (ACD)

- I. Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados.
- II. Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD.
- III. Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho).
- IV. Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos.
- V. Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI. Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento.
- VII. Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal.
- VIII. Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados.
- IX. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

• ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

I. Desenvolver ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças neste âmbito mais prevalentes no seu território de atuação.

II. Identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

III. Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

F. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

• MINISTÉRIO DA SAÚDE

I. Regulamentar e repassar os incentivos financeiros para os Fundos Municipais ou Estaduais de Saúde, segundo as modalidades de inclusão das ações de saúde bucal no PSF.

II. Estabelecer normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

III. Prestar assessoria técnica aos estados e municípios relativa ao processo de implantação e de gerenciamento da saúde bucal no PSF.

IV. Estabelecer parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde com vistas ao incremento dos processos de capacitação da equipe e de formação de pessoal auxiliar em saúde bucal.

V. Elaborar e editar material didático para a capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VI. Tornar disponível o Siab como instrumento para monitorar as ações de saúde bucal desenvolvidas no PSF.

VII. Consolidar, analisar e divulgar os dados relacionados à saúde bucal de interesse nacional gerados pelo sistema de informação, divulgando resultados obtidos.

VIII. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal no PSF.

• SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE (SES)

I. Garantir a inclusão das ações de saúde bucal no Plano Diretor de Regionalização – PDR – do SUS.

II. Contribuir para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica por intermédio da estratégia de saúde da família.

III. Prestar assessoria técnica aos municípios em todo o processo de implantação, planejamento, monitoramento e gerenciamento das ações de saúde bucal no PSF.

IV. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a capacitação técnica e a educação permanente específica em saúde da família para os profissionais de saúde bucal, por intermédio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e ou de outras instituições de ensino, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

V. Viabilizar, em parceria com o Ministério da Saúde, a formação de pessoal auxiliar em saúde bucal – THD e ACD – para atuar nas equipes de saúde da família, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras, em articulação com as SMS.

VI. Contribuir na produção e disponibilidade de material didático para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

VII. Assessorar os municípios na implantação do Siab.

VIII. Consolidar e analisar os dados relativos à saúde bucal de interesse estadual e alimentar o banco de dados nacional.

IX. Identificar recursos técnicos e científicos para o processo de controle e avaliação dos resultados e do impacto das ações de saúde bucal do PSF no âmbito do estado.

X. Promover intercâmbio de informações relacionadas às experiências em saúde bucal no PSF entre os municípios.

• SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (SMS)

I. Definir a estratégia de inclusão das ações de saúde bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.

II. Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal no PSF.

III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.

IV. Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição das prioridades de intervenção no âmbito da atenção básica e dos demais níveis de complexidade do sistema.

V. Definir fluxo de referencia e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.

VI. Proporcionar, em parceria com a SES, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.

VII. Proporcionar, em parceria com a SES, a formação de pessoal auxiliar – THD e ACD –, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.

VIII. Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.

IX. Alimentar a base de dados do Siab, de acordo com as Portarias que o regulamentam.

X. Utilizar os dados do Siab para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

G. FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO PSF

A transferência de recursos federais aos estados e municípios, que compõem o financiamento tripartite das ações de saúde bucal na atenção básica, vem se efetivando então, por meio do Piso de Atenção Básica. A indução do processo de reorganização das ações de saúde bucal no âmbito da atenção básica – prestada por intermédio do PSF – estará baseada no incentivo financeiro específico criado para tal (Portaria N.º 1444, de 28 de dezembro de 2000).

Os municípios que se qualificarem a essas ações receberão incentivo financeiro anual, por equipe implantada, transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos), de acordo com a modalidade de inclusão.

Será transferido um incentivo adicional, em parcela única, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Para fins de orientação dessa aquisição, é apresentada, a seguir, a relação mínima de equipamentos odontológicos e instrumentais. No caso da existência desses equipamentos no local destinado ao atendimento, o incentivo adicional poderá ser utilizado para complementá-los ou ainda para a aquisição de outros equipamentos e ou instrumentais de uso odontológico que se façam necessários na atenção básica.

Equipamentos Odontológicos

- *Aparelho Fotopolimerizador*
- *Cadeira odontológica*
- *Compressor*
- *Equipo odontológico*
- *Estufa ou autoclave*
- *Mocho*
- *Refletor*
- *Unidade auxiliar*

Instrumentais Odontológicos

- *Alveolótomo*
- *Aplicador para cimento*
- (duplo)
- *Bandeja de aço*
- *Brunidor*
- *Cabo para bisturi*
- *Cabo para espelho*
- *Caixa inox com tampa*
- *Condensador*
- Hollemback*
- *Cureta alveolar*
- *Elevadores (alavancas)*
- para raiz*
- *Esculpidor Hollemback*
- *Espátula*
- *Espelho odontológico*
- *Fórceps infantis e*
- adultos*
- *Lima óssea*
- *Pinça Halstead*
- (mosquito) *curva e reta*
- *Pinça para algodão*
- *Porta agulha*
- *Porta amálgama*
- *Porta matriz*
- *Seringa Carpule*
- *Sindesmótomo*
- *Sonda exploradora*
- *Sonda periodontal*
- milimetrada*
- *Tesoura cirúrgica reta e*
- curva*
- *Tesoura íris*
- *Tesoura standart*

ANEXO II

ELENCO DE PROCEDIMENTOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os procedimentos odontológicos, a seguir relacionados, referem-se àqueles constantes da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas).

Procedimentos Coletivos (PC)

- Consulta odontológica – 1º consulta;*
- Aplicação Terapêutica Intensiva com Flúor – por sessão;*
- Aplicação de cariostático (por dente);*
- Aplicação de selante (por dente);*
- Controle de placa bacteriana;*
- Escariação (por dente);*
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada);*
- Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada);*
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);*
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;*
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;*
- Restauração a pino;*
- Restauração com amálgama de duas ou mais faces;*
- Restauração com amálgama de uma face;*

Restauração com compósito de duas ou mais faces;
Restauração com compósito de uma face;
Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal;
Restauração com silicato de duas ou mais faces;
Restauração com silicato de uma face;
Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces;
Restauração fotopolimerizável de uma face;
Restauração com ionômero de vidro de uma face;
Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces;
Exodontia de dente decíduo;
Exodontia de dente permanente;
Remoção de resto radicular;
Tratamento de alveolite;
Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência;
Ulotomia;
Ulectomia;
Glossorrafia;
Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente;

ANEXO B