

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado Acadêmico

“A Formação e a Prática do Cirurgião-Dentista no Município do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente?”

Por

Mônica Loureiro Sartorio

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadoras: Profa. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares
Profa. Dra. Maria Helena Machado*

Rio de Janeiro, julho de 2010.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V658 Sartorio, Mônica Loureiro
A formação e a prática do cirurgião-dentista no município do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente? / Mônica Loureiro Sartorio. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
133 f., tab., graf.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato
Machado, Maria Helena

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Educação em Odontologia. 2. Prática Profissional. 3. Atenção Básica. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Bucal. I. Título.

CDD - 22.ed. – R617.609815

DEDICATÓRIA

Ao meu “time”

Luca, Arthur e Davi – meus filhos, meus tesouros.

Ao meu marido

Afonso – companheiro desde sempre e grande incentivador da profissão e da vida.

Aos meus pais,

Que nunca mediram esforços em me proporcionar a melhor educação possível.

“A mente que se abre a uma nova idéia jamais voltará ao seu tamanho original”

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

À Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, por ter acreditado em mim como aluna e ter me recebido de braços abertos.

Institucionalmente, ao Centro Médico Assistencial da Marinha, por ter me indicado para o processo de seleção do mestrado e por ter me dado a oportunidade ímpar de expandir meus horizontes nessa Escola.

À minha orientadora Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares, jóia da Ensp, que com firmeza e delicadeza, me ensinou a refletir a Saúde Pública, reformular paradigmas e a transformar um sonho em realidade.

À minha segunda orientadora Prof. Dra. Maria Helena Machado, por suas precisas colocações e sugestões, especialmente referentes à gestão do trabalho em saúde.

À Dra. Elisete Casotti, da Coordenação de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro, meu reconhecimento e gratidão por seu apoio, sugestões e profissionalismo, ao possibilitar que esse estudo se concretizasse.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz, cujas disciplinas tive o privilégio de cursar, especialmente Dr. Antenor Amâncio Filho e Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista.

Aos colegas da turma 2008 do Curso de Mestrado.

Aos colegas cirurgiões-dentistas, sujeitos desta pesquisa.

Aos milhares de pacientes que ajudaram a construir minha história profissional.

“Não fiz o melhor, mas fiz *tudo* para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas não sou o que era antes”

(Martin Luther King)

SUMÁRIO

RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
LISTA DE QUADROS E FIGURA.....	IX
LISTA DE SIGLAS.....	X
APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – NOTAS INTRODUTÓRIAS.....	5
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO E A ORIGEM DA ODONTOLOGIA NO BRASIL..	11
2.2 – CONTEXTO DAS POLÍTICAS	17
2.2.1 – <i>A conformação do SUS e o Programa Saúde da Família</i>	17
2.2.2 – <i>A saúde bucal dos brasileiros e o Brasil Sorridente</i>	25
2.2.3 – <i>A Promoção da Saúde como um repensar das políticas de saúde</i>	32
2.3 - A CONFORMAÇÃO DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA NA ATUALIDADE.....	37
2.3.1 – <i>Os modelos de atenção e a odontologia brasileira</i>	37
2.3.2 – <i>A formação do cirurgião-dentista no Brasil</i>	40
2.3.3 – <i>A Odontologia na ótica das Diretrizes Curriculares Nacionais</i>	44
CAPÍTULO 3 – O CAMINHO METODOLÓGICO.....	48
3.1 – O MÉTODO	48
3.2 – INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS	50

3.2.1 – <i>Entrevistas semi-estruturadas</i>	50
• <i>O universo do estudo</i>	52
• <i>Roteiro de entrevistas</i>	52
3.2.2 – <i>Observação participante</i>	53
• <i>Diário de campo</i>	55
• <i>A análise de conteúdo</i>	55
3.2.3 – <i>Análise documental e Pesquisa bibliográfica</i>	56
3.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	56
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	58
4.1 – INTRODUÇÃO	58
4.2 – QUEM SOMOS, COMO ESTAMOS DISTRIBUÍDOS E ONDE TRABALHAMOS	58
4.2.1 <i>Caracterizando os sujeitos</i>	61
• <i>Quadro 2</i>	61
• <i>Quadro 3</i>	67
• <i>Quadro 4</i>	69
4.3 – DE ONDE VIEMOS, ONDE ESTAMOS, PARA ONDE VAMOS	71
4.3.1 <i>O motivo do ingresso no serviço público e a satisfação pessoal e profissional hoje</i> ..	72
4.3.2 <i>Os princípios do SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Programa Brasil Sorridente</i>	80
4.3.3 <i>O entendimento dos conceitos de saúde, promoção da saúde e determinantes sociais da saúde</i>	85

<i>4.3.4 O vínculo com os sujeitos e a intersubjetividade na prática dos serviços</i>	89
<i>4.3.5 As barreiras nas práticas cotidianas</i>	94
<i>4.3.6 A formação profissional vista de dentro</i>	99
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	114
ANEXOS	126
ANEXO A – Roteiro de Entrevistas com os cirurgiões-dentistas.....	126
ANEXO B – Diário de Campo na Observação Participante.....	129
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
ANEXO D – Parecer nº 60A/2009 do Protocolo de Pesquisa nº 32/09 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – CEP SMSDC-RJ.....	132
ANEXO E – Protocolo de Pesquisa nº 01/09 do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP.....	133

RESUMO

Até a criação do SUS, predominava no Brasil uma prática odontológica focada nas ações clínico-cirúrgicas individuais e em enfoques tecnicistas, encarando-se o fenômeno saúde-doença centrado no caráter estritamente biológico. Pode-se evidenciar nos últimos anos, uma redirecionalidade na história da Odontologia, levando à conformação da Política Brasil Sorridente, que traz o desafio de uma nova formação em saúde e mais especificamente da Odontologia, em sintonia com os princípios do SUS. Os procedimentos de abordagem realizados nesta pesquisa visaram produzir informações e conhecimentos sobre a prática profissional do cirurgião-dentista na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, bem como sua formação para o desempenho desta prática, considerando a Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Programa Brasil Sorridente. A formação desse conhecimento se deu através de entrevistas e observação participante, sendo utilizados como sujeitos da pesquisa empírica quatorze cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, tanto num determinado Centro Municipal de Saúde quanto em equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família. Suas falas foram analisadas e contrastadas, observando-se semelhanças e diferenças a respeito de sua formação e prática e entendendo que esses profissionais que atuam “na ponta”, são fundamentais para a transformação das práticas de trabalho necessárias ao SUS e propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Destaca-se ainda que os requisitos de implementação de um sistema de saúde nos moldes do SUS são, não somente fortemente influenciados pela qualidade da formação e pelo comprometimento dos profissionais que nele atuam, mas também pelas condições materiais e humanas a que esses profissionais são expostos. Os resultados da pesquisa apontam para a importância de maior disseminação do Programa Brasil Sorridente, enquanto política ministerial, para o interior dos serviços em saúde bucal, aproximando efetivamente a teoria da prática e a necessidade de um repensar profissional em seus processos de trabalho, cujo foco deve ser a busca efetiva da promoção da saúde, superando a defasagem do que foi ensinado em sua formação e a realidade enfrentada na prática dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Odontologia, formação, prática profissional, SUS, atenção básica, cirurgiões-dentistas.

ABSTRACT

Until the foundation of the Unified Health System (SUS), in Brazil prevailed a dental practice focused on individual clinical and surgical actions and on technical approaches, which treated the health-disease phenomenon centered strictly in its biological character. In the last few years there has been a new direction in the History of Odontology, leading to the conformation of *Brasil Sorridente* Program, which brings the challenge of a new shaping in health, and more specifically in Odontology, in tune with the Unified Health System's principles. The approaching procedures used in this research aimed at producing information and knowledge upon the dental professional practice in the city of Rio de Janeiro, as well the formation for the development of this practice, considering the National Oral Health Policy known as *Brasil Sorridente* Program. Knowledge was achieved through interviews and participant observation from fourteen dentists working in basic health care, both in a determined Primary Care Unit and in oral health teams of the Family Health Program. Their speeches were analyzed and contrasted, and both similarities and differences concerning their formation and practice could be observed, which led to the conclusion that those professionals are fundamental to the transformation of work practices required by Unified Health System and proposed by the National Curricular Guidelines. It is also highlighted that the requests for the implementation of a health system following Unified Health System patterns are not only strongly influenced by the quality of the formation and the commitment of the active professionals but also for the material and human conditions to which these people are exposed. The results of the research point to the importance of the dissemination of the *Brasil Sorridente* Program, as a ministerial policy, for the oral health services, really matching practices to theory and the need of a professional reflexion in its working processes, which focus should be the effective search of health promotion, overcoming the discrepancy of what was taught in their formation and the reality faced in health services.

Key words: Odontology, formation, professional practice, Unified Health System (SUS), basic health care, dentists.

LISTA DE QUADROS E FIGURA

Quadro 1 – Metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária em comparação com os dados brasileiros de 1986, 1996 e os resultados do Projeto SB Brasil 2003.....	29
Figura 1 – Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro.....	60
Quadro 2 – Características gerais dos cirurgiões-dentistas entrevistados quanto ao sexo, idade, tempo de graduação e vínculo empregatício.....	61
Quadro 3 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados por natureza da instituição de ensino, tempo de graduação e vínculo empregatício.....	67
Quadro 4 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados por tipo de pós-graduação e atividade profissional.....	69

LISTA DE SIGLAS

ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AP – Área Programática

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CASS – Centro Administrativo São Sebastião

CD – Cirurgião-Dentista

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CMS – Centro Municipal de Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

CRO – Conselho Regional de Odontologia

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HT – Hora trabalhada

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IES – Instituições de Ensino Superior

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

ONGS – Organizações Não Governamentais

OMS – Organização Mundial da Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RX – Raio X

SB-BRASIL – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federação

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UIS – Unidade Integrada de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

Neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços¹.

Para Trezza (apud Zanetti)², a progressiva especialização e subespecialização da medicina loteou o corpo humano e fragmentou a compreensão da doença, caminhando na contramão de uma abordagem holística da pessoa. Este processo causa e conseqüência de uma prática interessada na doença e não na saúde, concentrou seus esforços na medicina.

Para Lefevre³, o *concerto de máquinas* como modelo de prática de atenção à saúde é, ética e psicologicamente falando, inaceitável, por sua desumanidade e frieza (sendo aliás, tal desumanidade e frieza uma reiterada queixa da população relativa ao atendimento de saúde).

Foi como um contraponto a esta idéia do *concerto de máquinas* citado por Lefevre e à *produção industrial em série*, ilustrada por Chaplin em *Tempos Modernos*⁴, que busquei ampliar meus horizontes profissionais no mestrado em saúde pública, após quinze anos de formada. E ainda, pela necessidade de preencher uma lacuna em branco, que duas especializações (em endodontia e periodontia), três atualizações (endodontia, dentística e saúde coletiva) e um sem número de outros cursos não conseguiam preencher.

No início, era importante desvendar os mistérios escondidos no interior dos dentes; nas câmaras pulpares e nas profundezas dos canais radiculares, nas células do complexo dentina-polpa, nos canalículos dentinários, nos cortes histológicos, nas imagens por microscopia eletrônica, onde a destreza e habilidade manual eram constantemente exigidas e extremamente necessárias. Depois, veio o entusiasmo com a reconstrução dos elementos dentários, com a estética, com mil possibilidades de formas, cores, técnicas e materiais. Anos mais tarde, respondi ao chamado da periodontia, com as estruturas de suporte dos dentes, gengivas, cimento, osso, ligamentos...o fascínio pelas infecções orais e suas possíveis associações de causa e/ou efeito com inúmeras doenças sistêmicas, o interesse pela ecologia microbiana oral, pela imunologia, o papel da genética na doença periodontal,

as inúmeras possibilidades cirúrgicas... ainda uma relação individualizada e individualista, baseada na doença.

Dezesseis anos de atuação clínica se passaram, inúmeros cursos e congressos, milhares de pacientes. Nos últimos anos, assumi algumas vezes a função de chefia de uma clínica integrada onde realizávamos três mil atendimentos odontológicos por mês, em média, num hospital militar. Observava que muitos pacientes retornavam, com as mesmas queixas e às vezes, com sua condição bucal agravada. Mal tínhamos tempo de realizar uma anamnese adequada, mas as estatísticas iam a pleno vapor, numa linha sempre ascendente de produção, como em *Tempos Modernos*. Promovíamos saúde ou estávamos perpetuando doença e sofrimento aos pacientes, como num ciclo repetitivo e vicioso?

Com estudo, experiência clínica e uma boa dose de inconformismo, comecei a questionar (não fomos treinados para isso) nossas (minhas) práticas e instintivamente procurei novos olhares, novos saberes. Algo maior e mais amplo, fora da boca, fora do ambiente da clínica (embora eu goste muito da clínica), algo que pudesse, quem sabe, responder às inúmeras perguntas que eu me fazia, havia já alguns anos.

Apoiada pela instituição a qual pertenço, fui aprovada na seleção para o Mestrado em Saúde Pública na ENSP.

Não aprendemos na graduação a transcender além dos muros do consultório dentário. Não há manuais e protocolos que nos expliquem sobre os determinantes sociais da saúde. Aprendemos sobre as doenças e não apreendemos o que é saúde. Não nos ensinaram a pensar, refletir criticamente, transformar prática em práxis, redescobrir nossas capacidades, ampliar os horizontes, mudar atitudes, construir e proporcionar saúde com nossas próprias mãos (e perceber a beleza que há nisso).

Considerando que a formação dos dentistas brasileiros está longe de ser adequada às necessidades sócio-epidemiológicas da população buscou-se identificar nesse estudo a relação entre a formação e a prática profissional do cirurgião-dentista na Atenção Básica, no município do Rio de Janeiro, que pode trazer dados para entender-se em que medida o Programa Brasil Sorridente vem sendo compreendido e posto em prática.

A partir deste questionamento, que norteou o processo reflexivo da prática odontológica num determinado serviço público, definiu-se o objeto deste estudo, considerando ainda que os requisitos de implementação de um sistema de saúde nos moldes do SUS são fortemente influenciados pela qualidade da formação e pelo comprometimento dos profissionais que nele atuam.

Buscou-se identificar, portanto, como esses profissionais de odontologia percebem sua formação e prática dentro desse contexto trazido por essa nova política ministerial. Pretendeu-se conhecer suas percepções acerca dos princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) conhecida como Brasil Sorridente, sobre os conceitos de saúde e de promoção da saúde bem como sobre os determinantes sociais da saúde. Buscou-se também conhecer na sua prática profissional, o desenvolvimento ou não de vínculos e as barreiras existentes em seus processos de trabalho e na sua formação, o desenvolvimento (ou não) de habilidades e capacitações para a prática coerentes com os princípios do SUS.

Para a formação desse conhecimento, foram utilizados como sujeitos da pesquisa empírica cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, tanto num determinado Centro Municipal de Saúde quanto no Programa Saúde da Família, contrastando suas falas e observando semelhanças e diferenças a respeito de sua formação, sua prática e suas percepções cotidianas, entendendo que esses profissionais que atuam “na ponta”, são fundamentais para a transformação das práticas de trabalho necessárias ao SUS e propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Foi nesse cenário de dúvidas e inquietações e de busca por respostas que construí meu objeto de estudo. Não foi um processo fácil. A definição do objeto talvez tenha sido uma das questões mais difíceis, dado os inúmeros caminhos trilhados, às duas especializações em áreas distintas, aos desconfortos experimentados e questionamentos, em minha intensa vida clínica. Foi observando a baixa capacidade resolutiva (apesar dos avanços técnico-científicos na área) e a pouca formação de vínculo profissional com a população atendida num determinado serviço público, que venho me questionando: Seria uma limitação na formação ou nos processos de trabalho? Ou em ambos?

Citando Minayo⁵ *“nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”*.

Estava posto, pois, o problema.

Desta forma, chegou-se à construção desta dissertação que compõe-se de cinco capítulos.

No Capítulo 1 são apresentadas as notas introdutórias que abrem o texto. No Capítulo 2 é desenvolvida a fundamentação teórica, onde são apresentados o contexto histórico e a origem da odontologia no Brasil, bem como o contexto das políticas, iniciando-se pelo histórico da conformação do SUS e pelo Programa Saúde da Família. Em seguida, é traçado um panorama da saúde bucal dos brasileiros até o surgimento do Programa Brasil Sorridente. Discute-se ainda neste capítulo, a conformação da odontologia brasileira na atualidade, os modelos de atenção, a formação do cirurgião-dentista e a odontologia na ótica das Diretrizes Curriculares Nacionais. No Capítulo 3 o caminho metodológico percorrido é descrito, cujo método e instrumentos utilizados são pormenorizados para a obtenção dos dados empíricos. No Capítulo 4 são apresentados os resultados da pesquisa, onde são abordados os dados obtidos a partir das entrevistas. E finalmente, no Capítulo 5 são feitas as considerações finais onde são apresentados os resultados, reflexões e comentários da autora.

CAPÍTULO 1

NOTAS INTRODUTÓRIAS

“Não há como esconder. Está na cara. O pior sorriso do mundo, o mais desalinhado, é o Brasil. Terra de banguelas – cerca de 40 milhões de dentes são extraídos anualmente por aqui -, o país é recordista mundial de cáries... Na América Latina, cada habitante tem 5,4 dentes necessitados de reparos e, no Brasil, essa média salta para 7 dentes cariados. Número três vezes maior do que o aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS). É tão grave a situação no país que a cárie e as doenças de gengiva são consideradas endemias...”⁶.

A prática odontológica hegemônica no Brasil no século XX, caracterizada como “*Odontologia de Mercado*”, apresentou características que expressam as profundas transformações experimentadas pela sociedade brasileira ao longo de todo o século, com acentuado crescimento econômico, industrialização e urbanização. Tais mudanças repercutiram intensamente na prática odontológica que se tornou complexa e passou a concentrar, crescentemente, sofisticada tecnologia⁷.

Para Garrafa⁸, odontologia e saúde bucal nem sempre tem caminhado na mesma direção, havendo uma grande contradição entre os milhões de desdentados do país e a existência de uma odontologia tão avançada no sentido técnico. Para este autor, dentre as razões que poderiam influir no baixo nível de saúde bucal dos brasileiros, destaca-se: a formação inadequada que os profissionais vêm recebendo nas faculdades, tanto ao nível de graduação quanto ao maciço privilegiamento das especialidades curativo-reparadoras nos cursos de pós-graduação. Garrafa conclui ainda que, apesar do destaque que a prevenção vem ganhando, mais especificamente na odontologia, os currículos continuam assentados nas velhas bases curativo-reparadoras, tomando até 70% das horas aula do ciclo profissional da graduação. Da mesma forma, esta situação é reproduzida nos congressos das entidades científicas. Uma outra razão seria a ineficiência dos serviços proporcionados pelo Estado no sentido da não priorização da saúde bucal.

Segundo Iyda⁶, a análise que considera as estruturas dentárias como estruturas anátomo-funcionais decorre de um modelo de ciência predominante que dividiu, para fins analíticos, corpo/mente e fragmentou o homem em uma ou muitas parcelas do corpo humano, transformando a boca num apêndice de um organismo, compreendido como estrutura mecânica, composta de inúmeras partes, regida por mecanismos físico-químicos.

Eliminando-se um sintoma da doença, pela extração, restaura-se a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura-se a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida a sua normalidade por meio de uma prótese dentária e, assim, o que é “anormal” passa a ser aceito como “normal”, social e mesmo profissionalmente. Ainda, para esta autora:

“aqui reside o limite da Odontologia, desenraizada da práxis coletiva, pois a prótese dentária, como solução de um mal menor, nega a possibilidade de alterar e controlar este “mal menor” e exime a Odontologia do controle das doenças bucais ao responsabilizar os indivíduos ou o “social” pelo aparecimento das doenças e pela não adoção de medidas preventivas, sobre os quais se sente isenta de participação.”

Segundo Vasquez⁹, o homem se eleva como ser humano justamente através de sua atividade prática, com seu trabalho, transformando o mundo material – *ao contrário do mundo grego onde o trabalho era considerado atividade indigna dos homens livres e onde se exaltava a atividade contemplativa, intelectual* – No entanto, o homem comum muitas vezes *“não ascende a uma verdadeira consciência da práxis”* (aspas do autor) e não consegue perceber a importância e o poder transformador de sua prática. Práxis é, portanto, a necessidade de passar da teoria à prática sendo a categoria central da filosofia que se concebe ela mesma não só como interpretação do mundo, mas também como guia de sua transformação. Tal filosofia não é outra senão o marxismo.

A evolução do pensamento de Marx culmina na criação de uma filosofia da práxis, entendida não como teoria, mas sim como atividade real, transformadora do mundo. O objeto da atividade prática é a natureza, a sociedade ou os homens reais.

No trabalho, diz Marx, “*o homem põe em ação as forças naturais que formam sua corporeidade – os braços e as pernas, a cabeça e as mãos – para desse modo assimilar, em forma útil para sua própria vida, as matérias que a natureza lhe oferece*”⁹.

Pensando nesse conceito de práxis, percebe-se ainda uma grande distância tanto da formação do cirurgião–dentista no sentido de sua relação com o trabalho, como também o da própria odontologia, enquanto prática social, como práxis transformadora da realidade e produtora de saúde, tanto no plano individual quanto coletivo.

A prática odontológica nos moldes em que a conhecemos hoje desenvolveu-se a partir dos anos 1940. Até este período, a Odontologia era praticada por cirurgiões-dentistas com formação específica na maioria dos países, ou com especialização após o curso médico em alguns países da Europa, com poucas sub-especializações, a não ser na delegação de tarefas técnicas específicas, como a elaboração das dentaduras e pontes pelos protéticos. De um modo geral, a Odontologia pouco participou do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde neste período, caracterizando-se como uma profissão ancorada fundamentalmente no domínio de habilidades técnicas próprias¹⁰.

Conforme Garrafa¹¹ reflete, a área da saúde bucal tem o privilégio de haver chegado ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica – *especialmente a cárie e a doença periodontal* – bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las. Durante todos estes anos, no entanto, a odontologia brasileira continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por elas.

Garrafa ainda aponta que:

“O homem de hoje faz parte de um planeta onde seus semelhantes famintos e desdentados convivem ao lado de sofisticados animais transgênicos criados pela engenharia genética. Por coincidência ou não, enquanto a maioria dos cidadãos brasileiros comuns não tem acesso a qualquer tipo de atendimento odontológico, a imprensa do país noticia delicadas restaurações plásticas feitas com resinas especiais por dentistas no bico de tucanos que habitam confortáveis zoológicos ou endodontias que são executadas

em cachorros com o auxílio de técnicas especiais de acupuntura”.

Se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, no plano tanto individual, quanto coletivo.

Observou-se grande expansão no número de cursos de odontologia, sobretudo nas duas últimas décadas do século XX e apesar de o Brasil contar com uma proporção razoável de dentistas por habitantes, não houve melhora nas condições de saúde bucal dos brasileiros na mesma proporção.

Hoje, a odontologia no Brasil ainda corresponde àquela descrita, acidamente, por Garrafa e Moysés⁶ no artigo “*Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável cientificamente discutível, socialmente caótica*”.

“*Tecnicamente elogiável*”, em função do alto índice proporcional de faculdades, muitas equiparadas, sob o ponto de vista técnico-científico, às melhores do mundo, à multiplicação de eventos odontológicos bem como de cursos de pós-graduação e o vertiginoso lançamento de novos biomateriais e equipamentos de grande sofisticação tecnológica, impulsionados pelo complexo médico-industrial-farmacêutico.

Paradoxalmente, a distância entre a técnica e o paciente necessitado é cada dia maior. Dessa forma, é “*Cientificamente discutível*”, porque embora os avanços da ciência já tenham proporcionado à odontologia brasileira todos os instrumentos necessários para a erradicação e controle das doenças bucais mais prevalentes, o quadro epidemiológico não tem mudado significativamente, o que significa dizer que os problemas bucais da população brasileira vão muito além da limitada fronteira de influência de um setor técnico-científico, como é a odontologia, e seus alcances sociais continuam sendo mínimos.

Baseando-se em uma formação que privilegia as experiências curativo-reparadoras, os cirurgiões-dentistas acabam robotizando-se com manobras terapêuticas repetidas e cotidianas, perdendo a referência com o mundo real. É preciso responder para quem e para quantos tem servido tanto avanço científico.

E é “*Socialmente caótica*”, onde a questão da cidadania deve ser refletida e percebida como constructo social. Onde ser cidadão é, antes de tudo, garantir uma realização pessoal na sociedade, marcada fortemente pelas diferenças, mantendo-se inalterada a estrutura de dominação em espaços sociais extremamente compartimentados.

Neste sentido, o conceito ampliado de saúde, expresso no Movimento da Reforma Sanitária, no SUS e nas Cartas da Promoção da Saúde¹² propõe que as intervenções em saúde considerem os fatores determinantes e condicionantes como alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços sociais.

Nas últimas décadas, observou-se um extraordinário avanço no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que são evitáveis, injustas e desnecessárias¹³. A evolução conceitual e prática do movimento da promoção da saúde em nível mundial indica uma ênfase cada vez maior na atuação sobre os determinantes sociais da saúde, de modo a promover a equidade e a justiça social.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde, num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde, num cenário cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas¹⁴.

Desta forma e, considerando que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais relacionam-se com sua situação de saúde, compreende-se que as intervenções em saúde devem ampliar seu escopo para os determinantes, incidindo sobre essas mesmas condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

Para Merhy¹⁵ “*Do ponto de vista do usuário, pode-se dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de*

interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados”.

Neste sentido, esse autor ainda afirma que:

“Podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar”.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CONTEXTO HISTÓRICO E A ORIGEM DA ODONTOLOGIA NO BRASIL

Há milhões de anos, quando na superfície da Terra viviam apenas gigantescos dinossauros, tremendos esmilodotes, sem dúvida, já existiam as enfermidades dentais; nos dentes fossilizados de tais animais, foram encontrados sinais de cáries e infecções, mostrando que, apesar da sua corpulência e sua extrema força, donos absolutos e senhores do nosso planeta, não podiam livrar-se da ação dos micróbios que, já naquela época, tinham estabelecido sua eterna luta contra os dentes.

Os primeiros documentos propriamente ditos sobre a arte de curar enfermidades da boca, surgem com o nascer das civilizações. A origem da Odontologia data da pré-história, nos primórdios da luta contra as doenças; é análoga a da medicina, tendo percorrido lado a lado com ela, os caminhos através dos tempos, até chegar ao progresso atual¹⁶.

A arte dentária nasceu na Pré-história, com as primeiras dores de dentes, sendo como na medicina, prática puramente instintiva. Com a descoberta do fogo, passou o homem a cozinhar alimentos, e a sua dentadura começou a pagar tributos a essa mudança de regime alimentar¹⁷.

Na Idade da Pedra (no período de 12.000-10.000 AC) o homem começou a cultivar a terra e utilizar a criação de animais. O cozimento e a utilização do pão em sua forma primitiva deu lugar ao início do processamento dos alimentos. O material antropológico correspondente a este período demonstra um percentual de 60 a 70% de crânios com cárie¹⁸. Seu hábito alimentar era à base de alimentos duros, vegetais e carne, que sua vida nômade os obrigava a seguir. Enfermidades da boca e outras enfermidades apareceram, surgindo daí, há mais de vinte mil anos, os primeiros médicos-feiticeiros ou santos, os quais se dedicavam a cuidar dos seus semelhantes.

A primeira edição da London Pharmacopeia, publicada em 1618, menciona preparações feitas com vermes, víboras secas, pulmões de raposa e azeite de formigas. Edições sucessivas iriam semear o campo da medicina com “*sangue, banha, bile, vísceras, ossos, tutanos, garras, dentes, unhas, chifres, órgãos sexuais, ovos e excreções de animais*”

de todo tipo... e osso do crânio de um criminoso executado”. Algumas substâncias asquerosas eram recomendadas para os problemas dentais, como a pasta de mel e excrementos de cão para as gengivas e dejetos de rato e corvo, utilizados na promoção da queda dos dentes cariados¹⁹.

Apesar de desdenhados pelos médicos, foram os cirurgiões que fizeram os maiores avanços, a partir do trabalho de Pare e de outros pioneiros. Ainda recebiam a maior parte de sua educação entre os militares, e o fato de que frequentemente se esperava que esses profissionais fizessem a barba dos oficiais, além de praticar a cirurgia, dá uma idéia do nível que desfrutavam. A odontologia era exercida como uma das muitas atividades de curandeiros e outros indivíduos. A cárie dentária em geral é abandonada a seu próprio curso, completando a sua história natural sem nenhum tratamento. Episódios agudos de dor ou infecção são tratados com remédios caseiros, ervas e até mesmo ritos religiosos ou magia²⁰.

Na França desde 1533, os cirurgiões de toga formavam-se preferencialmente no *Collège de St Come*, e não na medicina da Universidade de Paris, cuja faculdade os depreciava. Em 1699, o Parlamento francês aprovou uma lei estipulando que os dentistas, junto com outros especialistas, como oculistas e “traumatólogos” (especialistas em compor ossos deslocados), deviam ser examinados por um comitê de cirurgiões antes que lhes permitisse exercer em Paris e suas cercanias. No início do século XVIII, esse país tinha se convertido no país mais culto e civilizado da Europa, e a cirurgia era um dos muitos campos nos quais esta superioridade se refletia (entretanto a medicina ainda estava apática, muito atrasada). Por volta de 1725, os cirurgiões do *Collège de St Come* expuseram sua independência publicamente dos médicos e lutaram pela obtenção de uma legislação que regulasse a prática da cirurgia.

Em conjunto, a odontologia pouco progrediu durante o século XVII e teria que esperar até o século seguinte para que se convertesse numa verdadeira ciência¹⁹.

Um notável francês que sintetizou o que se sabia no Ocidente sobre odontologia, unificou e ordenou estes conhecimentos, beneficiando assim todos os profissionais desta especialidade. Pierre Fauchard nasceu na Bretanha em 1678. Depois de ter se formado

como cirurgião militar, se instalou em Paris por volta de 1719, onde permaneceu até sua morte em 1761.

Em seu grande livro, Fauchard cobriu todo o campo da odontologia, e muitas das idéias e procedimentos por ele aconselhados ou descritos ainda hoje seguem válidos, dois séculos e meio depois! Tratou de anatomia e morfologia dental, além das anomalias dos dentes. Dissertou sobre a cárie dental, suas causas e prevenção, e rechaçou a teoria do verme dental, acrescentando que ele próprio nunca havia observado tais vermes, nem com os olhos nem com o microscópio; se inclinava mais a acreditar que a cárie era resultante de um “*desequilíbrio humoral*” .

Em 1723 completou sua obra magna, *Le chirurgien dentiste; ou traité dès dents*, publicado somente cinco anos mais tarde, ou seja, em 1728. Em 1746 foi publicada uma segunda edição, que incluía mais material e melhores ilustrações que a primeira. *Le chirurgien dentiste*, com suas 893 páginas em dois volumes foi o livro mais importante sobre odontologia surgido até aquela data, e iria permanecer como uma autoridade em seu campo até o século seguinte. Fauchard se fez credor de grande fama e respeito durante sua vida. Separou com eficácia a odontologia do campo mais amplo da cirurgia, e, sobretudo, do ofício dos saca-molas, feito que o tornou conhecido como o “*Pai da Odontologia*”. Foi Fauchard quem cunhou a expressão “*cirurgião-dentista*”, que é como os franceses chamam seus dentistas hoje em dia¹⁹. A maior parte dos médicos durante a época colonial incluía o tratamento odontológico entre seus serviços. Ao final do século XVIII quase todos haviam adquirido destreza no uso da chave para extrações dentais, quando todos os remédios caseiros falhavam e a extração era o único recurso.

Apesar da França ter sido o berço da odontologia moderna, a liderança neste campo passou para os Estados Unidos no século XIX. Até 1850 aproximadamente, todos os dentistas eminentes eram doutores em medicina que haviam optado pela odontologia, em vez da medicina geral, como profissão.

Naturalmente, os primeiros cursos eram muito rudimentares. O curso da Escola de Odontologia de Baltimore, fundada em 1840 e a mais antiga do continente, era um curso fundamentalmente teórico; a verdadeira prática da profissão era aprendida em consultórios, diretamente de outros dentistas, num sistema de mestre e aprendiz²⁰.

Desde 1800 a odontologia havia padecido de uma esquizofrenia aguda. Alguns de seus profissionais a consideravam como um ramo da medicina, e outros como um campo independente e separado. Na Europa, a estomatologia (assim era conhecida a odontologia) era ensinada nas faculdades de medicina, depois que o estudante tivesse obtido o título de médico; nos Estados Unidos, a odontologia era ensinada em escolas completamente autônomas. Assim, na Europa, de algum modo se descuidava da parte prática da odontologia, enquanto que na maior parte das escolas americanas dava-se maior ênfase aos aspectos mecânicos, mas as ciências biológicas ficavam mais desatendidas¹⁹.

John Hunter, chamado frequentemente o pai da cirurgia moderna, escreveu seu primeiro livro importante em 1771, *The Natural History of the Human Teeth*, que foi considerada como uma pedra angular na história da anatomia dental.

Por outro lado, nas observações dos primeiros colonizadores, constatou-se que os nativos do nosso país possuíam dentes bem implantados, com pouquíssimas cáries, mas com acentuada abrasão devido à ingestão de alimentos duros. As mutilações dentárias não eram praticadas no Brasil. No período colonial, índios e negros valiam-se dos seus conhecimentos para enfrentar dores e sofrimentos de origem dentária. As práticas baseavam-se em ritos, que incluíam ervas, rezas e procedimentos com instrumentos rudimentares. Aos poucos foram chegando de Portugal os mestres cirurgiões e barbeiros. Eram mestres de ofícios que “*curavam de cirurgia, sangravam e tiravam os dentes*”. Para exercerem suas funções, os mestres tinham que ter, obrigatoriamente, a “*Carta de Ofício*”, uma licença especial dada pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa. Em 1631, a expedição da “*Carta*” passou a ser precedida da “*comprovação*” de experiência de dois anos na atividade de barbeiro.

Nas últimas décadas do século XVIII, Joaquim José da Silva Xavier (1746-1792), órfão aos onze anos, praticou a odontologia que aprendera com seu padrinho. Nesta época, o tratamento consistia em extrair dentes com alavancas, botiões rudimentares e as famosas Chaves de Garengeot²¹. Mas foi só com a vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808 que se criou a Escola de Cirurgião no Hospital São José, na Bahia, e a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica no Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. Nestas escolas não havia o espírito universitário europeu, mas o caráter eminentemente pragmático. A primeira carta específica de dentista foi expedida somente em 1811²². Salles

Cunha¹⁷ comenta “*quão rudimentar deveriam ser os conhecimentos dos dentistas, sem escolas, sem cursos... - Nada lhes era exigido, nem o saber ler, para obter a carta da profissão de tirar dentes*”.

“*Barbeiro, cabeleireiro, sangrador, dentista e deitam bichas*” - a placa na loja de barbeiros indicava as principais atividades exercidas por esses profissionais no período retratado por Debret (Boutique des barbiers, 1834-1839). Havia, então, uma diferenciação entre médicos e barbeiros-cirurgiões: os primeiros freqüentavam escolas de Medicina, diagnosticavam as doenças e receitavam medicamentos; os outros praticavam a Medicina baseada na experiência e faziam curativos, sangrias com sanguessugas (ato de deitar as bichas), aplicavam ventosas e clisters, além de ocuparem-se com a estética dos cabelos e das barbas²³.

Em relatos aos príncipes regentes sobre a saúde pública e propostas para o saneamento da cidade do Rio de Janeiro, em 1820, o então Cirurgião da Câmara de El-Rei Domingos Ribeiro dos Guimarães Peixoto observa:

“Passemos à indagação das moléstias endêmicas. Se o desenvolvimento das moléstias é subordinado a um concurso de causas locais, que obram contínua ou periodicamente em certos lugares e, debaixo de certos climas, então se vê que as moléstias que aqui reinam freqüentemente, apresentando um caráter particular desde a sua invasão até a sua solução pelas modificações singulares dependentes de circunstâncias climatéricas do país em questão, se devem repudiar endêmicas, tais são: febres intermitentes e remitentes, acompanhadas quase sempre de afecção gástrica, de flegmacia e de sintomas adinâmicos e atáxicos; afecções fluxionária, ou catarros, oftalmias; aftas; esquinência; reumatismo; certos afetos nervosos, como histerismo, convulsões, tétano, epilepsia, palpitações, vertigens, coqueluche, asma, cardialgia, dispepsia, nevralgia frontal e maxilar; esta última reconhece por causa ordinária a cárie dos dentes, que é muito vulgar”²³.

Em 1854, uma reformulação estatutária da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, incluiu a realização de “*exames dos dentistas e sangradores que se quiserem*

habilitar a fim de exercerem a sua profissão”, o que foi regulamentado pelo Decreto n° 1764, de 14 de maio de 1856.

Uma outra grande reforma do ensino, explicitada pelo Decreto n° 7247, de 19 de abril de 1879, definia que *“a cada uma das faculdades de medicina ficam anexos uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e outro de cirurgia dentária”*. Assim surgia um curso para aqueles que se dedicassem à *“Arte Dentária”*. Em 4 de julho de 1879, a Decisão do Império n° 10 estabelecia que aos aprovados no curso de cirurgia dentária, seria atribuído o título de Cirurgião Dentista. De fato, no Brasil, o primeiro curso odontológico foi criado em 1884, anexo à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro²⁰. O curso de Odontologia pioneiro passou a ter melhores condições apenas em 1911, por Decreto promulgado pelo Presidente Epitácio Pessoa. Em 29 de novembro de 1919, o então curso oferecido pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro se transformaria em Faculdade de Odontologia, com um curso de quatro anos de duração. Porém esta reforma não foi executada e apenas em 1925 o curso de Odontologia se transformou na Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro, permanecendo em prédio anexo à Faculdade de Medicina e oferecendo um curso de três anos. Em 1947 o Curso de Odontologia passou a ser oferecido em quatro anos, tendo formado sua primeira turma em 1951¹⁷.

No ano de 1959, existiam trinta e três cursos de Odontologia no Brasil, sendo que destes, apenas oito possuíam algum tipo de biblioteca e mais da metade delas (65%) não ofereciam disciplinas de Higiene e Odontologia Social, caracterizando um ensino defasado e carente de reformas. Desta forma, a Odontologia brasileira *“se estabelece como uma profissão técnica, se firma enquanto prática e não como ciência, e só muito posteriormente se preocupará em tornar-se científica”*²⁴.

Assim, a profissão odontológica no Brasil se desenvolveu, desde o início, de forma independente da Medicina²⁵. Ela possui regulamentação própria através da Lei 4.324, de 14 de abril de 1964, a qual instituiu os Conselhos Federais e Regionais de Odontologia, e através da Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regulamentou o exercício da Odontologia no país. O título fornecido ao aluno concluinte de curso ou faculdade oficial ou reconhecida de Odontologia no Brasil é o de *“cirurgião-dentista”*.

2.2 O CONTEXTO DAS POLÍTICAS

2.2.1 A conformação do SUS e o Programa Saúde da Família

Em fins da década de 1960, desenvolveu-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos da medicalização. Essa discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais, teve seu ponto culminante na Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, quando se reafirmou ser a saúde um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Esta Conferência ressalta ainda que, as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade e, tem como marca, a proposta da atenção primária de saúde.

Trinta anos após a Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde produziu um documento chamado *Informe sobre a saúde no mundo*²⁶, cuja ênfase se volta para a Atenção Primária em Saúde, “*mais necessária que nunca*”, considerando que os atuais serviços de saúde são incapazes de proporcionar um nível de cobertura nacional que satisfaça às novas demandas e necessidades, impostas por um mundo globalizado e em profunda transformação.

Não há dúvida de que a acelerada revolução tecnológica está multiplicando as possibilidades de melhorar a saúde e transformar a cultura sanitária num contexto global, entretanto, ainda hoje, persistem tendências preocupantes segundo este Informe, como a oferta restrita de atenção curativa e especializada, a fragmentação da prestação dos serviços, a falta de regulamentação estatal dos serviços de saúde e de uma política ambiciosa em matéria de recursos humanos. Essas tendências se contrapõem a uma resposta global e equilibrada das necessidades sanitárias.

No referido Informe as Diretrizes da Atenção Primária em Saúde se estruturam em quatro conjuntos de reformas que possibilitam uma resposta eficaz aos atuais desafios sanitários. São elas:

Primeiro, reformas em prol da cobertura universal, de forma a garantir a equidade sanitária, a justiça social e o fim da exclusão. Segundo, reformas na prestação dos serviços de maneira que atendam às expectativas da população. Terceiro, desenvolvimento de

políticas públicas saudáveis. Quarto, reformas por uma liderança integradora, participativa e baseada no diálogo, capaz de superar a complexidade dos atuais sistemas de saúde.

A partir de meados dos anos 1980, o papel da promoção da saúde como movimento para mudanças sociais e políticas foi sendo definida em uma série de Conferências, dentre elas, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, 1986, ocasião em que se explicitou uma nova definição de saúde, enquanto recurso para a vida, a qual refletiu na revisão do conceito da OMS²⁷: *“um completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”*.

No Brasil, predominava, contudo, uma prática odontológica focada nas ações clínico-cirúrgicas individuais e em enfoques tecnicistas, encarando o fenômeno saúde-doença centrado no caráter estritamente biológico. Este modo de produção em saúde, semelhante à produção industrial, verifica-se principalmente a partir dos anos 60, marcado por uma política econômica de expansão industrial, quando se expandiram os serviços de assistência odontológica e as faculdades de odontologia.

O Sistema brasileiro de Saúde nos anos 1960 caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias, ao lado do financiamento de hospitais privados e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde, conforme ilustrado por trechos do filme “História das Políticas de Saúde no Brasil”²⁸ a seguir:

“A estrutura e o funcionamento dos grandes hospitais atende às necessidades crescentes de uma florescente indústria farmacêutica e de equipamentos médicos”.

“Esta é a tendência do futuro. Cada vez teremos mais e maiores hospitais, verdadeiros centros de atendimento médico à população”.

“O governo federal criou linhas de financiamento a fundo perdido para que a iniciativa privada construísse hospitais particulares visando ampliar grandemente o número de leitos hospitalares”.

“O governo anuncia orgulhosamente o grande aumento do número de leitos hospitalares à disposição dos contribuintes da previdência”.

“Em meados dos anos 70, a previdência social conheceu sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e na massa de recursos arrecadados”.

No Brasil, a política de saúde, além de privilegiar uma prática médica curativa acabou por propiciar um processo de corrupção incontrolável, por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes²⁹.

O modelo flexneriano que influenciou o Ensino Médico, desde os anos 1950 no Brasil, fomentou as exigências do paradigma científico, que entre outros, não considerava a causalidade social da doença, os aspectos preventivos e de promoção da saúde^{30, 31}. Esta influência se disseminou para todas as áreas da saúde, incluindo aí a odontologia.

A metade da década de 1980 é marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico. A previdência, ao fim de sua fase de capitalização e com problemas de caixa oriundos de uma política que estimulava a corrupção e o desvio de verbas, apresentava-se sem capacidade para dar conta das demandas criadas. Na outra ponta, o regime autoritário teria que buscar formas de legitimação diante da insatisfação popular.

As profundas transformações no ensino odontológico nos Estados Unidos, em decorrência do Relatório Gies, influenciaram decisivamente os rumos da formação odontológica, também no Brasil. Alguns efeitos das recomendações de Gies fizeram-se visíveis ao longo do século XX, como por exemplo: ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como locus privilegiado do exercício profissional³².

Em reação às orientações do Relatório Flexner, surge o movimento preventivista importado dos Estados Unidos, como proposta de uma medicina integral, acentuando a dicotomia entre a medicina curativa e a preventiva³⁰. Este movimento normatizava a conduta do médico redefinindo suas funções a partir de um conceito ecológico de doença e

saúde. Para o discurso preventivista, a doença seria o resultado de um “*desequilíbrio na interação entre o hóspede (homem) e o seu ambiente*”³³.

Em sua tese Arouca³⁴ procura demonstrar que:

“a Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática”.

Na esteira desses acontecimentos, cresce o movimento sanitário brasileiro, que teve, como ponto alto de sua articulação, a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília. O momento político propício, com o advento da Nova República, pela eleição indireta de um presidente civil desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuíram para que a VIII CNS fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do movimento pela Reforma Sanitária.

Com uma participação de cerca de 5 mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, a VIII Conferência criou as bases para as propostas de reestruturação do sistema de saúde brasileiro a serem defendidas na Assembléia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte. O relatório da Conferência, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado.

Com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembléia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a reforma sanitária brasileira concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A nova Constituição incluiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS³⁵. A partir deste período, foi ganhando corpo o debate sobre as estratégias e processos de mudança na formação e capacitação dos profissionais de saúde.

A Reforma Sanitária, desde sua constituição jurídico-institucional, vem propondo profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde, entretanto o mesmo não tem sido observado quanto às políticas educacionais de interesse para o setor. O

que se observou no Brasil foi o investimento recente em processos de formação posterior à graduação ou à inserção nos postos de trabalho do Sistema de Saúde³⁶.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – fixados na Constituição Federal em 1988³⁷ e regulamentados nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), n.º 8.080/90 e 8.142/90 – foram os resultados de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira. Esses princípios foram divididos em dois grandes grupos, os doutrinários e os organizacionais^{38,39}.

Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde:

- a *universalidade* ou direito universal à saúde, para todos os cidadãos, independentemente de qualquer contribuição financeira prévia ao sistema;

- a *integralidade* ou atendimento integral à saúde, entendido como a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para efetivamente melhorar os níveis de saúde da população;

- a *equidade*, compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais ou individuais, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem prioritariamente aqueles que possuem piores condições de saúde.

Por outro lado, os princípios organizacionais orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários:

- a *descentralização* de ações e serviços de saúde estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. De acordo com o parágrafo 2º do artigo 10 da Lei 8.080, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”;

- a participação da população, o *controle social*, na formulação e acompanhamento das políticas do sistema;

- a *regionalização* e a *hierarquização* da rede de serviços assistenciais, princípios imprescindíveis para a racionalização do sistema.

O SUS foi um marco histórico no processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Estado assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população³⁷.

A partir da inserção da saúde bucal nas equipes do saúde da família se dá um incremento no mercado de trabalho para os profissionais da odontologia, ainda que não tenha sido suficiente para produzir o impacto esperado sobre o ensino de graduação, conforme concluem Morita e Kriger⁴⁰.

O novo modelo assistencial exigia um novo olhar. Com a reforma, foi necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto da coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete à questão da formação profissional e de novas práticas sociais⁴¹, inclusive no que diz respeito à odontologia.

A partir da década de 1990, outras mudanças, no âmbito do SUS, começaram a ser implementadas. Assim, o Programa Saúde da Família (PSF), criado no ano de 1994, é apontado como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica e teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991. Uma das grandes contribuições introduzidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi ter proporcionado uma visão ativa da intervenção em saúde, agindo sobre a demanda preventivamente. Além disso, trouxe as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde⁴².

A concepção de atenção primária contida na Estratégia de Saúde da Família preconiza a adoção de equipe multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área⁴³. Sendo assim, o PSF é formado por equipes de saúde para uma população adscrita de 600 a 1000 famílias. Essas equipes compõem-se basicamente de

médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde que podem ainda ser acrescidas de odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Inclui ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, voltadas à atenção básica de saúde de grupos prioritários.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde, no qual estão explicitados os princípios do PSF, a Estratégia de Saúde da Família “*reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade*”⁴⁴. Propõe, portanto, reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e para o hospital. A base operacional é a Unidade de Saúde da Família (USF), uma unidade pública de saúde, que constitui a porta de entrada ao sistema local e ao primeiro nível de atenção, com equipes multiprofissionais que assumem a responsabilidade por uma determinada população a elas vinculadas, onde desenvolvem ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos, devendo ainda estar integradas a uma rede de serviços mais complexos.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento da saúde de seiscentas a mil famílias (média recomendada de 3.000 pessoas, no máximo 4.000). A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 2001, representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Existem dois tipos de ESB: A Equipe de Saúde Bucal tipo I, composta por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar em saúde bucal (ASB) e a Equipe de Saúde Bucal tipo II, composta por CD, ASB e técnico em saúde bucal (TSB) com trabalho integrado a uma ou duas ESF.

Em função da dificuldade de se implementar o PSF nas grandes cidades, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo é converter o modelo de atenção básica nos grandes centros urbanos em Unidades de Saúde da Família (USF), como eixo de estruturação da

porta de entrada do sistema de saúde e viabilização da rede de serviços de suporte. Dessa forma, o foco do projeto é a implantação e consolidação do PSF em municípios com mais de 100 mil habitantes, porque essas são áreas de maior concentração populacional, onde as heterogeneidades das condições sócio-econômicas se desdobram no acesso e na utilização desigual dos serviços de saúde⁴⁵.

É importante registrar que de dezembro de 2002 até abril de 2009 foram implantadas 13.614 novas ESB na ESF, chegando a um total de 17.875 ESB (um aumento de mais de 319% no número de equipes) atuando em 4.587 municípios. Houve neste mesmo período, um acréscimo na cobertura populacional de mais de 60 milhões de pessoas, totalizando 86.580.107 milhões de pessoas cobertas por estas equipes. A meta para 2010 é chegar ao total de 22.250 mil ESB em funcionamento⁴⁶.

O PSF tem ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde. Mas, ao mesmo tempo, por ser um modelo específico de organização da atenção que tem incentivado à implantação nas diferentes realidades do país, tem provocado críticas importantes à sua estruturação e implementação. Boa parte dos problemas e constrangimentos verificados no desenvolvimento do PSF tem relação com a própria vulnerabilidade do SUS. Em última instância, refletem as diretrizes da política econômica vigente no país que atingem brutalmente as políticas sociais. O SUS ainda apresenta marcas de um sistema de saúde fragmentado, no qual as instituições de saúde são pouco articuladas, suas ações são, em grande medida, desintegradas e o acesso da população aos recursos nos diferentes níveis de atenção é predominantemente muito desigual. Isto tem reflexos na atenção primária e em qualquer outro momento da atenção fornecida pelo SUS⁴⁷.

2.2.2 A saúde bucal dos brasileiros e o Brasil Sorridente

No mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB)⁴⁸, realizada de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília. O texto de apresentação afirma que:

“Na história da odontologia brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de cirurgiões-dentistas. A população, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se”.

O Relatório da I CNSB propõe uma nova forma de planejar a saúde bucal e uma nova postura da categoria odontológica diante da sociedade ao defender os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em 1993 é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB)⁴⁹ em Brasília, marcada por forte indignação e crítica à situação da saúde bucal da população, às condições de trabalho e à falta de políticas públicas adequadas. Nesta direção, o Relatório final da II CNSB aponta que:

“o modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.”

e ainda:

“existe uma grande discrepância entre o progresso técnico e científico da Odontologia no Brasil e os níveis de saúde bucal dos brasileiros. As razões desta realidade estão relacionadas com a formação e capacitação dos recursos humanos que é inadequada, a ineficiência dos serviços e programas públicos e a gravidade dos problemas

sanitários, que fazem com que a saúde bucal tenha prioridade secundária”.

Constata-se que, no início dos anos 90, o Brasil concentrava cerca de 11% dos cirurgiões-dentistas em atividade em todo o mundo⁵⁰. Embora no início do século XXI tal proporção não tenha diminuído, isso não tem significado melhores condições de saúde bucal para o conjunto de brasileiros.

A partir de dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO)⁵¹ e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵², o Brasil possuía em 2008, mais de 222 mil cirurgiões-dentistas para uma população de mais de 190 milhões de habitantes, podendo-se estimar uma proporção de 1 cirurgião-dentista para 853 habitantes, considerada, portanto, bastante adequada. Vale ressaltar, entretanto, as graves distorções de distribuição entre estes profissionais, não somente geográficas, como também socio-econômicas.

Sobre a distribuição percentual dos cirurgiões-dentistas, do conjunto das 27 Unidades da Federação (UF), 3 estados brasileiros - São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro - concentram mais de 57% dos profissionais. Percebe-se um quadro de concentração em determinadas regiões e escassez em outras, com grande variabilidade entre as regiões. Em resumo, sobre a distribuição do total de CD nas regiões brasileiras, destaca-se que três quartos dos dentistas estão concentrados no Sudeste e Sul do país⁵³. O Brasil é com frequência referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, particularmente a cárie e as doenças periodontais.

Enquanto no cenário internacional, vários países como a Inglaterra e os países nórdicos detinham dados sobre a cárie dentária desde as primeiras décadas do século XX, somente em 1986 é realizado pelo Ministério da Saúde, o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal de base nacional. Este estudo forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população residente na zona urbana de 16 capitais selecionadas, sendo considerados dez grupos etários para efeitos de levantamento de cárie dental, doença periodontal e demanda de serviços: de 6 a 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos. Os resultados revelaram alto índice de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO-D (índice que mede o número médio de dentes

permanentes cariados, perdidos e obturados) do mundo à época, em todas as idades analisadas.

Dados relativos ao edentulismo mostram que somente 40% dos indivíduos aos 18 anos apresentavam todos os dentes e mais de 72% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, já havia extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar. Com relação à doença periodontal, menos de 29% dos adolescentes e pouco mais de 5% dos adultos apresentavam as gengivas saudáveis. Entre as pessoas de 50 a 59 anos, somente 1,33% apresentavam as gengivas saudáveis⁵⁴.

Dez anos após, é realizado o segundo levantamento epidemiológico em saúde bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A pesquisa foi realizada somente com relação à cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal. Havia a intenção de realizar uma segunda etapa, incluindo a população adulta e outras doenças bucais, o que acabou não acontecendo. O resultado mostrou que o CPO-D médio evoluiu de 0,28 aos 6 anos para 1,53 aos 9 anos, atingindo 3,06 aos 12 anos. Houve uma redução de 54% no CPO-D médio aos 12 anos, com relação ao primeiro levantamento, entretanto, evidenciam-se diferenças regionais marcantes.

Para Roncalli⁵⁵, o segundo levantamento epidemiológico é a nítida expressão do amadorismo com o qual foi conduzido o processo, bem como da força política e da inserção institucional do setor de saúde bucal, ambas nitidamente frágeis durante boa parte da década de 1990. Para este autor, houve na verdade um retrocesso em relação a 1986, uma vez que o levantamento se restringiu aos escolares de 6 a 12 anos, avaliando-se somente a cárie dentária. Pode-se afirmar que a situação de saúde bucal atual permanece bastante contraditória, apesar do número satisfatório de profissionais no Brasil (ao menos quantitativamente). A população brasileira ainda apresenta uma alta incidência de doenças bucais, além de altos índices de edentulismo e disparidades relacionadas ao acesso, como mostram adiante, os resultados do SB Brasil.

No ano 2000, o Ministério da Saúde inicia a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos na área da saúde bucal, em diferentes grupos etários, e que incluísse tanto a população urbana

quanto a rural. Este projeto, identificado como “SB Brasil – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira”⁵⁶, envolveu a participação de cerca de 2000 trabalhadores, entre cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde. No total foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses e 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros, sendo 50 por macrorregião. O projeto SB Brasil foi o maior e mais completo levantamento em saúde bucal já realizado no país e surgiu como uma proposta ambiciosa de recuperar boa parte das deficiências dos levantamentos anteriores. Tinha por objetivos produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento de ações nessa área. Os exames foram realizados no período de maio de 2002 a outubro de 2003.

Roncalli⁵⁵ conclui que, a despeito de suas limitações, o SB Brasil foi um marco na epidemiologia em saúde bucal no Brasil, pois além de estabelecer um diagnóstico aprofundado das condições de saúde bucal da população, ainda permitiu comparabilidade internacional e replicação interna nos mais diferentes níveis.

Dentre os resultados encontrados destacam-se:

- 1º) o declínio da cárie dentária na população infantil está ocorrendo de forma desigual na população brasileira (as crianças do norte e nordeste do país apresentaram os maiores números de dentes não tratados);
- 2º) quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das com 5 anos de idade;
- 3º) na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente com experiência de cárie dentária;
- 4º) as Regiões Norte e Nordeste apresentam necessidades maiores de restaurações, tratamentos pulpares ou extrações;
- 5º) a doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, atingindo quase 80% da população adulta e 90% da população idosa;

6°) a prevalência da condição oclusal muito severa ou incapacitante foi de cerca de 21% nas crianças de 12 anos e cerca de 19% em adolescentes de 15 a 19 anos;

7°) quanto ao edentulismo, apenas 54% da população adulta e 10% dos idosos apresentavam 20 ou mais dentes (de um total de 32 dentes na dentição completa);

8°) cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista; entre a população adulta, quase 3% nunca foi ao dentista e na população idosa este número chega a quase 6% (a região Nordeste apresentou os menores índices relativos ao acesso aos serviços odontológicos).

Este estudo, além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações nas diferentes esferas de governo, permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com os de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000, como pode ser observado no quadro que se segue⁵⁷:

Quadro 1

As metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária em comparação com os dados brasileiros de 1986, 1996 e os resultados do Projeto SB Brasil, 2003

IDADE	METAS DA OMS 2000	1986	1996	2003
5 a 6 anos	50% sem experiência de cárie	47% sem cárie aos 6 anos	34% sem experiência de cárie (somente 6 anos)	40,62% sem experiência de cárie
12anos	CPO ≤ 3,0	CPO = 6,65	CPO = 3,06	CPO = 2,78
18anos	80% com todos os dentes	32% com todos os dentes	---	55% com todos os dentes
35 a 44 anos	75% com 20 ou mais dentes	46,8% com 20 ou mais dentes	---	54% com 20 ou mais dentes
65 a 74 anos	50% com 20 ou mais dentes	18,2% com 20 ou mais dentes (50 a 59 anos)	---	10,23% com 20 ou mais dentes

Fonte: Oliveira (2006)

Logo após a conclusão do SB Brasil, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Bucal⁵⁸, de 29 de julho a 01 de agosto de 2004, em Brasília. O tema central “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social” foi debatido segundo quatro eixos temáticos: I) Educação e Construção da Cidadania; II) Controle Social, Gestão participativa e Saúde Bucal; III) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; IV) Financiamento e organização da Atenção em Saúde Bucal. O Relatório final da III CNSB aponta que “*existe uma grande dívida social na área da saúde bucal, com mais de 30 milhões de desdentados no país*” e que “*as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social*”.

No que diz respeito à formação e trabalho em saúde bucal, o Relatório explicita que:

“ainda que se observem alguns esforços pontuais para mudar esse quadro, o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase que totalmente alienado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira, inclusive com a conivência dos dirigentes e docentes da área... a pós-graduação em saúde bucal reproduz o quadro descrito para a graduação. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da odontologia no país”.

Em 2003, com uma nova conjuntura política, forças democráticas que geriam a saúde bucal como um direito intrínseco de cidadania aglutinaram-se em um projeto comum. O recém empossado governo tinha como estratégia a superação da exclusão social. Desta forma, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população.

O “*Programa Brasil Sorridente*” foi apresentado como uma política baseada no documento “*Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*”⁵⁹, definida no governo Lula e integrada ao “*Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil*”, da Portaria 2.607/04, de 10/12/2004, do Ministério da Saúde.

Estas Diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção

de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Este modelo foi pautado nas “*linhas do cuidado*” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso) com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, permitindo a referência e contra-referência. Observa-se que estas linhas do cuidado implicam um redirecionamento dos processos de trabalho no qual o trabalho em equipe constitui-se de um dos aspectos mais importantes. Constituída em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, fundamentais para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

Ainda de acordo com este documento ministerial, a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal pressupõe:

- a qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, articulada com toda a rede de serviços;
- a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
- a utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento;
- a utilização de indicadores adequados que permitam acompanhar o impacto das ações de saúde bucal e práticas contínuas de avaliação;
- a incorporação da Saúde da Família como estratégia na reorganização da atenção básica;
- a definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam as necessidades da população e aos princípios do SUS.

- o estabelecimento de políticas de financiamento visando à reorientação do modelo de atenção;
- a definição de uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção.

Partindo da análise realizada até aqui, pode-se evidenciar uma redirecionalidade na história da odontologia no Brasil que levou à conformação do Programa Brasil Sorridente e, junto com as Diretrizes Curriculares Nacionais, introduzem para as Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras o desafio de uma nova formação em saúde e mais especificamente da odontologia, em sintonia com os princípios do SUS.

2.2.3. A Promoção da Saúde como um repensar das políticas de saúde

O esgotamento do paradigma biomédico, a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais das últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre estas merecem relevância os paradigmas da Saúde Coletiva no Brasil e a Promoção da Saúde, nos países desenvolvidos. Ambos os modelos teóricos conceituais influenciaram o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde, previsto pela Constituição Federal de 1988 e normatizado pelas Leis 8080 e 8142 de 1990, e que foi gestado por um grupo de sanitaristas que afirmava a importância do social na determinação do processo saúde e doença.

Desde meados da década de 1980, vários acontecimentos que se deram no âmbito nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde.

A já mencionada Reforma Sanitária Brasileira passou a ser amplamente discutida a partir de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos, muito semelhantes aos apresentados na I

Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, no mesmo ano. Em ambos os documentos - Relatório e Carta de Ottawa – foi definido que a Saúde não se reduzia à ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento⁶⁰.

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental.

Além da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, importantes conferências internacionais sobre o tema foram também realizadas em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) e México (2000). Na América Latina, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bogotá, em 1992.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. É um conceito mais amplo, no qual há um reforço da responsabilidade e dos direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. Ela estabelece ainda que paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade são pré-requisitos básicos para a saúde. A Carta de Ottawa preconiza também a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde⁶¹.

Um dos núcleos filosóficos dessa abordagem é o conceito de “*empowerment*” presente, portanto, no interior dessas estratégias e que corporifica a razão de ser da Promoção da Saúde enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde⁶².

Na visão de Carvalho⁶³, o “*empowerment*” deve buscar apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade. Deve-se assim romper com métodos educativos centrados no exercício do “poder sobre” o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e a discussão de idéias, opiniões e

conceitos com vistas à solução de problemas (“poder com”), reafirmando o compromisso com a produção de saúde e de sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidários.

A promoção da saúde surge dessa forma como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Este termo está associado inicialmente a um “conjunto de valores”: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma “combinação de estratégias”: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos⁶¹.

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. A análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é o resultado de modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, muitas vezes, pela centralidade dos sintomas.

Não há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da idéia de promoção da saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a conseqüente reconfiguração da educação nas práticas de saúde⁶⁴.

Nas últimas décadas, observou-se um extraordinário avanço no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que são evitáveis, injustas e desnecessárias¹³.

Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de

trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.

A evolução conceitual e prática do movimento da promoção da saúde em nível mundial indica uma ênfase cada vez maior na atuação sobre esses determinantes sociais da saúde, constituindo importante apoio para a implementação das políticas e intervenções em saúde. A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde¹⁴.

Da Política Nacional de Promoção da Saúde destacam-se alguns objetivos específicos: a) a incorporação e implementação de ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; b) a promoção do entendimento de concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em saúde; c) a contribuição para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia e segurança das ações de promoção da saúde;

Das estratégias de implementação destacam-se:

a) a estruturação e o fortalecimento das ações de Promoção da Saúde no SUS, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil; b) o desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de Promoção da Saúde para profissionais da saúde inseridos no SUS; c) o estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde as ações de Promoção da Saúde estejam integradas ao serviço público de saúde.

Para Campos et al⁶⁵, falar da promoção da saúde no Brasil é também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas.

Ainda para esses autores:

“Falar de promoção da saúde no Brasil é lembrarmos e exercitarmos nossa postura antropofágica. É perguntar, tendo em vista nosso compromisso ético com o cuidar da saúde de sujeitos e coletividades, como pensamos promoção da saúde aqui e no que ela pode nos auxiliar na geração de outros modos de atenção e de gestão da saúde, de criação do viver e de outras realidades”.

A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.

Nesse sentido, Campos et al concluem que:

“Só podemos propor uma Política Nacional de Promoção da Saúde que seja transversal, que opere articulando e integrando as várias áreas técnicas especializadas, os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde”.

Vale destacar que a Promoção da Saúde tem sido parte das atuais agendas políticas na área da saúde, propondo que as intervenções em saúde se voltem para os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas.

As Diretrizes do Brasil Sorridente articulam-se, portanto, a essa nova “postura ideológica” trazida pela Promoção da Saúde que se insere nas políticas de saúde mais

recentes, quando apontam para a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade, para a intersetorialidade e para o cuidado como reorientadores das práticas, além de voltar o olhar para uma concepção mais ampliada de saúde, onde a qualidade de vida e a intervenção dos fatores que a colocam em risco sejam consideradas.

A Saúde da Família, como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil, reafirma os princípios e valores da promoção da saúde quando propõe a atuação a partir de uma visão ampliada de saúde. Com base em uma ação multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção.

2.3 A CONFORMAÇÃO DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA NA ATUALIDADE

2.3.1 Os modelos de atenção e a odontologia brasileira

Na definição de Paim⁶⁶, modelos de atenção à saúde ou “modelos assistenciais” são combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Modelo de atenção é, portanto, um dado modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde (danos e/ ou riscos) e atender necessidades de saúde individuais e coletivas; é uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Para este autor, o sistema de saúde brasileiro continua garantindo a reprodução dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médica-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, mutirões, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária).

Na ótica de Teixeira⁶⁷, a transformação do modelo de atenção exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto nos seus propósitos e finalidades quanto nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, nos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos e principalmente nas relações estabelecidas entre eles e a população usuária dos serviços. Para esta autora, o processo de mudança do modelo de

atenção à saúde é extremamente complexo, exigindo um conjunto heterogêneo de iniciativas “macro-sistêmicas”, quais sejam, a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças ao nível “micro”.

A reprodução do “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista” não ocorre por simples inércia ou somente pela vontade política dos sujeitos que ocupam os vértices do triângulo constituído pelo Estado, multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos. A própria existência desse triângulo revela as fortes determinações econômicas envolvidas na reprodução do modelo.

A análise da direcionalidade da política de financiamento e de educação permanente dos profissionais de saúde é, portanto, imprescindível para a compreensão dos rumos que tomará o processo de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS.

Já para Merhy⁶⁸, a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras, visto que aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. Este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras (equipamentos) e leve-duras (saberes disciplinares). Ainda segundo a visão desse autor¹⁵, os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam seu rumo maior: o da defesa radical da vida individual e coletiva.

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção da saúde. Há uma tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura. Neste sentido, Merhy também aponta que:

“o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar”.

Ao referir-se aos modelos de atenção à saúde bucal, Narvai⁶⁹ explica que o modelo hegemônico no Brasil é o denominado “odontologia de mercado”, isto é, as condições de

saúde bucal resultam da assistência odontológica prestada às pessoas mediante pagamento direto ou indireto pelos serviços clínicos realizados. Tais ações tem valor de troca, e o preço de cada serviço deve ser definido de acordo com as regras de funcionamento do mercado. Dentre as conseqüências desse modelo destacam-se a segmentação das práticas de saúde em especialidades que dificultam a integração das ações e facilitam a mercantilização dos serviços e a restrição do acesso, decorrente da transformação do cuidado odontológico em mercadoria, passível de ser adquirida apenas por quem tem recursos.

Narvai conclui ainda que, *“em geral, o que se busca com o desenvolvimento de adequados modelos de atenção à saúde é um equilíbrio entre as ações individuais, típicas do setor saúde, e as ações coletivas, tanto as desenvolvidas intra quanto extra setor saúde. Tais características se aplicam por certo, à área de saúde bucal”*.

Voltando à odontologia de mercado, Narvai ainda afirma que:

“A concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos” e ainda que:

“Neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços”.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Morita e Kriger⁴⁰ avaliam que existe um atraso histórico da profissão quanto ao movimento para uma reflexão crítica dos modelos tradicionais de atenção e que:

“... os profissionais ainda vem sendo formados segundo um modelo que privilegia o tratamento de doenças, trabalha de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e tem pouca familiaridade com as instâncias do SUS.”

Paim⁷⁰ conclui que não faz sentido um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões do

país. Para este autor, modelos assistenciais ou modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais historicamente definidas e que constituem, sobretudo, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

2.3.2 A formação do cirurgião-dentista no Brasil

Na visão de Ceccim⁷¹, a formação profissional habilita trabalhadores para determinado ofício em diferentes níveis de operação do trabalho, mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas, novas descobertas ou a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde. Assim, programas de desenvolvimento profissional são determinantes da manutenção e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

Este autor chama ainda atenção para o fato de que a implantação do SUS precisa da efetiva participação de seus profissionais no processo da reforma sanitária; que a expansão do SUS tem ampliado o mercado de trabalho em saúde e chamado o graduado nas profissões científicas do setor à gestão dos sistemas municipais de saúde; a diversidade social, política, econômica e sanitária, principalmente longe dos centros urbanos, demanda uma versatilidade importante dos profissionais e a complexidade da saúde torna rapidamente obsoletos os **modelos**, impondo o trabalho em equipe e a introdução dos conceitos de produção de saúde na composição dos coletivos de trabalho, no ordenamento do sistema, na organização dos serviços. Para Ceccim, o SUS não é um sistema de serviços assistenciais, é um sistema de produção de saúde.

Machado⁷² chama atenção para o crescimento das possibilidades tecnológicas na saúde que acaba seduzindo os usuários a consumir serviços especializados, criando em muitos casos, conflitos difíceis de serem resolvidos entre a acessibilidade e as reais necessidades da população que, sequer, tem acesso ao básico da assistência à saúde. Esta autora acrescenta ainda que:

“as crescentes necessidades especializadas dos usuários do sistema de saúde, acompanham a especialização das

profissões de saúde” e que “oferta e demanda por serviços de saúde estão comprometidas e precisam ser revistas quando se tem em vista a acessibilidade e a equidade do atendimento e da assistência”.

No que diz respeito à Odontologia mais especificamente, Moysés⁷³ afirma que:

“É fundamental formar força de trabalho, com vistas ao SUS e, dentro da lógica de reestruturação da atenção no SUS, trabalhar a própria abordagem familiar em programas como o PSF”.

Desta análise depreende-se que parece estar caminhando para o esgotamento o modelo que alimentou o ensino e prática para gerações de dentistas/professores até meados dos anos 1990. São milhares de profissionais da nova geração vivendo o efeito arrasador da ocupação precária, que favorece uma crescente “canibalização” profissional. Do ponto de vista da inclusão social e sanitária, são milhões de brasileiros sem respostas aos seus problemas de saúde bucal. O modelo ainda dominante, sob a lógica da competência técnica para o mercado privado e para a ação “curadora”, não produz sujeitos políticos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão.

Vale ressaltar que a pesquisa biológica e de materiais sempre predominou na Odontologia, em detrimento das pesquisas sociais. Seria a busca de resultados imediatos e certo atrelamento a uma proposta utilitarista. A evolução da Odontologia foi notável a partir da segunda metade do século XX, obtendo grande prestígio profissional e social. Benefícios para a saúde pública como a fluoretação das águas não são ainda acompanhadas por outras medidas preventivas e educativas intrínsecas da ação profissional, em larga escala e que, efetivamente, diminuem os índices de doenças bucais. Sendo assim, continua indispensável a competência no domínio de aspectos biológicos e clínicos envolvidos na prática profissional, mas também é cada vez mais necessário o desenvolvimento de competências quanto às dimensões ética, política, econômica, cultural e social do seu trabalho⁷³. Essa concepção de competência aproxima-se, assim, de uma perspectiva crítica, na medida em que busca a construção e mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, não apenas na dimensão ética especializada, mas também na dimensão sócio-política comunicacional e de inter-relações pessoais⁷⁴.

Àquela época, em 1991, Cordón e Garrafa⁷⁵, já denunciavam que o marketing e a mídia colocavam em moda o enfoque individual da prevenção em saúde bucal em detrimento das abordagens e benefícios coletivos que deveriam estar sustentados nos princípios fundamentais do SUS e da Reforma Sanitária. Para estes autores:

“Nasceram assim o mercado e o lucro a partir da prevenção: e a isso se chama preventivismo uma forma simplista e mascarada de abordar o problema da saúde bucal, cujo discurso é oportunista. Esta poderosa influência chega também aos órgãos públicos que em diferentes momentos adotaram o bochecho com flúor ou o selante ou o flúor-gel com moldeiras ou a escovação com creme dental e outras medidas, sem discuti-las convenientemente, impondo programas verticais, sem continuidade e com enormes e irresponsáveis gastos públicos, sem impacto social.”

...Vulgarizando-se em ato técnico, a prevenção torna-se mercadoria e, portanto, dependente do processo de compra e venda, acessível mais uma vez, a menos de 10% da população brasileira e inacessível à esmagadora maioria dos trabalhadores e suas famílias.”

Numa crítica à abordagem saúde-doença vigente da prática odontológica, no final da década de 1980, Botazzo⁷⁶ já afirmava que:

“Não faz sentido curar um paciente hoje, o qual demandará curas infinitas, se entendermos que o risco de adoecer é social e não biológico. Esta é a direção que as tecnologias em saúde bucal devem tomar e neste sentido, quanto menos odontológicos forem seus conteúdos, mais consequentes elas serão... ao abrir-se para outros saberes e incorporar outras práticas à sua, a prática odontológica deixará de ser o campo restrito e exclusivo de intervenção do cirurgião-dentista”.

Segundo Moysés⁷⁷ existe um abismo entre a prática odontológica e a perspectiva de universalização da atenção à saúde bucal com base nas necessidades observadas na realidade brasileira. Nesse sentido, formar profissionais para a promoção da saúde e para o trabalho com a coletividade, exige uma nova postura calcada em habilidades humanas, em

capacidades de formação de alianças e defesa pública de projetos que englobem vários setores da vida social, em tecnologias de intervenção que exigem, mais que máquinas, seres humanos dotados de alto grau de refinamento de suas práticas laborais. Entender a Promoção da Saúde com enfoque ampliado parece ser o ponto de partida de todo o processo de reformulação da prática clínica, no nível individual, e da intervenção coletiva, cabendo também aos serviços ampliar este entendimento, estabelecendo-o como filosofia de trabalho.

Analisando-se um estudo sobre as tendências das formações em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil, observadas no período de 1995 a 2001, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) observou-se o grande crescimento de sua oferta, a desigualdade geográfica dessa oferta e ainda a privatização do sistema para as três formações. Para a odontologia, foram criados 61 novos cursos de graduação, significando aumento de 68,5%, principalmente a partir de 1998. Entretanto, há uma distribuição bastante desigual onde, em 2001, apenas quatro estados brasileiros concentravam 61,3% dos cursos: São Paulo (30%), Rio de Janeiro (12%), Minas Gerais (10%) e Paraná (9,3%)⁷⁸.

Atualmente, de acordo com o Censo da Educação Superior de 2008, há 197 cursos de Odontologia em funcionamento no Brasil. No período de 1992 a 2008, houve uma expansão de 132%, sendo que 72% dos cursos de odontologia são privados. Em relação à distribuição regional, o Sul e o Sudeste concentram juntos 67% dos cursos⁵³.

Paradoxalmente, chegamos ao ano de 2009 com uma proporção de 1,1 odontólogo por dez mil habitantes, ou seja, o número de odontólogos registrados no Conselho Federal de Odontologia em novembro de 2009 era de 214.952, enquanto a população brasileira estimada era de 192.011.607 habitantes. Houve acréscimo de aproximadamente 240% no número de odontólogos no período de 1960-2009. Entretanto, deve-se considerar que a inscrição nos conselhos regionais de Odontologia é de caráter cumulativo, podendo, assim, haver inscrições secundárias. Há que se observar que esses profissionais não estão distribuídos de maneira equitativa; o que existe é uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, em detrimento das outras regiões, devido à concentração da oferta da rede formadora e do poder econômico da população dessas regiões, e, assim, dos maiores mercados de

trabalho no país. O estado do Rio de Janeiro por exemplo, possui 26.194 CDs para uma população de 15.420.375 habitantes, numa proporção de 588,70 habitantes por CD.

Embora tenha sido observado que no país existe uma oferta substancial de egressos, o que se verifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões, bem como uma concentração nos grandes centros urbanos. São dados relevantes para a formação desses profissionais, pois, aliados à proliferação das escolas, sobretudo privadas, e à massificação do ensino, nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades dessa formação.

O perfil da profissão, desde o início essencialmente voltado à clínica particular como profissional liberal, precisa ser modificado, em virtude do empobrecimento da população – fato que notoriamente dificulta seu acesso à clínica particular – e do elevado número de profissionais que vem sendo lançados no mercado de trabalho a cada ano⁷⁹.

Além desses dados, o avanço tecnológico na odontologia, a transição epidemiológica das doenças bucais, as aspirações e condições econômicas da população são fatores que, entre outros, impõem a necessidade de revisão dos conteúdos e da orientação da formação, que deverá preparar profissionais de forma coerente com as necessidades da população brasileira.

2.3.3 A Odontologia na ótica das Diretrizes Curriculares Nacionais

A formação acadêmica na graduação tem baseado-se em currículos cuja formulação, através de grades curriculares, caracteriza-se por excessiva rigidez, que advém em grande parte, da fixação detalhada de conteúdos disciplinares. A maioria dos cursos de graduação em saúde no Brasil vive um dilema. Por um lado, a necessidade de incorporação de um volume crescente de novos conhecimentos e tecnologias. Por outro, a pressão pelo atendimento às demandas sociais geradas pelas peculiaridades e desigualdades do nosso país.

A assistência hospitalar centralizada, como solução tanto para a atenção quanto para a formação dos profissionais da saúde, torna evidente o colapso da promoção e da assistência, reforçando assim a necessidade de implantação de um sistema efetivo de

referência hierarquizado e regionalizado. A crise na formação e a ausência de um perfil profissional contemporâneo adequado e baseado em competências, habilidades e atitudes, demonstram e reforçam o esgotamento do modelo atual de saúde e formação. Há plena convicção de que o ensino compartimentalizado em disciplinas tende a formar profissionais preparados para uma visão segmentada do paciente, com foco nas doenças e sem visão integral do ser humano.

Por um lado exige-se uma conduta profissional-ético-humanística responsável. Por outro, impõe-se o uso adequado de novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto para o diagnóstico e procedimentos.

A exigência em se definir Diretrizes Curriculares atende não só às evidências mencionadas bem como as mudanças próprias atuais e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, Lei n° 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Dentre os princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área da saúde destacam-se:

- Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilidades diferenciadas em um mesmo programa;

Reforça-se também nas DCN dos Cursos de Graduação em Saúde, a articulação entre a Educação Superior e os Sistemas de Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação. Assim, adota-se o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS como elementos fundamentais dessa articulação.

Esta articulação é explicitada no objeto das diretrizes curriculares: *“Construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos*

contemporâneos, bem como para atuarem com qualidade e resolutividade, no SUS". As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde têm ainda o objetivo de: *"assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, família e comunidades"*⁸⁰.

A Resolução N^o CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002 do Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Odontologia. Destaca-se dentre os demais artigos da referida Resolução o seguinte:

No Art.3^o, o cirurgião-dentista deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico.

No Art.4^o, o cirurgião-dentista deve ser capaz de: pensar criticamente, tomar decisões, ser líder, atuar em equipes multiprofissionais, planejar estrategicamente para contínuas mudanças, administrar e gerenciar serviços de saúde, aprender permanentemente.

No parágrafo único do Art.5^o, a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe⁸¹.

Para Perri de Carvalho⁸², entender o desafio imposto pelo atual momento, no ensino dos cursos de graduação da área da saúde, incluída aí a odontologia, considerando sua historicidade, legalidade e legitimidade, requer a discussão reflexiva e crítica desse processo, envolvendo diferentes sujeitos e instituições e, portanto interesses, muitas vezes conflituosos. A universidade, como instituição social, deve ser colocada no centro de uma discussão crítica frente ao conhecimento moderno. Não se trata de negar os benefícios e a necessidade dos avanços tecnológicos na odontologia, mas questionar a serviço de quais interesses e segmentos sociais eles estão atuando.

As Diretrizes Curriculares Nacionais sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social. Ainda como argumento em favor da legitimidade das DCN para os cursos de odontologia, Silveira⁸³ destaca que:

“o interesse crescente dos recém-formados na procura por uma vaga no setor público da saúde (SUS), ainda que determinado por dificuldades de mercado, exige que a universidade ofereça em seus cursos de graduação uma formação capaz de desenvolver no aluno a valorização do setor público e sensibilidade social, sem abrir mão da qualificação técnica, possibilitando o engajamento para que esses profissionais possam desenvolver atitudes para o pleno desenvolvimento do SUS”.

É preciso compreender, portanto, que a implementação das DCN deve significar um avanço dos projetos pedagógicos e não uma acomodação de situações existentes, fazendo parte de um processo de superação de limites na formação e nas práticas clínicas tradicionais por meio do fortalecimento da promoção e da prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo autonomia dos sujeitos na produção da saúde e o grande desafio está em sair de um modelo de ensino centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças para outro centrado na promoção da saúde, prevenção e cura das pessoas⁴⁰.

CAPÍTULO 3

O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 O método

Os procedimentos de abordagem realizados nesta pesquisa visaram produzir informações e conhecimentos sobre a prática profissional do cirurgião-dentista na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, bem como sua formação (tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação) para o desempenho desta prática, considerando a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) conhecida como Programa Brasil Sorridente.

Os dados empíricos foram extraídos das falas do grupo de cirurgiões-dentistas entrevistados, constituído por aqueles que trabalham num determinado Centro Municipal de Saúde (CMS) e aqueles pertencentes a diversas equipes da ESF, que foram encontrados no Centro Administrativo São Sebastião (CASS) da SMSDC/RJ, por ocasião de reuniões de trabalho.

Foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, de caráter exploratório, tendo como objetivo *“proporcionar mais familiaridade com o problema exposto, com vistas a torná-lo mais explícito”*⁸⁴. Para Vasconcelos⁸⁵, a pesquisa exploratória constitui uma pesquisa temática, porém com foco mais amplo e aberto para a investigação de fenômenos e processos complexos e principalmente pouco conhecidos e/ou pouco sistematizados ou passíveis de várias perspectivas de interpretação. Nesse sentido, esse estudo visou a primeira aproximação com as possibilidades de implementação da PNSB.

O aparecimento da pesquisa qualitativa na Antropologia surgiu de maneira mais ou menos natural. Os pesquisadores perceberam rapidamente que muitas informações sobre a vida dos povos não podiam ser quantificadas e precisavam ser interpretadas de forma muito mais ampla que circunscrita ao simples dado objetivo⁸⁶. Embora tenham crescido as investigações qualitativas na área da saúde nos últimos anos, no Brasil e no mundo, historicamente predominam estudos de abordagem quantitativa do social, fruto do domínio da racionalidade médica, deixando de lado questões de significado e de intencionalidade. Nas palavras de Minayo⁵, a pesquisa qualitativa ocupa-se nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com

o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Apesar do tema da humanização do atendimento à saúde ser foco importante, processo ao qual a pesquisa qualitativa pode oferecer subsídios importantes, esta é ainda utilizada de forma bastante discreta na área da odontologia no Brasil, seja por desconhecimento ou dificuldades técnicas/operacionais em identificar possibilidades para seu uso em pesquisa⁸⁷.

Os modelos de pesquisa dentro da Odontologia não poderiam seguir caminhos diferentes; a ênfase no aspecto quantitativo deixa, muitas vezes, perguntas sem respostas ou ignora aquilo que não pode ser mensurado. Não se trata de uma substituição da hegemonia da pesquisa quantitativa dentro da odontologia, mas somente um novo olhar para velhos problemas acumulados ao longo do tempo que o tecnicismo não conseguiu resolver⁸⁸.

Para Minayo⁸⁹, o método qualitativo que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo.

Esta autora também observa a complexidade dos objetos de estudo, pois a abrangente área biomédica não pode prescindir da problemática social, uma vez que o corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida. Portanto, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem se dirige.

Para Deslandes⁹⁰, o “universo” em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Entre as limitações da metodologia, destacam-se a não possibilidade de generalizações para outras instituições similares e a especificidade dos sujeitos do estudo⁹¹.

3.2 Instrumentos metodológicos

O foco da pesquisa foram as entrevistas semi-estruturadas, entretanto, como o próprio método qualitativo indica, são necessárias outras estratégias metodológicas que permitem a ampliação do olhar sobre os achados empíricos. Trata-se da triangulação que, segundo Minayo⁸⁹, possibilita maior aproximação e compreensão do objeto a ser estudado.

De acordo com Triviños⁸⁶, a técnica da triangulação na coleta de dados tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas com uma macrorrealidade social.

Para atingir os objetivos propostos, foram utilizados os seguintes procedimentos: entrevistas semi-estruturadas como centro da pesquisa e a observação participante, análise documental e pesquisas bibliográficas como técnicas complementares.

Neste estudo, dado seu caráter exploratório, evidenciaram-se limitações para a obtenção plena de combinação entre as várias estratégias utilizadas.

3.2.1 Entrevistas semi-estruturadas

A entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. É acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa⁸⁹. O recurso da entrevista é adequado para obter informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito desses temas⁸⁵.

Neste estudo, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas como centro da pesquisa, combinando perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

A partir do confronto do material empírico com o referencial teórico estudado, através do processo indutivo de análise, foi possível a realização da triangulação dos dados,

conforme já explicitado acima. Sendo assim, as entrevistas forneceram informações que compõem a reflexão desses sujeitos sobre suas práticas bem como suas idéias, sentimentos, críticas e opiniões acerca da realidade em que vivem. A análise também procurou verificar como esses profissionais vêem a política de saúde na qual estão inseridos e a relação entre sua formação e a prática desenvolvida em seus serviços.

Para a entrada em campo é fundamental os contatos e o apoio de pessoas inseridas na hierarquia de poder existente onde se realizará a pesquisa, uma vez que o impacto dessa entrada e da apresentação do pesquisador são importantes para o perfil dos informantes e a qualidade dos dados recolhidos⁸⁹. Partindo dessa premissa, buscou-se inicialmente a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) que indicou alguns Centros Municipais de Saúde (CMS), nos quais poderia ser encontrado um número satisfatório de cirurgiões-dentistas. Optou-se pelo Centro Municipal de Saúde pesquisado que está localizado numa área central, de grande movimento de usuários. Em virtude de ter alcançado a amostra satisfatória de profissionais que atuam em UBS (Unidades Básicas de Saúde), de acordo com os critérios da pesquisa qualitativa, não foi necessário a busca em outros CMS. Vale ressaltar ainda a boa vontade e o interesse da diretora desta unidade em permitir que a pesquisa fosse realizada.

Desta forma e após concordância da chefe do serviço odontológico desta unidade, as entrevistas foram agendadas diretamente com os profissionais, de acordo com seus horários e disponibilidades. A maioria dos profissionais se mostrou solícita quanto à participação. Foram entrevistados sete profissionais desta unidade e todas as entrevistas foram realizadas nas dependências da própria unidade. Da mesma forma, por orientação da Coordenação da Saúde Bucal da SMSDC/RJ, os demais profissionais pertencentes às equipes de saúde bucal da ESF foram selecionados durante uma reunião para CDs do PSF, ocorrida no auditório do CASS/SMSDC-RJ. Cinco profissionais foram entrevistados nas dependências do prédio da Prefeitura do Rio de Janeiro, em dias e horários alternados, de acordo com a disponibilidade de cada um. Dois profissionais foram entrevistados numa determinada Unidade Integrada de Saúde (UIS), após ocorrência de outra reunião com integrantes de um grupo específico do PSF.

As entrevistas foram conduzidas pela mesma pesquisadora e todas foram gravadas, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C) por

parte dos profissionais. As entrevistas tiveram uma duração que variou de dez a quarenta minutos de gravação. Algumas se estenderam, mesmo após o término da gravação. Foram necessárias quatro semanas para que todas as entrevistas fossem realizadas. Os profissionais foram identificados por números, de acordo com a sequência em que foram realizadas as entrevistas, aleatoriamente, de modo que suas identidades fossem preservadas.

O universo do estudo

Foram entrevistados 14 (quatorze) cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, sendo 7 (sete) num determinado Centro Municipal de Saúde e 7 (sete) integrantes de equipes distintas do Programa Saúde da Família. Apenas 1 (um) recusou-se a participar. Para tanto foi utilizado o roteiro de entrevista com os cirurgiões-dentistas (Anexo A). Tentou-se buscar dessa forma, uma amostra heterogênea de sujeitos, embora todos fossem cirurgiões-dentistas da Atenção Básica, numa tentativa de enriquecimento das falas.

A amostragem seguiu os princípios do estudo qualitativo, no qual a unidade de análise é o conjunto dos entrevistados, sendo utilizado o índice de saturação⁹² definido como o fenômeno pelo qual, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças.

Roteiro de entrevistas (Anexo A):

Um roteiro de entrevistas visa compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objetos da investigação e contém poucas questões. Para a entrevista semi-estruturada, o roteiro deve desdobrar os vários tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, servindo de orientação e guia e permitindo ainda flexibilidade nas conversas e absorver novos temas e questões relevantes na conversa com o interlocutor.

Ressalta-se que as questões devem funcionar apenas como lembretes, devendo, na medida do possível, ser memorizadas pelo investigador quando está em campo. Roteiro, portanto, é sempre um guia, nunca um obstáculo, considerando que a unidade de significação não é composta pela soma das respostas de cada indivíduo para formar uma

relevância estatística, e sim, ela se constrói por significados que conformam uma lógica própria do grupo.

3.2.2. Observação participante

A observação participante pode ser definida como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, onde o pesquisador colhe dados e tenta compreender o contexto da pesquisa. Neste caso, a proximidade com os interlocutores é essencial. Sob a ótica de Minayo⁵, é feita sobre tudo aquilo que não é dito, mas pode ser visto e captado por um observador atento e persistente, sendo considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. A observação participante ajuda, portanto, a vincular os fatos a suas representações e a desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do grupo.

A mesma autora⁸⁹ traz uma classificação proposta por Gold (1958) no que diz respeito às possibilidades de inserção do pesquisador no campo. São elas:

- O Participante Total: ocorre quando o pesquisador assume, sem restrição mental e sem segundas intenções, as formas de vida de uma sociedade estrangeira. Corresponde melhor aos pesquisadores que se envolvem no estudo de comunidades indígenas.
- O Participante como Observador: ocorre quando o pesquisador deixa claro para si e para o grupo que sua relação de campo se restringirá ao tempo da pesquisa. A participação, entretanto, tende a ser profunda e se dar pela adoção de hábitos, formas de atuação solidária e vivência conjunta.
- **O Observador como Participante:** costuma ser utilizada como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos de pesquisa. Trata-se de um modo de observação quase formal, em curto espaço de tempo, e suas limitações advêm desse contato bastante superficial.

- O Observador-Total: o pesquisador não comunica ao grupo que o está observando e não se envolve com a vida dos seus interlocutores.

A modalidade de observação utilizada foi a chamada **Observador como Participante**, que mesmo com suas limitações, nos possibilitou perceber atitudes e até mesmo algumas contradições, subsidiando melhor compreensão das falas dos atores envolvidos na pesquisa.

No que diz respeito aos profissionais do CMS, a observação participante ocorreu durante as entrevistas (algumas ocorreram no interior da clínica odontológica e outras em uma sala reservada) e nos períodos em que a pesquisadora aguardava, na sala de espera dos pacientes, os cirurgiões-dentistas para as entrevistas. Nesses momentos, observava-se quem eram esses usuários, sua faixa etária, gênero, se estavam acompanhados ou não, o que comentavam entre si, gestos e atitudes onde se percebeu a predominância de mulheres e de crianças acompanhadas por suas mães. Observou-se também a dinâmica das palestras sobre prevenção em saúde bucal e dos grupos de escovação realizados pelas TSB, a dinâmica da chamada e marcação de pacientes e os procedimentos estatísticos realizados pelos profissionais.

Quanto aos profissionais da ESF, a observação participante aconteceu durante as entrevistas e também durante duas reuniões dos CDs, ocorridas no auditório da SMSDC/RJ. A permissão para que a pesquisadora participasse desses momentos, selecionasse os profissionais e realizasse as entrevistas foi dada pela própria Coordenação de Saúde Bucal. Essas reuniões aconteciam periodicamente (a cada dois meses, em média) e nessas duas ocasiões, representantes das APs tiveram a oportunidade de explanar sobre os problemas preponderantes em suas respectivas unidades e as soluções encontradas para eles. Dentre os problemas relatados, destacaram-se aqueles relacionados à infra-estrutura deficiente (espaço físico, instrumental, material de consumo, manutenção de equipamentos, sistema de informação, entre outros), ao baixo número de profissionais para a grande demanda, ao número excessivo de emergências dificultando ações de promoção da saúde, às dúvidas quanto aos critérios utilizados no acolhimento e no levantamento epidemiológico e à violência nas regiões onde se localizam as USF. Todos os representantes das APs tiveram a oportunidade de falar. Sugestões foram feitas e houve uma excelente interlocução com a coordenadora presente.

Os entrevistados selecionados pela pesquisadora foram aqueles que em sua maioria, se destacaram nessas reuniões, demonstrando um grau de maior envolvimento e entusiasmo com o trabalho. Cabe lembrar ainda que todos pertenciam às USF de diferentes APs e que a seleção e as entrevistas só foram possíveis em virtude de os profissionais estarem concentrados nessas reuniões.

Diário de campo (Anexo B)

Nesta pesquisa, o diário de campo serviu para a coleta de informações que não faziam parte do roteiro formal de entrevistas como a rotina do CMS pesquisado, as relações interpessoais, as reuniões do PSF, as reações e comportamento dos entrevistados em suas rotinas, entre outras, compondo um quadro de representações sociais, útil na análise dos conteúdos.

A análise de conteúdo

Na análise dos dados o pesquisador recolhe comportamentos verbais que servem de indicadores que, agrupados, constituem unidades da vida social. A categorização deste material verbal denomina-se análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode aplicar-se tanto a uma massa de respostas obtidas por via de pesquisa ou questionário, quanto a um conjunto de informações extraído de revistas, jornais, mensagens de rádio ou televisão. Seu objetivo central reside em traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento quantitativo ou qualitativo, organizando-os de modo tal que adquiram significação para a teoria⁹³.

Neste estudo, a análise de conteúdo aplicou-se ao grupo de respostas provenientes das perguntas semi-estruturadas do questionário, associadas ao material obtido pelas outras técnicas complementares utilizadas. As categorias de análise não foram previamente estabelecidas e a modalidade de análise de discurso predominante foi a de *Enunciação* que considera a produção da fala ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação. Dessa forma, trabalha com a idéia de que o discurso não é um produto acabado mas um momento de criação de significados, contendo contradições, incoerências e imperfeições⁸⁹.

3.2.3 Análise documental e pesquisa bibliográfica

A análise documental diz respeito ao conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto ou com outras leituras cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo. Os documentos se constituem em fontes ricas e estáveis de dados, subsistindo ao longo do tempo. A análise documental pode ser feita a partir de fontes diversificadas, incluindo documentos de “primeira mão”, que ainda não receberam nenhum tratamento analítico e aqueles que, de alguma maneira, já foram analisados⁸⁴.

Para esta pesquisa, foram realizadas consultas na legislação específica na área da saúde como os documentos oficiais do Ministério da Saúde (Legislação do SUS, Conferências Nacionais de Saúde Bucal, Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal, As Cartas da Promoção da Saúde, O SB Brasil 2003, As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, A Política Nacional de Promoção da Saúde), da OMS (Informe sobre la Salud en el mundo 2008) e da educação superior como As Diretrizes Nacionais de Educação Superior (MEC). Também foram consultadas fontes como O Conselho Federal de Odontologia (CFO) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A pesquisa bibliográfica foi realizada em livros, revistas, periódicos, entre outros permitindo melhor ordenação e compreensão da realidade empírica. Ela é básica para qualquer tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesma⁹¹. Deve, sobretudo abranger minimamente os estudos clássicos e os mais atualizados sobre o objeto em questão.

Também foram utilizados livros e artigos científicos que contemplam os seguintes temas: Odontologia em Saúde Coletiva, Saúde Bucal Coletiva, Políticas de Saúde no Brasil, Promoção da Saúde Bucal, Recursos Humanos em Saúde no Brasil, Modelos de Atenção em Saúde, Ciências Sociais e Saúde Bucal entre outros.

3.3 Considerações Éticas

Foram respeitados os cuidados referentes aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, cujas bases são o respeito à liberdade e à dignidade humana e o

compromisso social da ciência. Em consonância com declarações e consensos internacionais e nacionais no campo dos direitos humanos e da saúde, a regulamentação da pesquisa no Brasil “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado”⁹⁴.

Tal Resolução do Conselho Nacional de Saúde define, ainda, que todo e qualquer projeto de pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, deve ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Dessa forma, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ (CEP/ENSP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (CEP/SMSDC-RJ), para apreciação. Esse trâmite durou aproximadamente quatro meses, desde a entrada do projeto no CEP/ENSP (Protocolo de Pesquisa nº 01/09) até a apreciação final pelo CEP/SMSDC-RJ (Parecer nº 60A/2009 do Protocolo de Pesquisa nº 32/09).

As disposições éticas atuais ressaltam a relevância do consentimento livre e esclarecido, enfatizando-se “a obrigatoriedade de todos os esclarecimentos ao sujeito da pesquisa, resguardando-se o direito à recusa e o direito de ter cópia do termo assinado”⁹⁵.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Introdução

Neste capítulo são apresentados os resultados das entrevistas com os cirurgiões-dentistas pertencentes a um determinado Centro Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro e de unidades do Programa Saúde da Família. Os resultados e discussões são apresentados de acordo com a estrutura do Roteiro de Entrevistas (Anexo A) e relacionam-se aos Dados Concretos (Quadros 2, 3 e 4) e às Perguntas semi-estruturadas (Anexo A), onde foram relatadas as percepções, idéias e experiências dos profissionais acerca de tópicos específicos, através de um enfoque basicamente descritivo.

O capítulo 4 compõe-se ainda dos seguintes subcapítulos:

4.2 Quem somos, como estamos distribuídos e onde trabalhamos;

4.3 De onde viemos, onde estamos, para onde vamos.

A análise desses dados foi contrastada com os dados da observação participante e com a análise documental e bibliográfica.

4.2. Quem somos, como estamos distribuídos e onde trabalhamos

O grupo de cirurgiões-dentistas entrevistado compõe-se de 14 profissionais, sendo 7 pertencentes a um determinado Centro Municipal de Saúde (CMS) e 7 pertencentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB) da ESF, distintas. O município do Rio de Janeiro possui atualmente 20 CMS, onde trabalham 189 CDs e conta com 118 CDs nas ESB (em processo de ampliação), sendo 1 CD em cada ESB, dentre as 253 Equipes do Saúde da Família (ESF).

A definição da área de abrangência de uma unidade é fundamental para o planejamento dos recursos a serem alocados em cada região. Na maioria das vezes, não é possível estabelecer claramente essa área, podendo ser utilizada a população contida em um distrito de saúde ou

sanitário, ou, no caso do município do Rio de Janeiro, em áreas de Planejamento (AP), usadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro⁹⁶.

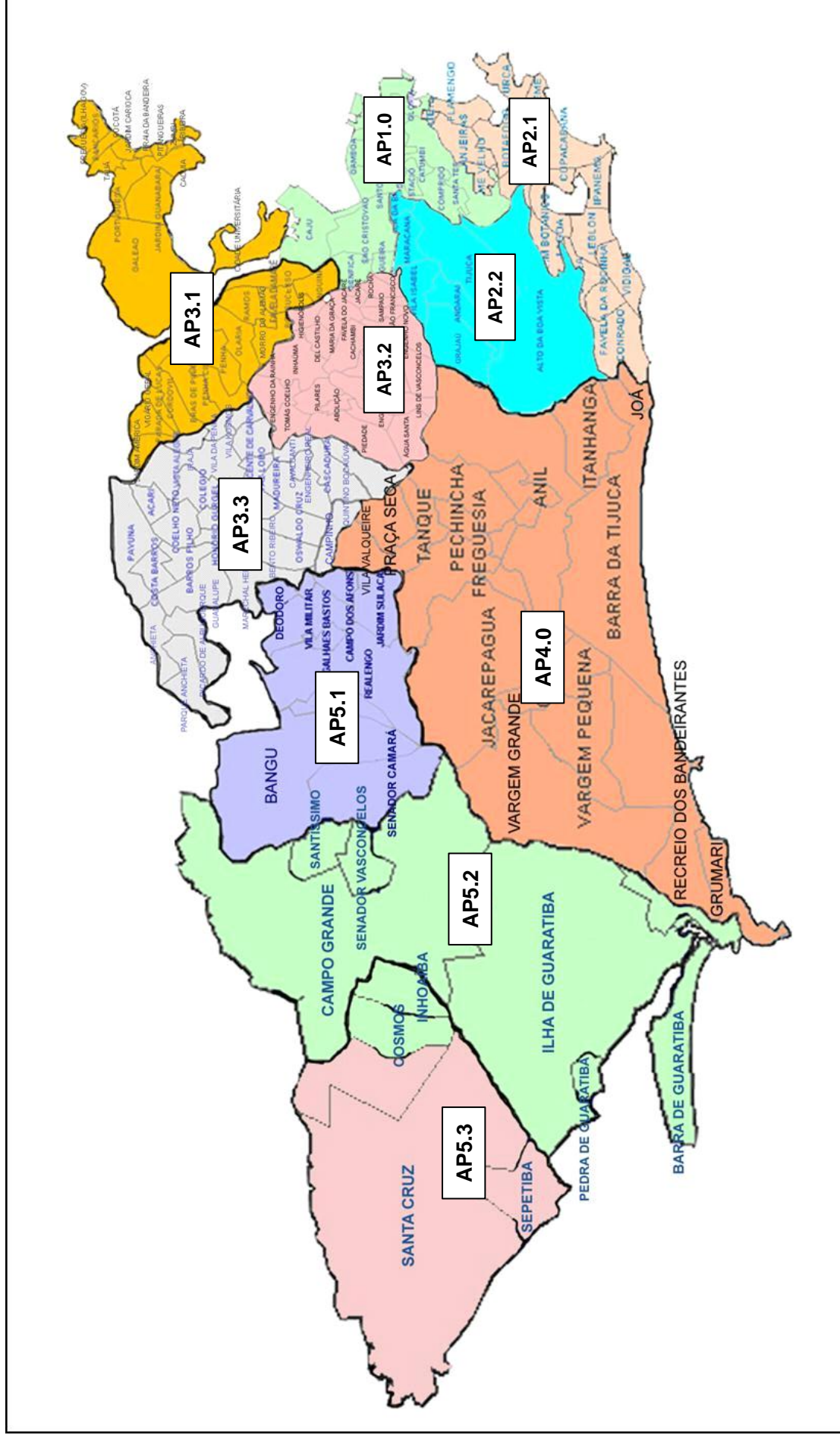
O município do Rio de Janeiro, portanto, é dividido administrativamente em 10 Áreas Programáticas (ou Áreas de Planejamento) conhecidas como AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3.

São as seguintes as Áreas Programáticas (APs) e suas respectivas abrangências:

- AP 1.0: Centro, Santa Tereza, São Cristóvão, Santo Cristo, Cidade Nova, Mangueira, Rio Comprido, Paquetá, Praça XV.
- AP 2.1: Botafogo, Copacabana, Flamengo, Gávea, Jardim Botânico, Ipanema, Leblon, Rocinha, Vidigal.
- AP 2.2: Tijuca, Vila Isabel, Andaraí, Maracanã, Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira.
- AP 3.1: Penha, Ramos, Ilha do Governador, Cordovil, Vigário Geral
- AP 3.2: Lins de Vasconcelos, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Piedade, Méier, Pilares, Jacaré, Rocha, Penha Circular.
- AP 3.3: Madureira, Irajá, Marechal Hermes, Rocha Miranda, Coelho Neto, Colégio, Guadalupe, Anchieta, Pavuna, Cascadura.
- AP 4.0: Barra da Tijuca, Taquara, Jacarepaguá, Curicica, Vargem Grande, Praça Seca, Recreio dos Bandeirantes.
- AP 5.1: Bangu, Santíssimo, Padre Miguel, Jardim Sulacap, Senador Camará.
- AP 5.2: Campo Grande, Guaratiba, Pedra de Guaratiba.
- AP 5.3: Santa Cruz, Mangaratiba, Paciência, Sepetiba.

Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro

Figura 1



Fonte: SMSDCRJ/2010

4.2.1 Caracterizando os sujeitos

O Quadro 2 ilustra as características gerais dos entrevistados quanto ao sexo, idade, tempo de graduação e vínculo institucional.

Quadro 2

Características gerais dos cirurgiões-dentistas entrevistados quanto ao sexo, idade, tempo de graduação e vínculo institucional				
cirurgião-dentista	sexo	idade (anos)	tempo de graduação (anos)	vínculo institucional
1	F	44	22	CMS
2	F	39	14	CMS
3	F	36	15	CMS
4	F	38	15	CMS
5	F	38	16	CMS
6	M	45	15	CMS
7	M	35	12	PSF
8	M	31	5	PSF
9	F	34	7	PSF
10	F	33	10	PSF
11	F	34	8	PSF
12	F	37	12	PSF
13	F	44	19	PSF
14	M	41	16	CMS

OBS: F: feminino; M: masculino;
CMS: Centro Municipal de Saúde;
PSF: Programa Saúde da Família.

Fonte: Sartorio, 2009.

Dos quatorze cirurgiões-dentistas entrevistados, dez eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, havendo, portanto, uma *predominância feminina*. (Quadro 2). O processo de feminização da força de trabalho em saúde pode ser visualizado mesmo nas profissões historicamente masculinas e que continuam a sê-lo. Nessas profissões, notadamente entre médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários, é possível perceber aumento da participação feminina nas faixas etárias mais jovens⁹⁷.

Atualmente na Odontologia, tem-se maioria feminina (56,3% no Brasil e 54% no estado do Rio de Janeiro), fato que acompanha o ingresso progressivo das mulheres no ensino superior, sobretudo a partir dos anos 1980. Há 40 anos atrás, a profissão era considerada

eminentemente masculina, uma vez que cerca de 90% dos profissionais eram homens⁵³. Ainda que nossa pesquisa não se trate de um estudo estatístico, “*a participação hegemônica das mulheres no contingente de saúde em quase todas as profissões é fato com tendência ao crescimento, além de o setor saúde ser eminentemente feminino*”⁹⁸.

A faixa etária predominante foi de 31 a 45 anos sendo que apenas três profissionais possuíam 44 anos ou mais. Pode-se notar que os profissionais mais jovens pertenciam ao PSF com exceção de um cirurgião-dentista com 44 anos de idade.

Com relação ao Brasil, a distribuição dos profissionais que atuam no PSF, por faixa etária mostra que a maior parte (68%) tem menos de quarenta anos de idade. Um terço tem menos de 30 anos, o que caracteriza uma força de trabalho bastante jovem, evidenciando que o PSF aparece como oportunidade de primeiro emprego⁵³.

Ainda no Quadro 2, quanto ao *tempo de graduação*, este variou de 5 a 22 anos sendo que a maior parte, ou seja, dez dos quatorze profissionais tinham mais de 12 anos de profissão. Pode-se notar ainda que os profissionais do PSF possuíam de um modo geral, menos tempo de formados se comparados aos profissionais do CMS, com exceção também de um cirurgião-dentista que tinha 19 anos de formado.

No que se refere ao *vínculo empregatício*, enquanto todos os CDs entrevistados do CMS entraram através de concurso público, os do PSF foram admitidos por contratação direta pela prefeitura (cinco) ou através de ONGS (dois).

Vale ressaltar que o PSF no Brasil, com as suas quinze mil equipes, funcionando em cerca de 4 mil municípios, utiliza os mais diversos tipos de contratação dos profissionais, e, até mesmo dentro de uma mesma equipe, os vínculos podem ser distintos. Os municípios são os responsáveis pela opção da modalidade de contratação dos recursos humanos. São utilizadas as cooperativas, os contratos temporários, os convênios com ONGS e, em algumas vezes, o concurso público, baseado no estatuto local ou regido pela CLT⁹⁹.

De acordo com pesquisa realizada por Girardi, Carvalho e cols¹⁰⁰ aplicada a uma amostra de 759 municípios brasileiros que haviam implantado o PSF até 2001, as formas de contratação temporária de trabalho e o vínculo de prestação de serviços predominam

amplamente sobre todas as outras formas de contrato, para todas as categorias de trabalhadores do PSF.

Em nosso estudo, a sensação de instabilidade e a desproteção no trabalho também foram referidos por esses profissionais:

“Durante 1 semana são 40 horas semanais, 8 horas por dia. É justamente a dificuldade que a gente encontra pra tá se capacitando...é dedicação exclusiva pro PSF. Acaba que o profissional larga sua vida lá fora... essa é a preocupação do pessoal que é contratado. Você meio que abandona tudo lá fora e aí chega alguém e fala: “Agora acabou, vai sair todo mundo porque vai abrir concurso”... Se a gente tivesse uma estabilidade maior, as pessoas estariam se empenhando muito mais em fazer uma pós, em estar se preparando mais pro PSF. A gente fica muito perdido quando troca prefeito porque a gente não sabe se vai continuar na próxima gestão... e a gente faz um trabalho todo voltado pra prevenção e de repente muda isso tudo, muda a política... isso complica tudo”. (cirurgião-dentista 8).

Quanto à jornada de trabalho, todos os profissionais do PSF do nosso estudo relataram jornadas de trabalho de 40 horas semanais, o mesmo ocorrendo nos dados agregados para o Brasil, na maioria dos municípios, ainda dentro da pesquisa realizada por Girardi.

Já quanto à remuneração, enquanto os profissionais do CMS recebiam, em média, R\$ 2.000 mil (aproximadamente 4 salários mínimos), para uma jornada de trabalho de 24 horas semanais, os profissionais do PSF do nosso estudo revelaram receber, aproximadamente, R\$ 3.800,00 mil (ou 7.6 salários mínimos).

Dos quatorze entrevistados, doze queixaram-se da remuneração, que aparece nas falas como forte questão, apesar da identificação com o trabalho:

“Eu gosto muito do que eu faço, gosto muito da estratégia (ESF), agora o salário ultimamente tem sido uma insatisfação porque tá bem defasado, a gente não pode trabalhar em consultório... tem uns até que se esforçam e vão pro consultório à noite, mas pra quem tem filhos, e eu já tenho filhos, não tem condições, e eu já tô há quatro anos na estratégia e o salário é o mesmo”. (cirurgião-dentista 10).

Nesse aspecto, um dos profissionais do PSF queixou-se ainda da diferença salarial que existe entre médicos e dentistas:

“A gente tá sem 2 médicos há mais de um ano porque não interessa a eles o salário. Eles conseguem ganhar mais aqui fora do que na estratégia (ESF). E o salário deles é maior que o nosso. No Rio não é equiparado (o salário de médicos e dentistas). Por que essa diferença se o atendimento é o mesmo, né ... a gente tem até que botar na cadeira, é um trabalho braçal, mais arriscado, a gente faz até cirurgia com risco de estar se contaminando e nós não temos reconhecimento... ” (cirurgião-dentista 8).

No que diz respeito ao aspecto salarial, de acordo com relatórios da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), do Ministério do Trabalho e Emprego, os dentistas apresentaram o segundo maior valor de remuneração por hora trabalhada (HT), entre os profissionais médicos, dentistas e enfermeiros⁵³.

Ainda dentro da ótica da remuneração, foi destacado por alguns profissionais que a escassez de médicos no PSF se dá em virtude do salário, das condições de trabalho e da carga horária, para essa categoria profissional:

“Eu não tenho médico na minha unidade. Eu trabalho pra 2 equipes. Não tem médico em quase unidade nenhuma. Eles reclamam muito do salário, da violência do local e das 40 horas semanais... Enquanto você não puder flexibilizar essas 40 horas de forma que você tenha um dia livre na semana pra estudar, enquanto você não tiver um salário decente pro médico, eles não vão trabalhar (no PSF), isso é certo”. (cirurgião-dentista 9).

Pode-se dizer que por sua complexidade e magnitude, o PSF pode ser incluído no rol das políticas governamentais com grande impacto sobre os mercados de trabalho das principais profissões do setor saúde. Os 200 mil empregos gerados direta ou indiretamente pelo programa representam mais de 20% do emprego público em saúde. No entanto, uma questão que se coloca, diz respeito à qualidade desses postos de trabalho. Os altos níveis de fragilidade dos vínculos de trabalho do PSF desconsideram não apenas direitos trabalhistas consagrados, como ameaçam a própria continuidade da prestação de serviços de qualidade¹⁰¹.

Essa fragilidade dos vínculos de trabalho se deu porque, a partir da segunda metade da década de 90, com a proposta da reforma estrutural do Estado em discussão, passou-se a adotar no SUS a política da flexibilização e da precarização das relações de trabalho, utilizando-se diversas modalidades de vinculação. Tal política, preconizada pelo Governo Federal, acabou sendo seguida por boa parte dos estados e municípios, provocando um processo de precarização do trabalho no SUS e a conseqüente redução de postos de trabalho na administração pública. Desta forma, as modalidades de vinculação temporária e precária promovem nos trabalhadores, uma sensação de insegurança e escassa valorização. Essa diversidade de quadros e de situações de vínculos, que se expressam também em diversidade de critérios de remuneração e de gratificação, gera, assim, uma realidade de conflitos potenciais e reais entre os trabalhadores¹⁰².

Em nosso estudo, os CDs pertencentes ao PSF enquadravam-se em duas categorias, quanto à contratação; ou foram contratados por cooperativas ou por ONGS. Demonstravam grande preocupação com a situação de instabilidade em que se encontravam e referiam um certo descontentamento por não possuírem os direitos trabalhistas como férias, décimo- terceiro salário, entre outros.

A despeito do mercado de trabalho em saúde apresentar-se com características próprias e representar um segmento de grande importância para a economia brasileira, uma vez que gera diretamente mais de dois milhões e meio de empregos e outros milhares indiretos, ainda apresenta características de precarização do trabalho e a contratação irregular de contingente expressivo de trabalhadores⁹⁸.

Segundo o Relatório do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS¹⁰³, realizado em 2003, por trabalho precário entende-se aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo-terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos. Estão envolvidos trabalhadores que são contratados diretamente pelo órgão público mediante um vínculo temporário ou informal que se renova sistematicamente. Ainda de acordo com este Relatório, praticamente nenhuma instituição pública vinculada ao SUS pode se vangloriar de não abrigar trabalhadores em situação de precariedade.

Atualmente, aproximadamente 800 mil trabalhadores estão precarizados, o que equivale a quase 40% da força de trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, etc. Todas essas modalidades de relações precárias de trabalho, além de contrariarem os preceitos constitucionais previstos no art. 6º da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestam assistência à população.

À exceção do regime celetista, que assegura garantias trabalhistas ao trabalhador, as demais formas de contratações constituem mecanismos precários de contratação. Mesmo o contrato pelo regime CLT, quando temporário, não representa para o Sistema de Saúde e nem para o trabalhador, sinônimo de trabalho com garantias, uma vez que o mesmo poderá ser interrompido, prejudicando, em muitas vezes, a continuidade das atividades de saúde. Sendo assim, os únicos vínculos trabalhistas que garantem proteção social são o estatutário e o celetista.

Na administração pública, a contratação sem concurso público é encontrada mediante a terceirização de serviços. Nesse caso, o trabalho também é considerado precário porque o trabalhador foi absorvido de forma irregular, isto é, foi admitido sem concurso público e, portanto, seu vínculo com o Estado não tem base legal.

Nos últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde e tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Em uma área considerada essencial como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população. Diante desse quadro, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de implementação de uma política de valorização do trabalhador e, com o intuito de buscar soluções para enfrentar a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS¹⁰⁴.

Assim, a categoria trabalho protegido inclui o regime estatutário, que corresponde ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta (ocupantes de cargos públicos) e ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada. Ambos apresentam como características, ademais da cobertura legal, a existência de proteção social que inclui a plenitude dos direitos trabalhistas e previdenciários e a indeterminação temporal dos contratos, com regras de terminação dos contratos/vínculos estatutariamente definidas.

Apesar da expansão, nos últimos anos, da proporção dos municípios que utilizam vínculos estatutários na ESF para todas as categorias profissionais (médicos, dentistas e enfermeiros), a precarização ainda representa problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros¹⁰⁰.

No Quadro 3 percebe-se que dos sete entrevistados do CMS, seis são oriundos de instituições públicas e dos sete entrevistados do PSF, cinco são de instituições privadas. Percebe-se, portanto, uma predominância de profissionais oriundos de instituições privadas no PSF.

Quadro 3

Distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados por natureza da instituição de ensino, tempo de graduação e vínculo institucional				
Cirurgião-dentista	instituição pública	instituição privada	tempo de graduação (anos)	vínculo institucional
1	X		22	CMS
2	X		14	CMS
3	X		15	CMS
4		X	15	CMS
5	X		16	CMS
6	X		15	CMS
7		X	12	PSF
8		X	5	PSF
9	X		7	PSF
10	X		10	PSF
11		X	8	PSF
12		X	12	PSF
13		X	19	PSF
14	X		16	CMS

Fonte: Sartorio, 2009.

Nota-se também que os profissionais das instituições públicas que pertenciam ao CMS possuíam um tempo de graduação maior, em média, se comparados aos profissionais das instituições privadas que pertenciam ao PSF. Pode-se depreender daí que o PSF vem surgindo como alternativa de emprego, principalmente entre os mais jovens e com menos tempo de formado. Além disso, muitos alunos já são familiarizados com o PSF durante estágios na graduação, o que contribui para torná-la atraente como possibilidade profissional.

O processo de municipalização do setor saúde encontra-se em contínua expansão, ampliando cada vez mais a participação dessa esfera de governo no mercado de trabalho em saúde e o PSF já é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde no país¹⁰¹.

O tempo de graduação dos entrevistados variou de 5 a 22 anos, com média de 12,2 anos, configurando, portanto, um grupo de profissionais jovem (média de 37,7 anos) e exercendo suas atividades há menos de 15 anos em média. (Quadro 3).

Dos quatorze CDs entrevistados, nove eram somente especialistas, um possuía especialização e mestrado, dois fizeram mestrado e doutorado e somente dois entrevistados não possuíam qualquer pós-graduação. Dois dos entrevistados possuíam dois cursos de especialização. É interessante observar que dos sete profissionais do PSF, seis fizeram cursos de especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva ou Saúde Pública, sendo que cinco realizaram os cursos após ingressarem no PSF (sempre à noite ou aos sábados), possivelmente numa busca por atualização na área em que estavam se inserindo. (Quadro 4).

Quadro 4

Distribuição dos cirurgiões-dentistas entrevistados por tipo de pós-graduação e a atividade profissional						
cirurgião-dentista	tipo de pós-graduação			atividade profissional		
	especialização	mestrado	doutorado	público	privado	outros
1	odontopediatria	-	-	CMS	consultório particular	-
2	sem pós-graduação			CMS	-	-
3	odontopediatria	-	-	CMS	consultório particular	-
4	odontologia coletiva	odontologia social	odontologia social	CMS	universidade particular	-
5	-	odontologia social	odontologia social	CMS	universidade particular	universidade pública
6	dentística	-	-	CMS	-	outro município
7	saúde da família	-	-	PSF	-	outro município
8	saúde da família	-	-	PSF	consultório particular	-
9	saúde coletiva	estomatologia	-	PSF	consultório particular	-
10	saúde pública	-	-	PSF	-	-
11	endodontia e saúde coletiva	-	-	PSF	consultório particular	-
12	periodontia e saúde pública	-	-	PSF	-	-
13	sem pós-graduação			PSF	-	-
14	periodontia	-	-	CMS	consultório particular	

Fonte: Sartorio, 2009.

Cabe ressaltar novamente que, nos últimos anos, houve relevante expansão de empregos públicos com a inclusão de dentistas no Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2003, havia 6.170 equipes de saúde bucal do PSF, passando a 18.820 em 2008⁵³.

Os dois profissionais com titulação de doutor pertencem ao CMS e, segundo seus relatos, conseguiam conciliar a carga horária de trabalho exigida pela Prefeitura com os cursos de mestrado e doutorado, realizados na área de Odontologia Social. Um deles relatou ainda que sempre conseguiu conciliar o trabalho na prefeitura com seu crescimento profissional:

“Eu tive muita sorte de encontrar as pessoas certas porque quando eu precisei sempre consegui espaço pra crescer profissionalmente. Eu fiz especialização pelo município do Rio, o mestrado, o doutorado e um MBA em gestão, também pelo município. E eu sempre consegui compatibilizar o estudo e o trabalho muito bem”.(cirurgião-dentista 4).

De acordo com recente publicação intitulada “Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro”⁵³, no Brasil, 25% dos CD possuem especialização. Essa proporção é mais elevada que a de países como os Estados Unidos (21%), Reino Unido (11%), Canadá (11%), Alemanha (7%) e França (4%). Em 18 dos 27 estados brasileiros, o percentual de concentração nas capitais é superior a 60%. Ainda dentro desse estudo, o total de especialistas em 1978 era de 3.404 profissionais. Em uma evidente expansão da especialização na Odontologia, esse número chega ao total de 56.660 em 2008. Entretanto, no que diz respeito à área escolhida, o menor número de especialistas entre as dez especialidades mais frequentes é a de Saúde Coletiva com 1.430 profissionais registrados no país.

Embora a denominação Odontologia Social e Preventiva possa ser uma das variações correspondentes às denominações que se apresentam ao longo do tempo para qualificar cirurgiões-dentistas que se dedicam aos serviços públicos, o total de discentes é inferior a 3% do total de matriculados no período de 1999 a 2007, no que diz respeito ao mestrado profissional. Como os serviços públicos de odontologia estão em franca expansão no mercado de trabalho, esses dados relativos à Saúde Coletiva como especialidade, apontam para um

descompasso em relação às iniciativas de formação neste nível. O mesmo pode ser observado nos mestrados acadêmicos e nos doutorados.

No que diz respeito ao vínculo empregatício, observou-se ainda que da totalidade dos profissionais, dez possuíam um segundo vínculo empregatício, seja público ou privado, sendo que um deles possuía ainda três vínculos. Dos quatro profissionais que não possuíam um segundo vínculo, três pertenciam ao PSF, fato que, de acordo com o relatado nas entrevistas, relaciona-se à carga horária de 40 horas semanais.

Chama atenção a questão do multiemprego, presente em quase todas as categorias de profissionais em saúde, provavelmente em função dos baixos salários pagos tanto pelo setor privado quanto público. Os dentistas deixaram gradativamente de atuar somente na clínica privada e foram buscando no trabalho assalariado e também nos convênios, uma maneira de complementar sua renda, fato que ganhou força a partir da década de noventa. Some-se a isso a assombrosa e descontrolada proliferação de faculdades privadas de odontologia e a chegada de milhares de profissionais no mercado de trabalho, muitas vezes sem qualificação, competindo por pacientes e empregos. Cresce, portanto, o exercício profissional com base em múltiplos vínculos, gerando impacto negativo na satisfação pessoal e na implantação de um programa nos moldes do Saúde da Família, comprometendo assim a consolidação do SUS.

4.3. De onde viemos, onde estamos, para onde vamos

O presente sub-capítulo agrupa as respostas dos entrevistados em 6 subitens que correspondem às perguntas realizadas nas entrevistas, conectadas nas falas por meio de categorias que serão destacadas mais adiante.

De onde viemos traz questões relacionadas à formação dos entrevistados bem como ao porquê da escolha pela Odontologia enquanto profissão e pelo serviço público como opção profissional.

Onde estamos remete à noção do conhecimento dos profissionais acerca das políticas na qual se acham inseridos, ao entendimento de conceitos relativos à formação em saúde em pauta no momento (como saúde, promoção da saúde e determinantes sociais da saúde) e às práticas em

saúde desenvolvidas pelos profissionais em seus serviços, incluindo aí alguns elementos como o encontro com os sujeitos, as dificuldades vivenciadas no cotidiano, entre outros.

Para onde vamos parte de alguns anseios, medos, frustrações e perspectivas pessoais e profissionais referenciadas nas falas e que podem expressar, pela obra do conjunto, sentimentos mais gerais de boa parcela dos odontólogos que formam um grande contingente de profissionais da saúde pública no país.

São os seguintes os subitens:

4.3.1 O motivo do ingresso no serviço público e a satisfação pessoal e profissional hoje;

4.3.2 Os princípios do SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Programa Brasil Sorridente;

4.3.3 O entendimento dos conceitos de saúde, promoção da saúde e determinantes sociais da saúde;

4.3.4 O vínculo com os sujeitos e a intersubjetividade na prática dos serviços;

4.3.5 As barreiras nas práticas cotidianas;

4.3.6 A formação profissional vista de dentro.

4.3.1. O motivo de ingresso no serviço público e a satisfação pessoal e profissional hoje

Quando perguntados sobre qual o motivo que os levou a ingressar ou a se interessar pelo serviço público, obteve-se dois grupos distintos de respostas. O primeiro grupo relacionado aos dentistas do CMS mostrou a *estabilidade* como um fator muito importante (e presente em quase todas as falas) para o ingresso no serviço público:

“O motivo inicial sem dúvida foi a estabilidade, principalmente porque a mulher engravida e fica ausente um período do mercado”. (cirurgião-dentista 5).

Além da estabilidade, outros fatores relacionados aos *direitos trabalhistas* como férias, 13º salário e aposentadoria também apareceram de forma bem direta:

“Complementação de salário do consultório, aposentadoria, férias, 13º...”. (cirurgião-dentista 1).

Embora a estabilidade esteja fortemente presente nas falas, surgiram outros elementos igualmente relevantes como a identificação ou inclinação pessoal com a profissão, adquirida muitas vezes até mesmo antes da graduação e, em outras situações, essa identificação surgiu durante a prática profissional, como um processo que foi sendo construído aos poucos, a partir das vivências com a realidade, como é o caso do relato a seguir. Dessa forma, pode-se perceber como a prática pode ser também um fator transformador de conceitos prévios e arraigados, levando o profissional a um agir reflexivo sobre o mundo, de modo a transformá-lo:

“Inicialmente eu pensava muito na questão da estabilidade, mas depois eu acabei me identificando com a política desenvolvida no serviço público. Eu tinha uma visão totalmente equivocada da prática que acontecia dentro do sistema. Eu achava que a odontologia era voltada para exodontias e aí eu me deparei com uma prática totalmente diferente. Essa identificação foi sendo construída com o tempo porque inicialmente, eu achava que eu não ia permanecer no serviço público”.

Durante a graduação a gente não tem oportunidade de conhecer o sistema e aí você se depara com uma realidade diferente da realidade que você vivencia na universidade e aí ocorre um choque, né “. (cirurgião-dentista 4).

Uma outra questão que apareceu algumas vezes, também como fator de ingresso no serviço público, foi a vocação para o trabalho social:

“Eu queria ter uma estabilidade, mas eu também gosto muito de ajudar as pessoas, principalmente aqueles que precisam...”. (cirurgião-dentista 6).

A despeito do surgimento do SUS como uma alternativa, ampliando o campo de atuação e constituindo um significativo mercado de trabalho para os profissionais da odontologia, principalmente com a inserção da Estratégia de Saúde da Família, observa-se que muitos profissionais foram formados para uma prática liberal, privada, voltada à especialização precoce e à incorporação de tecnologias.

Para Morita e Kriger¹⁰⁵, o modelo de prática liberal está em fase de esgotamento com os egressos dos cursos de odontologia enfrentando um dilema ao adentrarem no mercado de trabalho, pois foram preparados majoritariamente para um modelo cada vez mais distante da realidade.

Some-se a esse distanciamento da realidade, a perspectiva de trabalhar no SUS como algo de “pouco valor” visto por muitos com certo preconceito, um campo de atuação ainda pouco valorizado dentro das próprias instituições de ensino. Tem-se, portanto, um paradoxo, ou seja, de um lado, um campo promissor de trabalho e com grande potencial de crescimento e de outro, um contingente profissional pouco capacitado em decorrência muitas vezes de uma formação enviesada e que não a enxerga com entusiasmo, como uma possibilidade real de trabalho e de satisfação.

Ou seja, prevalece a visão comum, de que isto seria a tradução de uma formação voltada para atender pessoas de baixa renda e enfrentar problemas estruturais diversos, além da suposta baixa credibilidade de um Sistema que estaria inexoravelmente condenado às insuficiências da esfera pública brasileira¹⁰⁶.

Nesse cenário, a aspiração do odontólogo pela ocupação no setor público – antes visto com ressalvas – parece nascer da vontade de se estabilizar financeiramente, no intuito de conviver com as incertezas em que se apoia o exercício profissional em consultório particular, uma vez que o público-alvo vem perdendo poder aquisitivo e, conseqüentemente, sendo atraído por maior cobertura e preços atraentes oferecidos pelo setor de saúde suplementar ou pelas clínicas populares⁷⁹.

Por outro lado, o segundo grupo de respostas, relacionadas aos dentistas do PSF, mostrou quase que unanimemente, uma forte *identificação pessoal* com o trabalho, em alguns casos, desenvolvida durante a graduação.

“Na graduação eu trabalhei no PSF (tal)(...), e gostei da estratégia e eu acho que a estratégia realmente é a solução. Até os países de primeiro mundo usam, então eu procurei a estratégia no serviço público realmente pra estar na área em que eu me identifiquei muito”.(cirurgião-dentista 8).

“Eu entrei na estratégia porque eu sou apaixonada, sempre gostei da saúde coletiva. A minha graduação foi toda focada pra isso. Dois anos antes de eu me formar eu já trabalhava nas escolas promotoras, já sabia que eu ia parar no SUS”.(cirurgião-dentista 9).

Esses últimos comentários mostram certa contradição quando confrontados com as respostas dos profissionais do CMS, que privilegiavam a estabilidade como fator relevante para o ingresso no serviço público. Uma explicação para isso pode ser o fato de que esse grupo (PSF), mais jovem e formado há menos tempo, já foi exposto durante a graduação, ao contato com a ESF, através de estágios e disciplinas, apontando, portanto, uma tendência ao resgate e revalorização da Saúde Coletiva como disciplina e do serviço público para a nova geração de CDs.

Ao serem indagados sobre seu grau de *satisfação pessoal e profissional*, a maioria dos entrevistados mostrou-se desanimada ou desiludida com a profissão. A questão financeira e a dificuldade de posicionamento no mercado de trabalho também aparecem nas falas como fator de desestímulo, embora o gosto pela profissão e a identificação com a saúde coletiva seja um contraponto nessas falas:

“Acho que eu faria (odontologia) de novo sim, mas se for comparar com outras profissões... eu gosto do meu trabalho, mas aí vem a história da remuneração... se eu tivesse estudado o quanto eu estudei na odontologia, mas numa outra área, eu talvez tivesse uma vida muito mais tranqüila do que eu tenho hoje em dia. Se eu olhar pelo aspecto financeiro, talvez eu não fizesse de novo não”.(cirurgião-dentista 3).

“Eu já tive mais animada. Não tô tão feliz como já estive no passado, mas não me vejo fazendo outra coisa. Falando

com o coração, faria odontologia de novo, mas, do ponto de vista financeiro, não faria não”.(cirurgião-dentista 5).

Uma das falas chama atenção ainda para a questão do **desgaste físico** relativo ao próprio exercício profissional, sendo essa queixa um fato corrente entre os profissionais da odontologia:

“Eu tô querendo fazer outros cursos. Eu gosto da profissão. Eu sempre quis ser dentista, desde pequeno, mas eu não sabia a dificuldade que é... a tua coluna vai embora, tua visão... eu não tinha noção do que era. Eu adoro a minha profissão, mas se eu tivesse que escolher de novo hoje, eu não faria... (perguntado o que faria)...eu faria Medicina ou Direito. A nossa profissão é muito limitada. Você vê, num concurso são pouquíssimas vagas e muitos dentistas e a gente no serviço privado tem muita dificuldade...” (cirurgião-dentista 6).

A alta incidência de desconfortos posturais desses profissionais relaciona-se com sua tendência para um padrão de atividade especializado e repetitivo. Estudos sistemáticos sobre os distúrbios músculo esqueléticos em cirurgiões-dentistas vem sendo realizados desde a década de 50 e são responsáveis pelas primeiras propostas de modificações nos processos de trabalho dos dentistas¹⁰⁷.

Ainda nesse sentido, pesquisas no campo da ortopedia têm comprovado a relação entre a postura sentada e o aumento da pressão intradiscal, o que imprime que esta postura está associada a um aumento do desconforto e alterações do disco e da coluna. Normalmente a postura sentada e as exigências visuais, as posições rígidas das mãos e os esforços repetitivos que implicam em posições contraídas, acarretam distúrbios posturais na porção superior do corpo (pescoço, ombros, braços e mãos)¹⁰⁸.

A **desvalorização profissional** também é relatada como fator de desestímulo e aparece a medicina como objeto de desejo:

“Não faria odonto de novo não. Eu devia ter feito medicina.O médico é muito paparicado...” (cirurgião-dentista 13).

“Se eu pudesse voltar atrás eu não sei se faria de novo (odontologia). Eu fiz medicina até o sexto período na UFRJ e larguei porque eu não tinha a disposição pra exercer a medicina que eu achava que deveria; eu seria um médico medíocre. Hoje, com a cabeça que eu tenho, eu acho que eu gostaria de ser médico. A odontologia é desvalorizada pela população...” (cirurgião-dentista 14).

Alguns dos entrevistados referem também a *estrutura física* de sua unidade como fator de grande desmotivação, apesar de mostrarem-se satisfeitos na profissão, o que não deixa de ser um paradoxo:

“Eu tô muito satisfeita. Agora, eu acho que minha unidade precisa de uma estrutura melhor, tá muito abandonadinha...” (cirurgião-dentista 13).

“É a questão da remuneração e também as condições de trabalho. Às vezes não é só o salário, mas você trabalhar num lugar bem organizado, bem estruturado, com equipamentos que funcionam mesmo, que não te deixem na mão, as pessoas satisfeitas... isso é importante, isso pesa muito. Precisava se investir mais nas unidades. Essa daqui precisa de uma atenção maior, um olhar mais cuidadoso pra ela... Temos que capacitar mais as pessoas? Temos. Temos que valorizar mais as pessoas? Temos. Remunerar melhor? Temos. Mas também olhar para a estrutura que é um fator que pode te desmotivar muito. Você entra na unidade e vê as paredes sujas, com piso inadequado, às vezes insetos, coisas que você não consegue conceber que aconteçam dentro de uma unidade de saúde. Então é uma luta constante, a gente não pode desistir porque quem acredita, vai continuar.” (cirurgião-dentista 4).

Essa profissional destaca a estrutura física de sua Unidade como fator de grande importância para o desenvolvimento de sua prática e satisfação profissional e percebe-se em sua fala um sentimento de angústia na descrição do seu *lócus* de trabalho. Percebe-se o quanto desmotivador parece ser para essa profissional, deparar-se com problemas estruturais cotidianos para enfrentar e responder aos desafios e cobranças impostos.

Volta-se então o olhar para a questão instrumental, física, sendo a odontologia ainda tão dependente de técnicas, materiais e tecnologias. Dentro dessa ótica foram formados os profissionais que nela atuam. Seja nos centros de saúde ou mesmo no PSF.

Se por um lado, há o desafio de se mudar o modelo de atenção tradicional predominante, por outro, há milhões de indivíduos com necessidades (ou problemas de saúde bucal) acumuladas que precisam ser atendidas, utilizando-se “tecnologias duras”, que dependem evidentemente de técnicas e materiais, de máquinas e ferramentas, sem falar ainda na necessidade da produtividade, exigida pelos próprios serviços de saúde.

A vida real dos serviços de saúde apresenta-se, portanto, como um desafio, como “uma luta constante”, tendo em vista as mudanças que se fazem necessárias, dentro dessa nova ótica da produção do cuidado, conciliando-as com a assistência à saúde bucal dos sujeitos. E é o desafio da integralidade nas práticas de saúde, que articula tanto a lógica da prevenção quanto a da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Nesse sentido, Mattos¹⁰⁹ enfatiza que:

“o que caracteriza a integralidade é essa apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente a habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde, e que esse princípio é exercido por meio de um olhar atento, onde os profissionais se relacionem com pessoas e não como objetos.”

Trazendo à tona a questão do cuidado, Merhy¹⁵ complementa que poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Em contrapartida, e apesar das dificuldades vivenciadas no dia a dia, alguns entrevistados (todos do PSF) mostraram-se muito entusiasmados com a opção que fizeram:

“Eu gosto muito do que eu faço. É cansativo, é pesado, mas eu gosto muito, eu acho prazeroso, cada dia é uma coisa diferente, não é aquela monotonia do consultório; é na escola, é na cadeira, é no grupo de tabagismo, é no grupo de idosos... é gratificante, eu adoro... a gente reclama mas a gente adora né ... e eu faria odontologia de novo, não ia querer que meus filhos fizessem, mas eu faria de novo (risos)...” (cirurgião-dentista 11).

É curioso observar que, em algum momento de suas trajetórias, alguns pensaram em cursar medicina (característica comum a vários entrevistados), porém seguem convictos quanto à escolha profissional e imbuídos de surpreendente entusiasmo:

“A odontologia tá muito sucateada. Não sei se é o nosso Conselho, essas clínicas todas... o nível de satisfação de uma pessoa que estuda tanto, que gasta tanto, o retorno ou é muito lento ou ela não consegue ter o retorno que ela imagina. A remuneração, a discriminação entre médicos e dentistas, o risco de contaminação... esses dias um profissional se furou com uma paciente que tinha dado HIV indefinido e aí já entra a questão psicológica... então a valorização deveria ser pra todo mundo, eu não vejo o porquê dessa discriminação. Mas eu faria (odontologia) novamente. Meu nível de satisfação pessoal é 100%. Eu entrei na odontologia sem saber nem o que era. Minha mãe é cabeleireira, meu pai é mecânico, eu fiz 2 vestibulares pra medicina, perdi um depois eu passei na reclassificação e não fui, na Souza Marques. Aí fiz pra odonto, me identifiquei e fui fazendo... aí passei de novo pra medicina e não quis ir porque eu fui gostando da odonto; faria tranquilamente de novo”. (cirurgião-dentista 8).

“Eu sou uma pessoa muito feliz no trabalho. Embora haja dificuldades, eu consigo dar conta e eu tenho um retorno muito bom dos cadastrados. Meu nível de satisfação pessoal é muito grande. É ideológico mesmo. Ali a gente faz a diferença de verdade. E aquela realidade acaba fazendo diferença pra sua vida também. E quem não tem esse perfil, não fica mesmo. Podem oferecer o dobro do salário que não vai ficar porque são tantas barreiras, tantas dificuldades que você se assusta e o salário não vai te segurar. Eu tô realizada. Eu faria odontologia de novo. Eu comecei a fazer medicina numa faculdade federal e larguei pra fazer odonto. Eu consigo trabalhar na

estratégia (ESF) e eu consigo trabalhar no meu consultório e consigo chegar em casa feliz”. (cirurgião-dentista 9).

Um dos entrevistados, apesar de mostrar-se satisfeito e gratificado no trabalho, expressa mais uma vez a contradição existente entre a satisfação no trabalho e na profissão:

“Minha satisfação é muito grande. Eu gosto muito do meu trabalho, de lidar com as pessoas e com as dificuldades, até porque eu cresci com dificuldades; é muito gratificante pra mim. Talvez eu ganhe um pouquinho menos do que no consultório, mas eu tô bem mais feliz. Eu gosto muito do que eu faço hoje... mas eu não faria de novo não. Eu ainda vou fazer Direito E fiz odontologia achando que fosse ganhar mais e você conhece muita gente nessa situação...”(cirurgião-dentista 7).

4.3.2. Os princípios do SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Programa Brasil Sorridente

Ao serem indagados a falar sobre os *princípios do SUS*, a grande maioria dos entrevistados mostrou-se insegura e vaga em suas respostas:

“Universalidade, integralidade...”(cirurgião-dentista 3).

“Sim, conheço. O SUS tá no caminho certo, é um sonho, mas depende de várias coisas...” (cirurgião-dentista 6).

“Universalidade... não lembro de outros”. (cirurgião-dentista 14).

Entretanto, os poucos que responderam, o fizeram de forma segura:

“No papel eu acho bonito demais, acho muito bacana, sensacional o que tá escrito nas leis. Os princípios de universalidade, do acesso de todos, da equidade, pensando em que o ser humano é igual tendo diferenças..., a integralidade que é o mais bonito, mas na prática, é um dos mais difíceis e complexos. A gente nota que tem um nó, a pessoa não consegue terminar o tratamento, não só na odontologia. Sempre (a pessoa, usuário) é vista de maneira pontual, nunca consegue ser analisada por uma equipe em

que pudesse ter um diagnóstico mais preciso... A participação social é muito manipulada, é uma questão muito política e eu acho que isso acontece em todos os lugares... A questão do financiamento eu acho que é o maior nó porque de alguma forma dinheiro tem pra administrar só que ele não chega efetivamente pra população, então eu acho que um dos maiores problemas do Sistema Único é a administração. Tem muita coisa legal, tem muita gente boa e disposta no serviço mas sempre falta alguma coisa.. .Você vê educação e saúde sempre em segundo plano”.(cirurgião-dentista 5).

“Conheço os princípios e diretrizes; integralidade, universalidade, equidade, justamente o que a gente faz”.(cirurgião-dentista 8).

“Conheço. Integralidade, universalidade, equidade. Integralidade foi até o tema da minha monografia”.(cirurgião-dentista 9).

Vale ressaltar que estas falas foram produzidas por cirurgiões-dentistas, de ambos os grupos, que passaram pela formação em Saúde Coletiva/ Pública, incluindo o nível de doutorado para uma delas.

Quanto ao conhecimento sobre o **Programa Brasil Sorridente**, a maioria já ouviu falar, mas não soube explicar o que era:

“Já ouvi falar, mas não conheço muito não... na verdade, eu acho que a gente não sabe nada sobre o Brasil Sorridente, qual o objetivo disso; não veio pra gente nenhum protocolo e nenhuma orientação quanto a esse programa.”(cirurgião-dentista 3).

“Conheço muito pouco, quase nada”.(cirurgião-dentista 14).

“Já li sobre ela, mas eu não lembro de ter participado de nada dentro do município falando dessa política em si. Sei, mas não por conta da prefeitura”. (cirurgião-dentista 5).

Considerando entre os entrevistados a diversidade do tempo de formados e, em consequência, a diversidade de experiências profissionais, observa-se em suas falas certo desconhecimento desta Política, onde destacam-se, de um lado, principalmente a ainda

incipiente inserção/priorização das diretrizes do Brasil Sorridente, enquanto Política, para reorientação das práticas odontológicas no interior dos Serviços. De outro, o entendimento de que as políticas devem ser, em geral, indutoras, sendo sua implementação condicionada a vários fatores, entre os quais pode-se citar: conjuntura política, organização dos serviços, possibilidades e limites do exercício das práticas e a formação em suas várias modalidades.

A Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Brasil Sorridente surgiu em 2004 como uma política específica desenvolvida pelo governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e proporcionar a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, capaz de propiciar um novo processo de trabalho e tendo como meta a produção do cuidado. Essa política compreende um conjunto de ações individuais e coletivas que abrange tanto a promoção da saúde e a prevenção de agravos, quanto o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Cabe salientar que o Programa Brasil Sorridente foi lançado como política reorientadora de concepções teóricas e práticas no campo da saúde bucal e que, portanto, deve ser entendida, discutida e disseminada nos âmbitos federal, estadual e municipal, junto aos trabalhadores e usuários do sistema de saúde, buscando-se a integralidade da atenção e uma prática efetivamente resolutiva. A PNSB surge, portanto, para reorientar e reverter a reprodução de práticas hegemônicas da atenção e dos serviços em saúde bucal, cujo foco se dá na valorização das relações humanas no âmbito da saúde, concebendo o indivíduo em sua integralidade. Constitui pois, um grande avanço, se considerarmos ainda historicamente, a precária ou quase inexistente assistência odontológica no Brasil até 2003.

Um dos entrevistados consegue expressar, através de sua fala, a abrangência dessa política, inserida em sua rotina, destacando uma dimensão da integralidade que é a busca de articulação de ações da vigilância em saúde e a clínica:

“Já, é justamente isso. A gente tá voltado muito pra essa questão da prevenção e da promoção, não esquecendo da parte curativa, fazendo as ações, incentivando e motivando as pessoas a estarem cuidando da saúde bucal...”.(cirurgião-dentista 10).

Outros viram-se inseridos dentro dessa política, demonstrando algum conhecimento, mesmo existindo certa insegurança na sua conceituação:

“Sim. Eu sei que a gente faz parte dessa política, agora, falar a fundo o que é o Brasil Sorridente eu não vou conseguir te falar”.(cirurgião-dentista 7).

“É a política que a gente trabalha, tanto nos postos de saúde como na Estratégia da Saúde da Família”.(cirurgião-dentista 9).

Percebe-se ainda algumas contradições entre os entrevistados, no que diz respeito à compreensão da implementação da PNSB no município do Rio de Janeiro, considerando-se a análise anterior das falas dos entrevistados 3 e 5. Outro aspecto é que, mesmo após 5 anos de sua implantação e devido sua implementação incipiente, seu conceito e significado ainda não foram totalmente apreendidos pelos profissionais entrevistados do CMS. A exceção ficou por conta de dois entrevistados, possuidores de doutorado em Odontologia Social, sugerindo uma maior aproximação com as diretrizes do campo da Saúde Pública para a área.

Um dado importante a ser ressaltado é que na análise das falas dos entrevistados, os CDs pertencentes à ESF, demonstraram uma apreensão maior das diretrizes do Brasil Sorridente, principalmente em relação à reorganização da Atenção Básica, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, criação de vínculo, integralidade das ações, ente outros. Pôde ser percebido nesse grupo de profissionais um grande envolvimento e entusiasmo demonstrado pelo processo de trabalho que vem realizando na direção de um novo modelo de atenção, capaz de propiciar melhoria no estado de saúde e conseqüentemente na qualidade de vida da população.

Quando solicitados a falar sobre a participação em cursos a respeito do Brasil Sorridente, na rede pública, os entrevistados evidenciaram capacitações em outras temáticas e sinalizaram demanda para a realização de formação nas categorias centrais das diretrizes do Brasil Sorridente:

“Já participei de vários. Sobre a Política Brasil Sorridente não. Foram temas específicos; Pacientes imuno-

comprometidos, hipertensão, diabetes, tuberculose, tabagismo...”. (cirurgião-dentista 10)

“Sim. Tabagismo, amigos da amamentação... Esses cursos acontecem em cima dos programas do Ministério da Saúde. A idéia é que todos os profissionais da unidade estejam cientes dos programas que a SMS promove e que saibam acolher e orientar esses pacientes. Em relação a curso de capacitação sobre Brasil Sorridente especificamente, isso eu sinto necessidade. Você às vezes faz algumas coisas que depois é que você vê que fazem parte da política Brasil Sorridente ou do Carioca rindo à toa, mas você não vê isso como algo do programa. A gente acaba participando do programa sem ter noção do que é o programa”. (cirurgião-dentista 7)

É preciso, por conseguinte, buscar formas de se investir na capacitação dos profissionais, durante e após a formação, com processos pedagógicos que articulem teoria e prática no reconhecimento da importância de desenvolvimento, não só de atributos cognitivos, mas atitudinais e psico-afetivos, como possibilidade de se pensar a consolidação do Brasil Sorridente tendo como objetivo que *“não se produzam apenas consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário”*⁵⁹, com vistas às necessidades da população e aos princípios do SUS.

Os pressupostos orientadores da concepção de educação permanente com vistas ao ensino problematizador e orientado para a formação de competências indicam a urgente necessidade de criação de espaços educacionais em que o princípio educativo seja o processo de trabalho. Assim, é preciso ressaltar o papel dos Pólos (de Educação Permanente) como espaço de consolidação da Política, entre outros, lembrando que os trabalhadores são a base e os protagonistas do desenvolvimento do sistema de saúde¹¹⁰.

4.3.3. O entendimento dos conceitos de saúde, promoção da saúde e determinantes sociais da saúde

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas do paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida a essa questão, ou seja, entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência⁶⁴.

Nesse sentido, Campos¹¹¹ complementa que:

“Saúde é vida, por um lado, continuar vivo, anos de vida, quantidade, condições sociais e individuais para a sobrevivência (qualidade de vida); por outro, saúde implica também intensidade, modos como se gasta a própria vida, possibilidade de prazer e felicidade”.

Esse autor ainda considera a concepção sobre saúde e doença como um traço cultural, sujeitas à variação social e histórica.

O *conceito de saúde* como sinônimo de qualidade de vida e bem-estar geral, e não simplesmente como ausência de doenças, é compartilhado pela maioria dos entrevistados:

“Saúde pra mim é um bem estar físico, emocional... é o indivíduo estar inserido na comunidade e na sociedade como um cidadão, e que engloba várias coisas”.(cirurgião-dentista 8).

“Saúde pra mim é qualidade de vida, é o bem estar da pessoa... se a pessoa tá feliz, se tá psicologicamente bem... saúde envolve tudo isso, se tem moradia, se tá empregada, tudo isso é saúde, não é só a ausência de doença”.(cirurgião-dentista 10).

“Saúde é um bem estar físico, social, é o meio em que se vive que vai se refletir na própria saúde do indivíduo”.(cirurgião-dentista 11).

“Hoje, depois do PSF, saúde é ver o indivíduo como um todo”.(cirurgião-dentista 13).

É curioso notar que os conceitos de saúde e qualidade de vida aparecem fortemente relacionados em várias respostas. Para Minayo¹¹², *qualidade de vida* é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Em resumo, a noção de *qualidade de vida* transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.

Essa idéia abrangente de saúde, como um conceito mais amplo, que é socialmente construída e que não é mais vista como simples ausência de doença, corresponde à ampla concepção de saúde já descrita na Carta de Ottawa em 1986, que tem como pressupostos entre outros, alimentação, habitação adequada, educação, renda, lazer, ecossistema saudável e justiça social.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia que visa à criação de mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade, que defendem a equidade e incorporam a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Não se pode falar de promoção da saúde sem chamar a atenção para os determinantes sociais da saúde, que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre e que impactam diretamente a saúde. Pensar promoção da saúde é pensar a estreita relação entre saúde-sociedade e/ou saúde-políticas públicas. O reconhecimento dessa relação impõe mudanças que apontam a superação das desigualdades presentes nos determinantes sociais da saúde. Cabe lembrar que as desigualdades são as diferenças sistemáticas na saúde de grupos populacionais e iniquidades são as desigualdades na saúde evitáveis, injustas e desnecessárias. Nessa perspectiva, a promoção da saúde amplia o repensar das intervenções que podem ser realizadas para além do enfoque biomédico, viabilizando as mesmas oportunidades de saúde a todos os indivíduos.

A saúde e o bem-estar são, portanto, valores subjetivos e socialmente definidos, importando em valores e escolhas pessoais.

Ao mesmo tempo em que esse conceito de saúde se amplia para além das fronteiras da doença e do biológico, aumenta-se também a dificuldade em contemplar todos os aspectos para alcançar a prática, como pode ser visto na fala do entrevistado que se segue:

“Eu entendo a saúde como algo que é mais amplo e que depende de vários fatores, então eu entendo que pra gente ter saúde a gente precisa ter saneamento, moradia adequada, lazer, transporte né, precisa trabalhar em um local agradável... então eu entendo a saúde não como ausência de doença ou de lesão, como a gente entendia antigamente. Eu entendo também como é difícil alcançar esse conceito de saúde. A medida que a gente amplia o conceito, mais difícil é alcançar aquilo, mas enfim, a gente tem que caminhar, não dá pra desistir.”(cirurgião-dentista 4).

O entendimento do **conceito de Promoção da Saúde** traz subsídios para a “operacionalização” desse conceito ampliado de saúde. Ainda, no que diz respeito ao entendimento sobre a promoção da saúde e quais atividades eram desenvolvidas nesse sentido em suas unidades, as respostas mostraram-se heterogêneas, o que demonstra certa confusão entre os conceitos de prevenção (de doenças) e promoção da saúde, ainda bastante enraizado entre os profissionais da odontologia.

Na fala a seguir, o profissional demonstra essa confusão relacionando a realização de exames e mamografia com o conceito de promoção de saúde:

“É o paciente poder fazer exames regulares para a prevenção de doenças, exames de mamografia, não necessariamente quando o paciente tem doenças”.(cirurgião-dentista 1).

Czeresnia⁶⁴ destaca que as ações preventivas definem-se como ações orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

A idéia de Promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha.

Por outro lado, alguns entrevistados relacionaram o conceito de promoção da saúde à mudança de estilos de vida através da educação participativa e da potencialização de saberes dos sujeitos no sentido do *empowerment*, possibilitando assim, escolhas saudáveis de vida compatíveis com as realidades de cada um e condizentes com o ideário da Promoção da Saúde:

“É fazer com que as pessoas possam ter opções saudáveis de vida. Então tá diretamente relacionado a esse conceito de saúde”.(cirurgião-dentista 5).

“É você dar meios sociais, econômicos, físicos, de a pessoa viver bem. É dar condições...” (cirurgião-dentista 2).

“É tornar o paciente ciente do papel dele no seu próprio estado. É levar orientação a respeito do que ele pode fazer pra mudar sua vida”.(cirurgião-dentista 7).

“Pra mim, promover saúde é você estar trabalhando na orientação, na prevenção, na cultura né, porque é difícil mudar a cultura nessa população. É realmente um trabalho de formiguinha a gente tá mudando essa cultura, até mesmo dos profissionais de saúde que não tem essa cultura de promover saúde, de prevenção, de estar orientando, de educação na saúde... pra mim é isso, é você tá orientando, não só quanto à prevenção, mas também na mudança de hábitos e em tudo o mais”.(cirurgião-dentista 8).

No seu sentido mais amplo, pode-se considerar que promover a saúde significa promover a vida, o que se traduz em um conjunto de princípios, valores, atitudes, procedimentos e tecnologias dirigidos a aumentar a capacidade de indivíduos, populações e organizações para enfrentar os determinantes pessoais, sociais, ambientais e econômicos e melhorar a qualidade de vida¹¹³.

Se por um lado, na análise dos discursos (de alguns entrevistados), já se pode visualizar um entendimento da importância dos DSS para a saúde e a interdependência entre condições de vida e saúde, por outro, pode ser sentida a dificuldade de incorporação desses conceitos na prática cotidiana dos serviços.

4.3.4. O vínculo com os sujeitos e a intersubjetividade na prática dos serviços

Foi pedido aos entrevistados que comentassem sua percepção acerca da possibilidade de desenvolvimento de *vínculo* entre o cirurgião-dentista e o usuário do SUS, dentro de sua prática profissional. Vínculo é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A constituição de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe¹¹¹.

Todos os profissionais do CMS falaram da possibilidade do desenvolvimento do vínculo com o usuário, embora relatassem alguns fatores que interferiam negativamente para a criação de tal relação. Um dos profissionais trouxe a questão da produtividade exigida pelos serviços como um fator complicador para o desenvolvimento do vínculo,

relatando inclusive, o número de procedimentos conclusivos que devem ser realizados em cada turno:

“A gente tem em torno de 30 minutos pra cada paciente, que é muito pouco, então a gente tem esse momento pra conversar com o paciente, pro atendimento, pro agendamento desse paciente... A cobrança existe em relação ao nº de procedimentos que são realizados. Eu não me conformo muito com isso porque você tem que realizar em torno de 8 a 10 procedimentos conclusivos em cada turno e às vezes o paciente tem outras necessidades que muitas vezes você não pode atender porque você tem uma produtividade a cumprir. Mas eu acho que é muito possível esse vínculo e a gente trabalha pra isso, mas tem também usuário que não quer... para ele o bom profissional é aquele que senta, atende, não conversa, resolve, acabou, vai embora e meia hora pra ele (usuário) é o ideal.” (cirurgião-dentista 4).

Ora, para que haja o desenvolvimento da confiança, da aderência ao tratamento proposto, do estímulo ao autocuidado e à autonomia, utilizando a educação em saúde para ajudar as pessoas a se ajudarem, enfim, para que a construção do vínculo aconteça, é preciso comprometimento e investimento profissional nesta relação, o que muitas vezes torna-se incompatível com a exigência dos serviços de saúde por número de procedimentos. Deixa-se de se avaliar se tais procedimentos efetivamente trataram ou reabilitaram alguém, para se afirmar se foram realmente executados.

No relato acima, observa-se um outro ponto interessante. A profissional comenta que devem ser realizados de 8 a 10 procedimentos conclusivos em cada turno, o que não deixa de ser um paradoxo se levarmos em consideração que o que se almeja hoje é uma odontologia minimamente invasiva, mais conservadora e com a menor intervenção possível. Seguindo esse raciocínio, se a profissional gastar todo o seu tempo clínico orientando e informando o paciente, sem realizar ao menos um “*procedimento conclusivo*”, pode-se ter a impressão de que essa profissional não “trabalhou” corretamente. Dessa forma, o profissional acaba sendo levado a produzir algo (desnecessariamente), para responder positivamente aos anseios dos mapas estatísticos, o que não deixa de ser uma contradição frente aos objetivos não só da odontologia moderna, mas também das DCN e do SUS. Ainda nesse mesmo relato, outro fator que poderia interferir negativamente na

criação do vínculo seria o próprio usuário, que muitas vezes não dispõe de tempo ou não valoriza esses momentos de orientação e educação para a saúde.

Outro profissional citou, além do número de atendimentos, a falta de equipamentos e a estrutura precária como um fator desfavorável à criação de vínculos:

“Hoje eu tenho pouco contato com os adultos porque a consulta semanal nem sempre acontece, em virtude da falta, da remarcação, da quebra de autoclave, por exemplo.... Hoje tá mais difícil (o vínculo), mas que dá, dá. Você tem que atender no mínimo 8 (em um turno), mais as emergências, que não dá pra dizer não. A gente não tem estrutura pra isso. A gente não tem RX que muitas vezes salva a nossa vida.” (cirurgião-dentista 5)

No que diz respeito à produtividade, tanto os profissionais do CMS quanto do PSF devem realizar um procedimento conclusivo a cada 30 minutos. Os CDs do CMS cumprem 5 turnos por semana e os do PSF dez turnos por semana, sendo que esses últimos cumprem 6 turnos para o atendimento clínico e 4 turnos para visitas domiciliares, reuniões de equipe, Dentescola (Saúde do Escolar) e ações coletivas na unidade.

Tem-se, portanto, uma situação de conflito naqueles profissionais alinhados aos princípios do SUS, que buscam levar informação, acolhimento e orientação ao usuário, o que demanda tempo, enquanto prevalece o privilegiamento de atos mecânicos e operatórios, marca da odontologia tradicional e que ainda predomina nos serviços odontológicos, mesmo no interior de uma unidade do SUS, cuja lógica deveria ser outra.

Nesse sentido, as causas dos desencontros entre projetos institucionais, atuação concreta da equipe de trabalhadores e necessidades da população são múltiplas. Vão desde conformações históricas de cunho político-ideológico e cultural até pressões advindas do mercado de trabalho¹¹⁴. Ou seja, a política preconiza o atendimento humanizado, a escuta, a integralidade, mas o serviço cobra produtividade. O profissional entra em conflito (ou não) com sua própria formação frente aos desafios e às demandas e, no entanto, o que o usuário espera muitas vezes é uma intervenção clínica. São múltiplos os desencontros.

A respeito dessa dinâmica mecanicista, Barros e Carvalho¹¹⁵ afirmam que os trabalhadores de saúde estão padecendo de males relacionados à forma como se dá a

organização do processo de trabalho em saúde no Brasil e que os mecanismos de defesa desenvolvidos contra o sofrimento são muitas vezes propícios à produtividade. Percebe-se, portanto, nessa assertiva, que esse comportamento mecânico desenvolvido por alguns profissionais, coloca-se como obstáculo a uma prática reflexiva, tão necessária à reformulação dos processos de trabalho, coerentes com as diretrizes da política de saúde bucal atual.

Quanto aos profissionais do PSF, todos enfatizaram de forma veemente, a criação do vínculo como alicerce fundamental para seu trabalho, voltando-se agora não apenas para o usuário, mas também para a comunidade:

“Com certeza (há o vínculo). Eu acho que até pelo fato da gente estar lá 40 horas semanais, de segunda a sexta, sempre na comunidade... e a gente vai na casa das pessoas, faz visitas e eles recorrem a gente pra tudo...é uma vaga na escola que eles não conseguem, é o esgoto que a gente entra em contato com a associação... a gente tá sempre agindo junto pra estar melhorando as condições de vida da população, integrando eles até a sociedade, como o grupo do idoso por exemplo. Como a gente acolhe eles, eles acolhem a gente também. É bem legal.” (cirurgião-dentista 8).

“Acho, com certeza. Os meus pacientes eu conheço pelo nome e eles também me conhecem... a questão vai muito além do consultório... quando eles me encontram na rua eles me falam de outras questões fora a saúde bucal; com os meus pacientes eu tenho bastante vínculo. A gente faz visita domiciliar né, conhece a família toda... a gente sabe se ele tá trabalhando, se tá estudando, a gente sabe da vida dele na comunidade... eu acho importante porque assim ele fica mais seguro quando vai pra tua cadeira (para o atendimento clínico).” (cirurgiã-dentista 10).

Um dos entrevistados aponta ainda a possibilidade de promover saúde dentro de sua prática, apesar da inexistência da cadeira odontológica em sua unidade:

“Com certeza, ainda mais no PSF. A gente conhece todo mundo na comunidade, eles me conhecem pelo nome. Eu estava lá desde o início, antes da inauguração. E eu fiquei lá 7 meses sem cadeira, então eu fazia muito a parte de promoção, fazia muita visita domiciliar e a comunidade

sabia e entendia que ainda não tinha cadeira, então a comunidade participou de todo o processo de instalação da odontologia.”(cirurgião-dentista 11).

Um outro aspecto que chamou atenção em uma das falas traz a tona o problema social com que o profissional se depara, evidenciando dessa forma, o reconhecimento dos determinantes sociais de saúde, exemplificada nesse caso como a falta de saneamento e até mesmo a dificuldade de alimentação, enfrentadas pela comunidade. O profissional percebe que, sem tato e sem o foco na atenção e no cuidado, ele não consegue a penetração necessária nessa comunidade para a criação do vínculo, tendo em vista questões sociais sérias com as quais ele deve aprender a lidar.

“No início, a gente faz o levantamento epidemiológico na visita (visita domiciliar), e aí a gente consegue desenvolver o vínculo, porque a gente percebe o problema social. A gente vai falar de escovação de dente, alimentação, açúcar só nas refeições principais e tal... pra populações que mal tem o que comer, né. Às vezes você tem que pular o esgoto da casa pra entrar. Eu também acho que é o papel da gente tornar essa entrada menos impactante pra família, que sabe que vem” um doutor “, e tornar essa visita menos constrangedora pra essa família, com tato. A gente acaba captando as dificuldades porque a gente passa mais tempo convivendo com essa comunidade”.(cirurgião-dentista 7).

Ainda no que diz respeito à entrada do profissional na casa das pessoas, Abrahão e Lagrange¹¹⁶ afirmam que observar seus hábitos, suas relações intrafamiliares, sua rotina cotidiana pode ser extremamente rico e importante para o planejamento e execução das ações sanitárias. Uma atividade complexa e adotada pelos principais modelos de atenção à saúde que, se não for efetuada, respeitando a individualidade da família e em acordo com objetivos estabelecidos pelo projeto terapêutico, com limites claros e bem definidos, pode se transformar em poderoso instrumento de controle e vigilância da população.

O vínculo constitui, desta forma, peça fundamental nos processos de trabalho e nas ações terapêuticas desenvolvidas pelas equipes de saúde, não somente nas ações de atenção básica, que envolvem mudanças de hábitos, como em outros níveis mais complexos de atenção. O vínculo ainda abre espaço para a escuta e para a inclusão do saber, dos desejos,

das necessidades e subjetividades do outro. É preciso, portanto, aproximar o mundo da formação teórica-metodológica-estruturada ao mundo real e cotidiano onde as práticas se realizam, numa tentativa de re-valorizar categorias como vínculo e acolhimento, tendo o cuidado em seu sentido mais amplo, como um valor essencial nessas relações subjetivas entre usuários, profissionais e instituições.

Para resgatar essas categorias, torna-se importante o incentivo (dentro e fora das academias) a uma prática reflexiva, não explícita em manuais e protocolos, mas implícita nos gestos, nos olhares e naquilo que muitas vezes não é dito. Não se trata de desqualificar ou menosprezar as facilidades tecnológicas ou os avanços científicos que tanto facilitam diagnósticos e tratamentos, mas levá-los ao encontro das necessidades e expectativas dos sujeitos, em seus processos de adoecimento e sofrimento.

4.3.5. As barreiras nas práticas cotidianas

Nesse ponto buscou-se compreender nas falas dos entrevistados, a pluralidade de *barreiras* existentes que podem comprometer em muito, a prática profissional desses atores. A respeito das barreiras para o exercício profissional foi comentado, principalmente entre os profissionais do CMS, dificuldades que esbarram na *falta de pessoal auxiliar*, como por exemplo, as técnicas em saúde bucal (TSB):

“Falta pessoal auxiliar. Pra atender criança então a gente precisa. Isso atrapalha a rotina. Temos THD (TSB), mas ela não pode ajudar. A gente tem que atender o paciente, a gente tem que fazer a agenda, a gente tem que fazer a produção, todo mundo tem várias funções. (cirurgião-dentista 3).

Sob o ponto de vista de outro profissional do CMS, a *produtividade* exigida configura uma grande barreira para um atendimento de qualidade, posto que há um grande número de usuários para serem atendidos, ao mesmo tempo em que não há estrutura física para tal:

“São muitas barreiras. O mais complicado é essa questão realmente da produtividade. Você quer um atendimento com qualidade e ao mesmo tempo você quer produtividade,

que às vezes é muito rígida e eu às vezes não consigo entender como essas coisas caminham. A gente tem muitos indicadores pra trabalhar a quantidade, mas não a qualidade do serviço prestado. É difícil medir qualidade. Então essa questão da produtividade é uma delas... Ao mesmo tempo você tem um nº grande de pessoas para serem atendidas mas não se amplia a rede pra poder dar cobertura. É lógico que se você pensar que, se você amplia a atenção pra dar cobertura a essas pessoas, você precisa de estrutura ... são necessidades acumuladas né, e realmente, pra gente absorver toda essa população vai levar um tempo, então não adianta só implementar a política sem dar condições pra isso.” (cirurgião-dentista 4).

Outro ponto que chamou muito a atenção, não somente pela gravidade e influência direta em todo e qualquer projeto relacionado à produção em saúde, mas também por estar presente na maioria das falas dos profissionais do PSF foi a problemática da **violência**. Os entrevistados destacaram a violência como uma grande barreira a ser superada no cotidiano do trabalho. É interessante perceber também nessas falas uma ambiguidade de sentimentos acerca da violência, que imprime sua marca no dia a dia desses profissionais: *medo* (dos tiroteios), *amor* (pelo trabalho), *solidariedade* (pelas pessoas), *indiferença* (com o tráfico de drogas):

*“A violência. Ontem mesmo eu não pude sair da unidade pra fazer a vd (visita domiciliar) por causa do tiroteio. Eu entro na comunidade com os vidros do carro abaixados e eu conto que os meninos me reconheçam, né (os meninos olheiros do tráfico com radinho, que ficam na entrada da comunidade fazendo vigia), só que tão sempre mudando. Dá **medo**... tem dia que dá **medo**”.* (cirurgião-dentista 13).

*“É o clima hostil, violento da comunidade. É muito tiroteio mesmo. Tem dia que tem que fechar a unidade meio-dia. Tem dia que você não pode sair e você fica trancada até 5,6 horas da tarde e você não pode sair por conta do tiroteio. A barreira pra mim é a violência local. Esses postos deveriam estar, como é preconizado no Brasil Sorridente, mais à beira de estrada, pois assim a gente estaria mais afastada desses confrontos. A unidade fica num lugar de difícil acesso. Só entra quem trabalha ali e os moradores. Gente de fora não tem como entrar. E se você entrou e começa o confronto, você também não sai, fica **presa, encurralada**.”* (cirurgião-dentista 9).

*“Você entra em comunidade com violência. O cara entra armado com segurança lá fora e bota a arma em cima da sua mesa. Pessoas baleadas e você tem que fazer curativo; risco que a gente corre, de repente sai um tiroteio lá e sai todo mundo correndo e você tem que ficar no corredor, todo mundo abaixado... você tem que ter **amor** pelo que tá fazendo. Você tem que ter um perfil bem grande pra estar atuando em comunidade, de **querer ajudar as pessoas** porque tem hora que é complicado... muitos (profissionais) choram, falam que vão sair... muitos não aguentam realmente atuar ali... na hora do tiroteio, a mulherada (as profissionais de saúde – dentistas, médicas...) sai gritando, falam que não vão mais voltar e muitas não voltam, justamente porque são áreas de risco.”(cirurgião-dentista 8).*

*“Eu já tô **até acostumada**, mas a minha comunidade é muito violenta também. Tem uma boca de fumo em frente ao meu posto... tem épocas que a gente fica um bom tempo sem poder fazer visita domiciliar entendeu, a comunidade às vezes tá perigosa e pode sair tiroteio a qualquer momento”.*(cirurgião-dentista 10).

Ficou claro que, para esses profissionais, há um dilema a ser superado. Se por um lado, são profissionais da saúde e estão imbuídos de um papel de cuidadores e produtores das ações de saúde e inseridos num ambiente onde por vezes falta tudo – *“Às vezes você tem que pular o esgoto pra entrar na casa...”* - por outro, devem superar obstáculos por vezes impensáveis e intransponíveis e lutar pela própria sobrevivência. Não há como deixar de mencionar a violência como uma questão de vulnerabilidade social e de saúde nas grandes cidades. A organização dos serviços de saúde sofre com a realidade da violência urbana. A ocorrência de atos de violência e vandalismo tem se tornado um impedimento para a expansão do PSF nessas áreas, em virtude da dificuldade em se conseguir profissionais de saúde dispostos a trabalhar e se fixar nesses locais, especialmente no caso dos profissionais médicos. Acrescente-se a isso que os custos para a manutenção das unidades do PSF tornam-se elevados, dada a necessidade de investimentos em aparatos de segurança e apoio institucional qualificado para mediar situações de maior grau de vulnerabilidade social e de saúde¹¹⁷.

Minayo, ao abordar a problemática da violência nos serviços de saúde afirma que a violência antes de ser um problema intelectual é uma questão da práxis sócio-política, que

afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização e envolve também os profissionais como vítimas (muitas vezes alvos da delinquência que penetra os espaços dos serviços), mas também como atores que reproduzem, contribuem para superar ou exacerbam suas expressões. Afirma ainda que o que não se pode hoje é compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle e que do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto do seu grupo¹¹².

Segundo dados do Observatório de Recursos Humanos¹¹⁸, o problema da segurança pública tem esvaziado os centros de saúde das periferias das grandes cidades, que também sofrem o efeito da falta de água, de luz e de profissionais em tempo integral para garantir o atendimento.

A questão da violência hoje no Rio de Janeiro, deve fazer parte da agenda das autoridades e gestores locais, entendendo que os profissionais são essenciais na construção e implementação de um sistema de saúde como o SUS. Faz-se, pois, urgente, a tomada de ações no sentido de equacionar essa problemática que tangencia os serviços de saúde, sob pena de se observar um esvaziamento das unidades, tanto de profissionais quanto dos próprios usuários.

Alguns profissionais do PSF consideraram ainda os *médicos* (ou a falta deles) outra barreira para o bom andamento dos serviços, seja pela reprodução do modelo assistencial tradicional voltado para a doença, seja pelo número insuficiente desses profissionais atuando no PSF:

“O médico... É sério. A gente (dentistas) tá engatinhado em cima da promoção da saúde, mas o médico... ele tem um papel principal, ele é o protagonista dessa história, mas ele ainda não vestiu a camisa... ele acha que aquilo não é problema dele. É em cima da formação acadêmica do médico (a barreira), do “atendimento/receita”. Ele se preocupa com a parte curativa e deixa de lado a promoção”.(cirurgião-dentista 7).

Quem resolve os problemas médicos no dia a dia é a enfermagem, que faz os encaminhamentos pros hospitais. É dessa forma, infelizmente. Então, outra barreira no PSF hoje é a falta de médicos. Isso eu posso te garantir que é

geral, no Rio de Janeiro inteiro. Não tem e não vai ter.
(cirurgião-dentista 9).

Observa-se em ambas as falas que os entrevistados percebem os médicos como atores centrais nos serviços - *“ele é o protagonista dessa história”* - e que muitos destes não se sujeitam às condições adversas de trabalho, como carga horária excessiva, salários baixos e violência, ao contrário dos demais profissionais, como dentistas e enfermeiros, atores “secundários”, que não só se sujeitam, mas desempenham muitas vezes o papel que caberia aos médicos.

Considerando o protagonismo médico apreendido pelas falas, nas equipes do Saúde da Família depreende-se que a alta rotatividade ou mesmo a ausência desses profissionais são fatores que comprometem um pilar importante da estratégia, com base no vínculo do profissional com a população.

4.3.6 A formação profissional vista de dentro

Quanto à percepção dos entrevistados em relação a sua *formação profissional* e se essa formação, no seu entender, foi adequada ao SUS, os entrevistados consideraram de um modo geral, *inadequada*, independentemente do vínculo institucional (CMS ou PSF) a que pertenciam e do tempo que possuíam de formados. Apenas um entrevistado afirmou ter sido formado com uma visão voltada para o SUS, creditando essa formação à disciplina de Saúde Coletiva cursada na faculdade:

“A minha (formação) foi, em particular por causa da Saúde Coletiva(disciplina) que eu tive. Eu já saí com essa visão de SUS. A maioria na minha universidade, eu acredito que sim. Eu já acreditava que o SUS tinha os melhores princípios e as melhores idéias; óbvio que a gente não tem ilusão que ele vai funcionar 100%. Mas já tinha idéia de que só quem tem perfil pode trabalhar no SUS, de atendimento de pessoas como pessoas, e a gente sabe que isso não acontece nos postos de saúde”. (cirurgião-dentista 9).

O ensino odontológico brasileiro carrega ainda marcas do flexnerianismo, como a compartimentalização do currículo, a transmissão vertical de conhecimentos e a especialização precoce. Não se prioriza a integração das disciplinas, a problematização no estudo de casos, a aproximação teoria-prática. Ocorre que os docentes foram formados nesse mesmo paradigma, reproduzindo esse modelo de ensino. Alia-se a isso o fato de que muitos estão voltados também para sua atividade privada e seguem, de um modo geral, alheios às mudanças que vem acontecendo nos últimos anos, tanto relativas às novas necessidades em saúde como ao mercado de trabalho em odontologia. Ao adentrarem nesse mercado de trabalho, os novos profissionais deparam-se com novas questões e demandas, tanto sociais quanto técnicas e biológicas e constatam a limitação de sua formação, indo buscar na pós-graduação o aporte teórico que julgam necessário (nem sempre conjugado ao mundo real).

A esse respeito, é interessante notar que grande parte dos entrevistados foi buscar na pós-graduação em Saúde Coletiva, esse embasamento teórico para atuar no SUS, numa tentativa de suprir a lacuna deixada durante o período de formação. Alguns buscaram a pós-graduação antes do ingresso no serviço público; outros a buscaram após esse ingresso:

“Não considero minha formação na graduação adequada, muito pelo contrário. Tinha uma cadeira que era Odonto Coletiva e ninguém dava a mínima importância, quase não tinha aula e era aquela coisa bem vaga mesmo. Saí da faculdade e entrei logo no serviço público e aí mudei completamente a minha visão. Só não fiz uma pós porque ainda não tive oportunidade... Tecnicamente sim. No tocante à promoção não. Eu me formei em 97. Faltava visão social.” (cirurgião-dentista 2 e 7).

Estes profissionais, formados há mais de dez anos e que trabalham no CMS, referiram que durante sua graduação, não havia a valorização da disciplina de Saúde Coletiva e visão social, fatores que consideram importantes para sua prática no SUS. Consideram-se preparados tecnicamente para a Clínica, contudo, essa formação técnica é hoje insuficiente e completamente limitada, se considerarmos os sujeitos em todas as suas nuances, necessidades e complexidade. A Clínica não dá conta de tudo e é apenas um dos aspectos a serem contemplados.

Na resposta que se segue, a profissional formada há 9 anos, reconhece a importância da disciplina de Odontologia Coletiva dada na graduação, como base para sua prática e relata ainda que foi buscar na pós-graduação em Saúde Pública o conhecimento teórico que julgava necessário, já que seu intuito era o de se preparar para o PSF. No entanto foi destacado o distanciamento entre a teoria do curso e sua prática:

“Não muito. A faculdade tá muito voltada pra questão das especialidades, mas também não me deixou despreparada não. A gente tinha uma disciplina que era Odontologia Coletiva que me deu base pro que eu faço hoje em dia; as palestras, o material didático que eu uso para fazer a promoção... muita coisa eu aprendi nessa disciplina. Eu fiz a pós (especialização em saúde pública) porque eu já queria entrar para o PSF, mas eu não achei que me ajudou muito não... porque não era muito prático, era muito distante da nossa realidade, do nosso dia a dia, muito teórico e afastado da prática”.(cirurgião-dentista 10).

Nessa perspectiva, o processo de ensino que vigora ainda hoje (e aqui estamos falando de uma especialização em saúde pública realizada recentemente), pauta-se nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a

prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos, independentemente de sua inserção sócio-histórica e cultural¹¹⁹. Permanece a teoria afastada da prática e distante da realidade do trabalho, ou seja, não leva em conta o contexto da cultura e da linguagem em que são experienciados e compreendidos os sujeitos.

No depoimento abaixo, o profissional considera que sua formação não o preparou para o SUS e que seu aprendizado se deu na prática. Em contraste com o depoimento acima, ele buscou a pós-graduação em Saúde Coletiva após o ingresso no PSF:

“Não, não me preparou. Eu me formei em 2000. Eu acho que agora tem até a cadeira de PSF na grade curricular mas quando eu me formei não. Meu aprendizado foi no dia a dia. Eu quis fazer a pós pra eu poder aprender. Eu já estava no PSF e eu tinha que aprender pra poder servir onde eu estava trabalhando”.(cirurgião-dentista 11).

Cabe evidenciar mais uma vez a fragmentação do ensino, muito presente durante a graduação, que traz como principal consequência a visão compartimentada do paciente:

“Na faculdade não porque nela você não aprende a ver o paciente como um todo, mas após o curso de saúde pública e a prática no posto, comecei a desenvolver o perfil do SUS. Trabalhei muito tempo em posto de saúde antes de entrar no PSF”.(cirurgião-dentista 12).

“Clinicamente me preparou sim, mas antes de me formar eu não tinha muita idéia de como era o serviço público... as pessoas começaram a se envolver em cursos de pós-graduação em saúde pública porque tinha o Saúde da Família e o salário era bom....” (cirurgião-dentista 14).

Foi destacado pela maioria dos entrevistados que o aprendizado das questões ligadas à Saúde Coletiva e ao SUS deu-se na prática do trabalho, tanto nos postos de saúde quanto nas equipes de Saúde da Família. A leitura que se faz acerca dessa constatação é que, ao menos para esses profissionais, houve a possibilidade da construção de um saber vindo da prática, qual seja, a formação pelo (e no) próprio processo de trabalho, o que não aconteceria sem um agir reflexivo. Ou seja, a prática como um fator determinante na construção do conhecimento através da ação-reflexão-ação. Na visão de outro entrevistado,

o fator primordial para o trabalho no SUS seria o perfil humanístico do profissional, tendo em conta que esse perfil não se aprende, não se ensina, nem mesmo em cursos preparatórios para o PSF:

“Sinceramente, nem os cursos de especialização do PSF preparam o profissional pro que a gente encontra. Na verdade, é gostar de lidar com gente, entender o ser humano, de não ter nenhum tipo de preconceito, tem que ter um perfil e isso aí nenhuma especialização no mundo te dá”.(cirurgião-dentista 9).

Para essa profissional, o “perfil do SUS” é algo inato, ser ou não ser (humano), ter ou não ter (preconceito). Acredita-se, contudo, que esse “perfil” pode ser construído; por conhecimento e envolvimento com o SUS, por necessidade profissional e/ou pelo amadurecimento pessoal e profissional. Ressalta-se que a inserção das ESB na ESF ocorreu a partir de 2001, e que, só então, o SUS se tornaria mais atraente para os cirurgiões-dentistas, tendo em vista a possibilidade de abertura de postos de trabalho nas USF, o que de fato ocorreu.

Finalmente, quando indagados sobre quais habilidades ou capacitações os profissionais julgavam serem importantes para o trabalho no SUS, foram salientados aspectos como: **criatividade** (em saber compensar a falta de um material ou equipamento), **jogo de cintura** (em lidar com pessoas e/ou condições adversas), **visão da clínica geral** (principalmente na atenção básica de saúde, caso dos CMS e PSF) e **visão humanística** (gostar, entender, lidar, acolher):

*“No SUS, a principal é a **criatividade** além da capacidade de adaptação, **jogo de cintura**, saber lidar com as questões até mesmo técnicas, até mesmo lidar com os pacientes. Às vezes as pessoas chegam até aqui com uma agressividade... você começa a falar e as pessoas te interpelam, entendeu... aqui elas vivem num meio muito violento. Isso sempre me chamou muito a atenção e eu acho que vem piorando a cada dia”.*(cirurgião-dentista 4).

*“Ele tem que aprender a ser um bom **clínico geral** tem que ter conhecimento da política e do sistema (SUS)... na verdade, no concurso, a gente deve estar apto a fazer*

preceptoria (orientar e acompanhar estagiários), a ser goleiro, ser defesa, atuar no meio de campo, atacar...” (cirurgião-dentista 5).

*“Eu acho que acima de tudo a pessoa tem que **ser humana** né. A capacitação técnica a gente aprende na faculdade agora, no dia a dia, muitas vezes o paciente tá psicologicamente comprometido, muitos estão abalados pela vida que vivem, pelas dificuldades, então eu acho que a gente tem que ter muito amor entendeu, muita paciência; é uma questão humana mesmo, não é algo que a gente aprenda em nenhuma capacitação, tem que ser alguma coisa sua mesmo.”*(cirurgião-dentista 10).

*“ A primeira abordagem e saber ganhar a confiança dele são muito importantes. Ele pode até ser um ótimo profissional, mas se não souber tratar o usuário bem, **saber acolher, ter uma visão de clínica geral...**”* (cirurgião-dentista 13).

De um modo geral, pode-se observar nas respostas dos profissionais uma valorização muito maior no que diz respeito às características humanas (criatividade, jogo de cintura, amor pelo próximo...) do que propriamente às habilidades técnicas (capacidade de realizar procedimentos específicos) no que concerne ao trabalho no SUS.

Não se trata de menosprezar a importância da Clínica e todas as “tecnologias duras e leve-duras” envolvidas; decerto que são insuficientes. Trata-se de investir no encontro do trabalhador em saúde com o usuário, buscando a produção do melhor cuidado em saúde. A esse respeito, Mehry¹⁵ conclui que:

“Estamos apostando na formação de um profissional que deverá ter a capacidade de dispor de uma caixa de ferramentas tecnológicas cujo compromisso-objetivo é produzir o cuidado em saúde, visando impactar necessidades que os indivíduos e/ou os grupos portam e expressam como necessidades de saúde. No caso do médico queremos produzir um” operador “de tecnologias de saúde (duras, como os equipamentos, leve-duras, como a clínica e a epidemiologia, e as leves como os processos intercessores relacionais), que tenham competência de gerar e gerir um "projeto terapêutico" que sirva de substrato para a produção do cuidado médico em particular. É na construção deste projeto terapêutico que se faz o exercício de síntese das competências.”

É certo que a formação profissional habilita trabalhadores para determinado ofício em diferentes níveis de operação do trabalho, mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas, novas descobertas ou a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde⁷¹.

A despeito da constatação de que houve, sem dúvida, nos últimos anos, uma abertura no mercado de trabalho no setor público para os profissionais da odontologia, ainda existe um atraso histórico da profissão quanto ao movimento para uma reflexão crítica dos modelos tradicionais de atenção. Nesse sentido, para Morita e Kriger⁴⁰:

“... os profissionais ainda vêm sendo formados segundo um modelo que privilegia o tratamento de doenças, trabalha de forma autônoma, não tem experiência de trabalho em equipe e tem pouca familiaridade com as instâncias do SUS”.

Não se discute que a formação é um pilar fundamental na produção de saberes/fazer mas, o que fazer então com os milhares de profissionais da saúde, já formados, que estão atuando na linha de frente dos serviços, pelos quatro cantos do Brasil? Será que a transformação virá através de mudanças verticais nas políticas?

Um entrave que se coloca para a transformação dos profissionais da odontologia diz respeito às próprias instituições formadoras. Em seu recente estudo de caso etnográfico, realizado numa proeminente Faculdade de Odontologia no Rio de Janeiro, Costa¹²⁰ afirma que não se pode menosprezar o fato de que os saberes, valores, conteúdos, práticas pedagógicas, etc, não correspondem aos que estão definidos pelas políticas de formação odontológicas vigentes, desde a aprovação das atuais diretrizes (Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia), sendo o saber fazer procedimental o aspecto mais valorizado do *habitus* profissional em seu currículo.

Uma explicação para tal afirmativa, segundo esse autor, seria a própria resistência das escolas, em função de um patrimônio cultural sedimentado e cristalizado, em empreender as transformações pretendidas pelas políticas atuais de formação odontológica,

tais como a subordinação da técnica ao cuidado humanizado, o desenvolvimento do ensino na rede do SUS, a integração curricular, entre outras.

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais voltados para o SUS, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação dos trabalhadores.

É nesse sentido que Ceccim¹²¹ advoga pela Educação Permanente em Saúde, como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população. A Educação Permanente em Saúde seria assim, um mecanismo de desconstrução do ensino formal e tradicional, um instrumento imprescindível de adequação dos conteúdos teóricos à realidade prática, assegurando a qualificação permanente dos profissionais que já se encontram nos serviços, para o enfrentamento dos desafios que se impõem, considerando as políticas que abarcam os atos de saúde. Configura-se, portanto, como meio de discussão, de debates e de reflexão, levando a mudanças de pensamento e atitudes, na busca por uma clínica humana e resolutiva.

Num esforço de substituir o modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar, foi lançado em 2005 o Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação. O objetivo do programa é a integração ensino-serviço visando a reorientação da formação profissional e assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica¹²². Também como estratégia do Pró-Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica, foi criado o Pet-Saúde, em 2008, tendo como conceito chave a educação pelo trabalho, integrando ensino, serviço e comunidade e estimulando a criação de grupos de aprendizagem na Estratégia Saúde da Família. Essa iniciativa concede bolsas a estudantes, docentes e profissionais da saúde para incentivar o aprendizado e a prática profissional nos

serviços do SUS, além de estimular a produção de pesquisas em temas relevantes para a saúde do brasileiro¹²³. Tanto o Pró-Saúde como o Pet-Saúde são políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil.

O momento atual descortina-se, portanto, como um desafio àqueles profissionais da odontologia, formados num modelo tradicional, que ainda enfatiza o domínio cognitivo e reverencia o tecnológico e que são agora chamados a desenvolver habilidades de ordem intersubjetiva e novas atitudes em seus processos de trabalho, onde diferentes sujeitos e interesses estão envolvidos e cujo novo significado de competência se impõe como atitude social.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parafraseando Minayo⁸⁹, *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática”*.

Foi a partir dessa afirmação que dei início à construção do meu objeto de pesquisa, vislumbrando como possibilidade, desvendar aspectos e nuances do mundo do trabalho em odontologia, que me instigavam havia bastante tempo. Dessa forma, o objeto foi enunciado a partir de uma pergunta: A formação e a prática profissional do cirurgião-dentista no município do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente?

A partir deste questionamento, que norteou o processo reflexivo sobre a formação e a prática odontológica de cirurgiões-dentistas, no município do Rio de Janeiro em particular, definiu-se o objeto desse estudo. Para sua realização e de acordo com os princípios da metodologia da pesquisa social, realizou-se a triangulação de técnicas metodológicas, obtendo-se os dados que foram analisados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação participante e documentos nacionais.

Considerando o incremento dos postos de trabalho no setor público ocorrido nos últimos anos para os cirurgiões-dentistas, impulsionado em grande parte pelo Programa Brasil Sorridente lançado em 2004, buscou-se saber quem eram esses profissionais, como e onde estavam inseridos, como percebiam sua profissão e seu trabalho, dentro do contexto dessa nova política ministerial, entendendo ser esse conhecimento de importância para o planejamento e consolidação da atenção em saúde bucal no município do Rio de Janeiro.

Em meu pressuposto inicial, considerei que, apesar da abertura que vem ocorrendo no mercado de trabalho, para profissionais da odontologia, as práticas profissionais continuam pautadas na centralidade das doenças, herança de um ensino que ainda privilegia a técnica e o mercado privado, indo na contramão, portanto, do que é hoje preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal.

Entre as limitações da metodologia posso citar a não possibilidade de generalizações para outras instituições e serviços similares, muito embora as conclusões obtidas nesse estudo possam ser consideradas na análise de temas semelhantes.

Para a formação desse conhecimento, foram utilizados como sujeitos da pesquisa empírica cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, tanto num determinado Centro Municipal de Saúde quanto no Programa Saúde da Família, contrastando suas falas e observando semelhanças e diferenças a respeito de sua formação, sua prática e suas percepções cotidianas de seus serviços e atos em saúde, entendendo que esses profissionais que atuam “na ponta”, são fundamentais para a transformação das práticas de trabalho, necessárias ao SUS e propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Alguns desafios para a construção desse conhecimento se impuseram desde o início. Primeiramente, a pesquisa qualitativa em si, haja vista a minha não familiaridade com esse tipo de abordagem, herança talvez de uma formação “positivista”. Ao finalizar o estudo, vejo com satisfação que o caminho não poderia ter sido outro. Posteriormente, a imparcialidade e abstenção em formar juízos de valor no encontro com os dados empíricos e em sua interpretação, tendo em vista minha trajetória profissional e meus próprios valores.

Após a construção de um referencial teórico a partir da contextualização das políticas que norteiam o sistema de saúde brasileiro, mais especificamente da Política Nacional de Saúde Bucal e da tentativa de compreensão da conformação da odontologia brasileira na atualidade, considerando os modelos de atenção vigentes e a formação do cirurgião-dentista no Brasil, iniciou-se a etapa empírica da pesquisa.

A partir do confronto do material empírico com o referencial teórico estudado, procurei abranger a máxima amplitude na descrição e compreensão do objeto de estudo e o sentido subjetivo das falas dos entrevistados. Sendo assim, as entrevistas puderam fornecer informações que compõem a reflexão desses sujeitos sobre suas práticas bem como sobre suas idéias, sentimentos, críticas e opiniões acerca da realidade em que vivem.

As entrevistas ocorreram em cenários distintos, com sujeitos inseridos em distintos contextos (CMS e PSF), contudo em comum, todos cirurgiões-dentistas e encontrando-se

atuando na Atenção Básica do município do Rio de Janeiro, independente do vínculo empregatício ao qual pertenciam.

Considerando os objetivos inicialmente traçados para a realização da presente pesquisa, acredito que os resultados podem oferecer subsídios para se pensar a quantas anda, não somente a formação, mas também a prática dos cirurgiões-dentistas no município do Rio de Janeiro, à luz da Política Nacional de Saúde Bucal vigente.

A despeito de estarem atuando como cirurgiões-dentistas no município do Rio de Janeiro, os grupos estudados divergiram em vários aspectos.

Quanto à idade e o tempo de formados, o grupo do CMS é mais velho e formado, de um modo geral, há mais tempo. O grupo do PSF é formado por uma força de trabalho bastante jovem, evidenciando que o PSF aparece como oportunidade de primeiro emprego entre os mais jovens e formados há menos tempo, principalmente após a inserção das ESB no PSF, ocorrido a partir de 2001.

A respeito dos vínculos profissionais e da precariedade no trabalho, a sensação de instabilidade e a precarização do trabalho foram referidos pelos profissionais pertencentes ao PSF (todos foram contratados diretamente pela prefeitura ou por ONGS). Essa sensação de insegurança e instabilidade reflete-se negativamente no mundo do trabalho desses profissionais, tendo em vista a dedicação exclusiva exigida e a falta de perspectiva de futuro. Ademais, a incerteza ou a não permanência desses profissionais nas equipes, interfere sobremaneira na continuidade da política de saúde bucal vigente e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços prestados.

Quanto à instituição formadora, percebeu-se uma predominância de profissionais oriundos de instituições privadas no PSF contrastando com os profissionais do CMS, oriundos de instituições públicas em sua maioria, o que nos leva a considerar a grande força de trabalho gerada por instituições privadas nos últimos anos, em decorrência da significativa expansão desse setor no ensino universitário na área da saúde.

Um outro ponto que chamou a atenção foi a questão do multiemprego dos profissionais entrevistados, mesmo aqueles pertencentes à ESF, cuja carga de trabalho deveria ser de 40 horas semanais. A baixa remuneração levando a busca por vários

empregos gera impacto negativo na satisfação pessoal e na produtividade profissional por sobrecarga de atividades, comprometendo a implementação de um programa nos moldes do Saúde da Família.

A despeito da insegurança quanto às perspectivas futuras e da insatisfação quanto à remuneração, o grupo de CDs da ESF evidenciou grande entusiasmo e identificação pessoal com o trabalho. Uma explicação para isso pode ser o fato de que esse grupo, mais jovem e formado há menos tempo, já foi mais exposto durante a graduação, às disciplinas de Saúde Coletiva/Odontologia Social e a programas de estágios nas instâncias do SUS, oferecidos por algumas faculdades, apontando, portanto, uma tendência ao resgate e à revalorização da Saúde Coletiva enquanto disciplina e também do emprego público, para essa nova geração de CDs. Some-se a isso, o vislumbre da possibilidade de inserção profissional num momento de crise da odontologia no país, haja vista a abertura de postos de trabalho no serviço público para essa categoria profissional, revigorada após a introdução das ESB na ESF, a partir de 2001.

A PNSB, conhecida como Programa Brasil Sorridente, surge para reorientar e reverter a reprodução de práticas hegemônicas da atenção e dos serviços em saúde bucal, cujo foco se dá na valorização das relações humanas no âmbito da saúde, concebendo o indivíduo em sua integralidade.

Ainda que pesem as contribuições dadas pelo Brasil Sorridente no que concerne à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal no SUS, desde sua implantação, e ainda, ao incremento no mercado de trabalho odontológico para os cirurgiões-dentistas, percebeu-se, pelo desconhecimento ou incerteza nas falas dos entrevistados que, enquanto política de governo, seus propósitos precisam ser mais disseminados para o interior dos serviços em saúde bucal, aproximando efetivamente a teoria da prática, o que ainda não aconteceu, no município do Rio de Janeiro.

Cabe lembrar que uma das metas do Brasil Sorridente é assegurar treinamentos para a atualização científica e tecnológica para os trabalhadores em saúde bucal. Nessa estratégia de educação permanente, os conteúdos dos cursos e atividades pedagógicas devem contemplar, dos princípios do SUS às mais modernas técnicas de assistência odontológica.

Mesmo não tendo sido objeto de estudo desta pesquisa o aprofundamento sobre o ensino em nível de graduação dos CDs entrevistados, evidenciam-se processos de reorientação na formação, apontada pelos profissionais da ESF. Também pode-se citar inúmeros aspectos positivos propiciados pelo Brasil Sorridente e a partir desta análise, afirmar que a implementação desta Política junto com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de odontologia, propiciarão a fomentação e reestruturação da própria formação na graduação mais voltada ao SUS, o que parece já vir acontecendo nos últimos anos, em algumas Escolas . Sem dúvida, essa Política foi um ganho para todos, usuários do sistema de saúde e profissionais.

É preciso, portanto, buscar formas de se investir na capacitação dos profissionais, seja na graduação, na pós-graduação e/ou nos serviços, para que haja uma efetiva consolidação do Brasil Sorridente. A educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, que já se encontram atuando na ponta, seria uma dessas formas.

O vínculo mostrou-se fundamental na construção de novos processos de trabalho em saúde bucal, seja na clínica ou fora dela, e seu desenvolvimento torna-se de fato um desafio a ser enfrentado, no entender e no discurso dos profissionais entrevistados, levando-se em consideração tantas barreiras encontradas na prática dos serviços, quais sejam: a urgência dos atendimentos clínicos pela grande demanda reprimida e pela ainda precária condição de saúde bucal da população, o tempo exíguo de 30 minutos para as consultas, o que poderia levar a um atendimento rápido e impessoal, a própria formação ainda limitada (e limitante) dos profissionais da odontologia, vínculos trabalhistas precários, precariedade das condições de trabalho, pessoal auxiliar insuficiente, a violência nos serviços, entre outras.

Para resgatar categorias como vínculo e acolhimento, alguns dos princípios norteadores do Brasil Sorridente, torna-se importante o incentivo (dentro e fora das academias) a uma prática reflexiva, não explícita em manuais e protocolos, mas implícita nos gestos, nos olhares e naquilo que muitas vezes não é dito. Não se trata de desqualificar ou menosprezar os avanços tecnológicos e científicos que tanto facilitam diagnósticos e tratamentos, mas levá-los ao encontro das necessidades e expectativas dos usuários, dando voz a esses sujeitos, tanto em seus processos de adoecimento e sofrimento como na possibilidade de ações de vigilância à saúde. Sob esse aspecto, pôde ser constatado que o

desenvolvimento do vínculo é um objetivo a ser alcançado, especialmente pelo grupo do PSF e que, segundo seus relatos, sem ele seria impossível o êxito no cotidiano do trabalho.

Um outro desafio que se impõe aos profissionais é articular a assistência às ações possíveis de promoção da saúde, entendendo que uma não impossibilita a outra, ao contrário, se complementam. Para isso, além de visão abrangente e capacidade técnica, exige-se um novo olhar, sensibilidade social e uma compreensão do saber, dos desejos e das limitações dos sujeitos dentro de seus contextos de vida.

Uma categoria empírica que surgiu muito forte nos discursos, experienciada especialmente por aqueles do PSF em sua prática profissional foi a violência, constituindo-se enquanto barreira para a concretização e efetivação das ações de saúde.

Pôde-se ainda constatar, por meio da observação participante, uma expressiva predominância de mulheres e crianças dentre os usuários no CMS a qual pertenciam os CDs entrevistados. Sobre esse aspecto é necessário salientar que deve ser repensada a questão do horário de funcionamento dos postos e USFs, de maneira a possibilitar acesso a homens e mulheres trabalhadores, o que não vem acontecendo de uma forma geral, no Brasil.

A formação de Recursos Humanos para a Saúde foi escolhida pela Organização Mundial da Saúde como a prioridade desta década. Aos gestores, deve-se buscar olhar atentamente ao que vem acontecendo no setor saúde, mais especificamente à atenção em saúde bucal, nas instâncias do SUS. Se por um lado, para atender à população, razão de ser do SUS, deve-se repensar a formação para uma prática mais integral, resolutiva e humana, por outro, deve-se pensar o profissional de saúde, protagonista do SUS, de modo que este possa exercer sua profissão de forma plena e perceber-se como sujeito e agente transformador do seu ambiente. Humanização do trabalho e humanização dos “recursos humanos”.

Como proposta de mudança na formação, pode-se sugerir maior carga horária e ênfase nas disciplinas que compõem o universo da Saúde Pública em suas variadas denominações, como Odontologia Social, Saúde Bucal Coletiva, Odontologia Social e Preventiva, entre outros, desde os primeiros anos da graduação. Dessa forma, além de cumprir a função de reorientar a formação do cirurgião-dentista de modo a oferecer à

sociedade profissionais mais habilitados a atuarem no serviço público, acredita-se que a universidade estará formando profissionais que encontrarão ainda, possibilidades de inserção profissional, haja vista a crise por que passa a atividade odontológica privada no Brasil.

Nessa questão, defende-se estratégias pedagógicas que propiciem maior aproximação entre teoria e prática, ressaltando-se o próprio cenário do SUS como espaço de aprendizagem.

Finalmente, pode-se afirmar que dentre tantos desafios que se colocam para os cirurgiões-dentistas do município, sejam eles do CMS ou do PSF, estão a concretização de uma odontologia na atenção básica mais integral e resolutiva, a conquista de condições trabalhistas pautadas pelos princípios éticos, remuneração profissional digna, melhoria da infra-estrutura física dos serviços e o repensar de seus processos de trabalho em saúde, cujo foco deve ser a busca efetiva da promoção da saúde, superando a defasagem do que foi ensinado em sua formação e a realidade enfrentada na prática dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 141-147.
2. Zanetti CHG. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 1996; 13: 18-35.
3. Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1): 15-28.
4. Tempos Modernos (Modern Times) [DVD]. Direção: Charles Chaplin, 87 min. Continental. EUA; 1936.
5. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editoras Vozes; 2007.
6. Iyda M. Saúde bucal: uma prática social. In: Botazzo C, organizador. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp; 1998. p.127-139.
7. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.
8. Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. *Rev. Saúde em debate*. 1994; 41:50-57.
9. Vasquez AS. *Filosofia da práxis*. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
10. Novaes HMD. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: Botazzo C, organizador. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp; 1998. p. 141-157.
11. Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Rev. Divulgação Saúde em Debate*. 1996; 13:06-17.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Rio de Janeiro: Physis: *Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
16. Camardelli M. Episódios da História da odontologia. Salvador: Helvécia, 2004.
17. Cunha ES. História da Odontologia no Brasil (1500-1900) 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Científica; 1952.
18. Bezerra ACB, De Toledo OA. Nutrição, Dieta e Cárie. In: Kriger L, organizador. Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2003. p. 43-68.
19. Ring ME. História Ilustrada da Odontologia. São Paulo: Manole, 1998.
20. Chaves MM. Odontologia Social. 3ª ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986.
21. Rosenthal E. A odontologia do Brasil até 1900. In: A odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Santos, 2001.
22. Perri de Carvalho AC. Educação & Saúde em Odontologia - Ensino da Prática e Prática do Ensino. São Paulo: Santos, 1995.
23. Scliar M. A Saúde Pública no Rio de Dom João. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio; 2008.
24. Freitas SFT. História Social da Cárie Dentária. Bauru: EDUSC; 2001.
25. Carvalho CL. Dentistas Práticos no Brasil: História de Exclusão e Resistência na Profissionalização da Odontologia Brasileira [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
26. Organização Mundial da Saúde. OMS/ La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. (Informe sobre la salud en el mundo).
27. WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO, Ginebra, 1946.

28. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Formação dos Trabalhadores de Saúde. História das políticas de saúde no Brasil [DVD]. Roteiro e direção: Renato Tapajós. Tapiri Vídeo Produções; 1992.
29. Teixeira S, Oliveira JAA. A (Im) Previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1985.
30. Tavares MFL. A construção social do saber pediátrico ao nível da graduação: contribuição ao seu estudo. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1990.
31. Marsiglia RMG. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: Botazzo C, organizador. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Unesp; 1998. p. 175-196.
32. Moysés SJ. Saúde bucal. In: Giovanella L et al, organizadores. Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p.705-734.
33. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
34. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora Unesp; 2003.
35. Roncalli AGO. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo: Artmed; 2003.
36. Ceccim RB, Bilibio LFS. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: Falcão A, organizador. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 343-372.
37. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
38. Brasil. Lei 8.080/90. Diário Oficial da União, Brasília, 19 de setembro de 1990 a.

39. Brasil. Lei 8.142/90. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de dezembro de 1990 b.
40. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de odontologia e a interação com o SUS. Revista da Abeno 2004; (1): 17-21.
41. Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, organizador. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 29-60.
42. Viana AL, DalPoz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Physis Rev Saúde Coletiva; 1998; (2): 11-48.
43. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L et al, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
45. Viana ALd'Á, e Silva HP, Cardoso de Melo MF, Cajueiro JPM. Financiamento e desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. In: Cohn (org). Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC, 2009.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal acessado em 20/07/2009 http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php).
47. Fausto MCR, Matta GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MV e Corbo A, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.
48. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final; 1986 out. 10-12; Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
49. Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1993 set. 25-27; Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

50. Pinto VG. A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil. São Paulo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP; 1992.
51. Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Faculdades de Odontologia existentes no Brasil. [acesso em 30 set. 2008]. Disponível em: www.cfo.org.br.
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em 30 set. 2008]. Disponível em www.ibge.gov.br.
53. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil Atual e Tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Série C: Estudos e Projetos, 4. 1988.
55. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(1): 105-114.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
57. Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
58. Brasil, Ministério da saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal; 2004.
59. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
60. Carvalho AI, Westphal MF, Lima VLGP. História da Promoção da Saúde no Brasil. *Revista Promotion & Education*, 2007; (Ed. Esp. 1): 7-12.

61. Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000;5(1):163-177.
62. World Health Organization. Glossary of health promotion terms. Geneva: WHO; 1998.
63. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul-ago, 2004; 20(4): 1088-1095.
64. Czeresnia D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
65. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 745-749.
66. Paim JS. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizadora. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
67. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate* 2003; 27(3): 257-77.
68. Merhy EE. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate* 2003; 27(3): 316-23.
69. Narvai PC, Frazão P, organizadores. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
70. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L et al, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
71. Ceccim RB. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos no SUS. In: Falcão A et al, organizadores. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

72. Machado MH. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A, organizador. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
73. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. Rev Abeno 2004; (1): 30-7.
74. De Luiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. In: 2ª Oficina de Planejamento Estratégico para a Implantação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - SUS, 2002, Natal. Cadernos da 2ª Oficina de Planejamento Estratégico para a Implantação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - SUS - Módulo II: Delineamento dos Projetos Político-Pedagógico das Novas Escolas Técnicas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/PROFAE, 2002. v. 1. p. 36-58.
75. Córdón JA, Garrafa V. Prevenção versus preventivismo. Divulg. Saúde para Debate 1991; 6:10-16.
76. Botazzo CA. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo, mimeo, 12 p; 1988.
77. Moysés SJ. O futuro da odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (opinião). Rev ABO, 2008; 16:10-13.
78. Vieira ALS, Garcia ACP, Filho AA, Pierantoni CR, Ferraz CA, Oliveira ES, Nakao JRS, Oliveira SP, Mishima SM, Varella TC. Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: Barros AFR et al, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2004.
79. Cardoso AL, Vieira ALS, Machado MH. Mercado de trabalho dos odontólogos no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, 2010; (45): 71-79.
80. Maranhão EA. A Construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: Almeida M, organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

81. Almeida M. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. In: Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.
82. Perri de Carvalho AC. Planejamento do curso de graduação de odontologia. Rev Abeno 2004; (1): 7-13.
83. Silveira JLGC. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 2004.
84. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
85. Vasconcellos ED. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes; 2002.
86. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
87. Lima ARA, Costa LRRS, Medeiros M. Pesquisa qualitativa na odontologia brasileira. Arq. Odont, Belo Horizonte, 2003; 39:213-221.
88. Miguel LCM, Junior CR, Prado ML. Pesquisa qualitativa: um outro caminho para a produção do conhecimento em odontologia. Rev Abeno 2007; 7(2): 130-4.
89. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
90. Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCF, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p.31-60.
91. Costa MAF, Costa, MFB. Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas. Rio de Janeiro: Interciência; 2001.

92. Bertaux D. La approche biographique. Sa validité méthodologique, ses potentialities. In: Bertaux D. Cahiers internationaux de sociologie. v. 69. Paris: Presses Universitaires de France; 1980. p.197-225.
93. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
94. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n.201, p.21082, 16 Out. 1996. Seção 1.
95. Freitas CDB, Hossne WS. Pesquisa com Seres Humanos. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
96. Rezende FAVS, Varnier-Almeida RM, Nobre FF. Diagramas de Voroni para a definição de áreas de abrangência de hospitais públicos no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(2): 467-475, abr-jun, 2000.
97. Wermelinger M, Machado MH, Tavares, MFL, Oliveira ES, Moyses NMN, Ferraz W. A Feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 2010(45): 54-70.
98. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L et al, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
99. Roza JR, Rodrigues VA. O Programa de saúde da família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: Falcão A et al, organizadores. Observatório de recursos humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
100. Girardi S, Carvalho CL, Wan Der Maas L, Farah J, Freire JA. O Trabalho precário em Saúde: tendências e perspectivas na estratégia da saúde da família. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 2010; (45): 11-23.
101. Girardi SN, Carvalho CL. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: Falcão A et al, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

102. Nogueira RP. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: Falcão A et al, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
103. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório do seminário nacional sobre política de desprecarização das relações de trabalho no SUS, 2003. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao_2.pdf. [acesso em: 27 jul.2009].
104. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, 2006, 32p.
105. Morita MC, Kriger L. A relação ensino e serviços de odontologia. In: Perri de Carvalho AC e Kriger L, organizadores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
106. Kriger L, Moysés SJ, Moysés ST. Humanismo e formação profissional. Cadernos da Aboprev 2005; (I): 1-8.
107. Santos SBF, Barreto SM. Atividade e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(1):181-193.
108. Kapandji JA. Fisiologia articular. São Paulo: Manole; 1980.
109. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004; 20(5): 1411-1416.
110. Dobashi, BF. Perspectivas de formação e educação permanente no desenvolvimento de ações de promoção da saúde. In: Anais do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
111. Campos, GWS. Saúde coletiva e o método Paidéia. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2007.

112. Minayo MCS. Violência como indicador de qualidade de vida. *Acta Paul Enf.* Minayo MCS. Violência como indicador de qualidade de Vida. *Revista Acta Paul Enf*, 2000; 13 (parte1): 159-165.
113. Mendes R. Avaliação em Promoção da Saúde: Reflexões e aprendizados a partir de estudos e práticas. In: *Anais do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
114. Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25(5): 1054-1062.
115. Barros E, Carvalho R. Desafios contemporâneos e promoção da saúde: Trabalhadores da saúde. In: Castro A e Melo M, organizadores. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
116. Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC e Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz; 2007.
117. Nascimento VB, Costa IMC. PSF, descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil. In: Cohn A, organizador. *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC; 2009.
118. Assunção AA, Belisário AS, organizadores. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: Universidade Federal Minas Gerais, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva; 2007.
119. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRC. Você Aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(60): 1335-1342.
120. Costa RAH. O que se ensina aos futuros cirurgiões-dentistas? Um estudo de caso etnográfico sobre currículo e práticas escolares em odontologia. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

121. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 2005; 9(16): 161-168.

122. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília, 2005, 80p. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sgtes>.

123. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pet-Saúde. Brasília, 2008. Disponível em <http://www.saude.gov.br-petsaude>.

ANEXO A – Roteiro de Entrevista com os cirurgiões-dentistas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Título do projeto: A formação e a prática do cirurgião-dentista na rede pública do município do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente?

Mestranda: Mônica Loureiro Sartorio

Orientadoras: Maria de Fátima Lobato Tavares

Maria Helena Machado

1. DADOS CONCRETOS

1.1 Identificação do entrevistado

- Sexo: ____
- Ano de nascimento: _____

1.2 Formação Profissional

- Graduação:
() Faculdade Pública () Faculdade Privada

Nome da Instituição: _____

Ano de conclusão: _____

- Pós-graduação:
() Especialização

Área: _____ Nome da Instituição: _____

Ano de conclusão _____ Objeto do estudo/tema: _____

() Mestrado

Área: _____ Nome da Instituição: _____

Ano de conclusão _____ Objeto do estudo/tema: _____

() Doutorado

Área: _____ Nome da Instituição: _____

Ano de conclusão _____ Objeto do estudo/tema: _____

1.3 Atividade Profissional

- Vínculos empregatícios:

() público Unidade: _____

Função/cargo atual: _____

Data de ingresso: ___/___/___ Meio de ingresso: _____

Carga horária semanal: _____

Remuneração mensal: _____

() Atividade privada _____

2. PERGUNTAS SEMI - ESTRUTURADAS

- 2.1. Qual o motivo de ingresso no serviço público?
- 2.2. Conhece os princípios do SUS? E a Política Nacional de Saúde Bucal conhecida como Programa Brasil Sorridente?
- 2.3. Você já participou de algum curso de capacitação profissional para os cirurgiões-dentistas na rede pública?
- 2.4. O quê entende pelo conceito de saúde? E Promoção da Saúde? Que atividades de promoção da saúde são realizadas nesta unidade?
- 2.5. Existe vínculo profissional entre o cirurgião-dentista e o usuário do SUS? Fale um pouco sobre essa questão.
- 2.6. Você já ouviu falar sobre os determinantes sociais da saúde?
- 2.7. Considera sua formação profissional adequada para o trabalho no SUS?
- 2.8. Considera que sua prática profissional atende aos princípios preconizados pela PNSB? Existem barreiras? Descreva seu processo de trabalho em uma semana normal.
- 2.9. Na sua opinião, quais as habilidades/capacitações profissionais que considera importantes para o trabalho no SUS?
- 2.10. Qual seu nível de satisfação no trabalho na rede pública? E na profissão?

ANEXO B – Diário de Campo na Observação Participante

Nome da pesquisa:

Nome do observador:

Tipo de observação:

Assunto observado:

Nº da observação:

Local:

Data:

Hora:

Duração:

Comentários/observações:

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões 1480, Andar Térreo – Manguinhos- Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Tel: (21) 2598 2863

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A formação e a prática do cirurgião-dentista na rede pública do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente?”. Esta pesquisa constitui-se num estudo exploratório e tem como objetivo central analisar a relação entre formação e prática profissional do cirurgião-dentista que atua em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, tendo em vista a implementação da Política Brasil Sorridente na perspectiva da Promoção da Saúde.

Sua participação nesta pesquisa acontecerá por meio de entrevista semi-estruturada, a ser gravada para posterior análise, concedendo-nos um depoimento relativo a sua prática profissional. As informações obtidas através das entrevistas serão confidenciais e, portanto, asseguro o sigilo tanto em relação a sua identidade quanto em relação às informações/opiniões expressas durante a entrevista. Suas informações serão utilizadas apenas para o estudo em questão e não apresenta qualquer dado que possa prejudicá-lo. Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento.

Se você concordar em participar, preencha o espaço abaixo:

Eu _____ concordo em participar do presente estudo e declaro estar ciente de que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos.

Pesquisadora: Mônica Loureiro Sartorio. Tel: 2294-6192 e 9632-1733.

E-mail: mônica.sartorio@hotmail.com

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares). Tel: 2598-2700

E-mail: flobato@ensp.fiocruz.br

End: Av. Leopoldo Bulhões, 1480 sala 707 – Manguinhos - Rio de Janeiro.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro CEP/SMS-RJ

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova.

Tel: 2503-2024 / 2503-2026. E-mail: cepms@rio.rj.gov.br

Pesquisadora: _____

Mônica Loureiro Sartorio



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 60A/2009

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vice-Coordenadora: Salésia Felipe de Oliveira</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Lindalva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Mária Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rafael Aron Abitbol Rondinelli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzana Alves da Silva</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 32/09 CAAE: 0027.0.314.000-09</p> <p>TÍTULO: A formação e a prática profissional do cirurgião-dentista na rede pública do município do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente?</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mônica Loureiro Sartório.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Coordenação de Saúde Bucal.</p> <p>DATA DA APRECIACÃO: 13/04/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	--

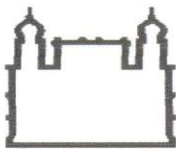
Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 30 de abril de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 01/09
CAAE: 0001.0.031.000-09

Título do Projeto: “A formação e a prática profissional do cirurgião-dentista na rede pública do município do Rio de Janeiro: Brasil Sorridente?”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Mônica Loureiro Sartorio

Orientadoras: Maria de Fátima Lobato Tavares e Maria Helena Machado

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 09 / 12 / 2008

Data de apreciação: 11 / 02 / 2009

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Lais Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP