

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Felipe Fernandes dos Santos

Perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal no
Município do Rio de Janeiro – Brasil

Rio de Janeiro

2020

Felipe Fernandes dos Santos

Perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal no
Município do Rio de Janeiro – Brasil

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz - RJ

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S237p

Santos, Felipe Fernandes dos

Perfil e situação de trabalho dos cirurgiões dentistas das equipes de saúde bucal no município do Rio de Janeiro - Brasil / Felipe Fernandes dos Santos. - Rio de Janeiro, 2020.

106 f.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2020.

1. Saúde Bucal. 2. Serviços de Saúde Bucal. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Odontólogos. I. Teixeira, Márcia de Oliveira. II. Título.

CDD 617.6

Felipe Fernandes dos Santos

Perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal no
Município do Rio de Janeiro – Brasil

Dissertação apresentada, como requisito
para obtenção do título de Mestre, ao
Programa de Pós-Graduação em Educação
Profissional em Saúde, da Escola
Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio,
da Fiocruz – RJ

Aprovado em 17/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Dra. Márcia de Oliveira Teixeira (FIOCRUZ/EPSJV)

Dra. Filippina Chinelli (FIOCRUZ/EPSJV)

Dra. Andrea Neiva (UFF)

Aos meus pais, Tânia Regina e João Luiz, origem de toda minha luta que, por destino e escolha, me trouxe até aqui. À minha esposa Paula Andrade que com carinho e apoio me dá forças para prosseguir na luta diária na saúde pública. Também dedico este trabalho a todos que possam utilizá-lo para desenvolver análises no campo da saúde e em especial a saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é um produto da colaboração de companheiros que, direta e indiretamente, contribuíram para minha formação. Agradeço a minha turma do mestrado profissional em saúde pelo aprendizado construído de forma coletiva, pelas resenhas e debates riquíssimos e importantes para se pensar saúde, educação e trabalho de forma ampliada e sob olhar da classe trabalhadora. A todos os amigos do mestrado a minha gratidão pela partilha de conhecimento, amizade construída e apoio incondicional nessa caminhada de luta. Agradeço a instituição Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio pelas contribuições enquanto unidade formadora, por permitir estar diante de grandes mestres e doutores, atuantes e militantes. À minha orientadora Márcia Teixeira pela disponibilidade, excelentes contribuições e por me permitir evoluir cientificamente. Aos queridos professores, espelhos, amigos e incentivadores Marco Senna e Andrea Neiva por caminharem junto comigo desde a graduação, com aprendizagem, apoio e respeito. À banca examinadora composta pelas professoras Andrea Neiva e Filippina Chinelli, que de forma especial fizeram grandes contribuições possibilitando um crescimento importante nesse processo de escrita e leitura. À minha grande amiga Amanda Carletto por me incentivar a ingressar no mestrado, dar apoio, força e acima de tudo pela amizade que permite superar os obstáculos da vida. À minha família que sempre me apoiou e esteve comigo na minha caminhada e em especial a minha esposa Paula Andrade que com muito apoio, carinho e parceria é a minha inspiração para seguir superando as dificuldades e construindo caminhos mais sólidos.

“O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”.

(Guimarães Rosa)

RESUMO

O Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria n. 1.444/2000, passou a incentivar financeiramente a reorganização da atenção à saúde bucal. Nestes 17 anos de existência das Equipes de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro, alguns estudos dedicaram-se a traçar o perfil dos cirurgiões dentistas (CD) atuantes nas Equipes de Saúde Bucal. Esta pesquisa também se filia ao esforço de traçar o perfil, mas pretende reunir outros elementos para analisa-lo frente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Equipe de Saúde Bucal (ESB). Sendo assim, essa dissertação tem a intenção de analisar as relações entre o perfil dos CD e as situações de trabalho no âmbito da ESF no município do Rio de Janeiro. A investigação da situação de trabalho é entendida aqui como um levantamento não exaustivo das condições e do processo de trabalho. O estudo é de natureza qualitativa e se apoiará na revisão de literatura, identificação, coleta e análise de documentos, mapeamentos dos equipamentos e condições físicas dos espaços de atuação das ESB, além de entrevistas semi-estruturadas com os CD. Os resultados deste estudo visam contribuir para o conhecimento da realidade do trabalho do cirurgião-dentista na ESF, com os debates em torno da formação para o trabalho na atenção básica, bem como a análise dos processos avaliativos de normas e políticas para a formação do cirurgião-dentista segundo os princípios da ESF.

Palavras Chave: Trabalho. Trabalho em Equipe. Saúde da Família. Saúde Bucal. Atenção Primária.

ABSTRACT

The Brazilian Health Ministry has begun to encourage financially the reorganization of oral health care through ordinance no. 1,444 / 2000. In the 17 years of existence of the Oral Health Teams in the city of Rio de Janeiro, some studies have traced the profile of the dental surgeons working in the Oral Health Teams. This research is part of the effort to outline the profile, but it's also intends to gather other elements to analyze it in the view of the Family Health Strategy and the Oral Health Team. Thus, this dissertation intends to analyze the relationships between the dental surgeons' profiles and work conditions in the Oral Health Teams in the Rio de Janeiro city. In this study, the investigation of the work conditions is understood as a non-exhaustive survey of conditions and work processes. This is a qualitative nature study and it was based on literature review, identification, collection and analysis of documents, mapping of equipment and physical conditions of the Oral Health Teams operation areas, besides to semi-structured interviews with dental surgeons. The results of this study aim to contribute to the knowledge of the reality of the work of dental surgeons in the Family Health Strategy, with the debates surrounding the training for work in primary health care, as well as the analysis of the evaluation processes of the standards and policies for the dental surgeons formation according to the principles of the Family Health Strategy.

Keywords: Work. Team Work. Family Health. Oral Health. Primary Attention.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição dos CDs de acordo com as Áreas Programáticas do município do RJ (SUBPAV, 2018). P.36

Tabela 2 – Número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em 2017 e 2020. P. 40

Tabela 3: População por bairros da AP 3.1 do RJ (IBGE, 2010). P.43

Tabela 4 – Relação das unidades e quantitativo de ESB (levantamento pela AP 3.1, 2020). P. 57

Tabela 5: Graduações em Odontologia privadas e públicas do Rio de Janeiro. P. 70

Tabela 6: Pannel das CDs entrevistadas. P. 83

Tabela 7: O panorama das Cirurgiãs Dentistas entrevistadas de acordo com as categorias de análises. P. 83

Tabela 8: Processo de ensino aprendido das entrevistadas a partir das categorias descritas. P. 88

Gráfico 1: Relação aproximada de indivíduos acompanhados por uma EqSF e ESB no município do RJ. P. 60

Gráfico 2: Força de trabalho feminina em saúde, p.69

Gráfico 3: Ocupação feminina por categoria, p.69

Mapa dos territórios cobertos pela ESF e Regiões administrativas da AP 3.1. P. 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- APS – Atenção Primária à Saúde
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
- CAP - Coordenadorias de Saúde da Área de Planejamento
- CD – Cirurgião Dentista
- CF – Clínica da Família
- CIB – Comissão Intergestora Bipartite
- CIT - Comissão Intergestora Tripartite
- CMS – Centro Municipal de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- DAB – Departamento de Atenção Básica
- DCN- Diretriz Curricular Nacional
- IES – Instituição de Educação Superior
- ESB – Equipe de saúde Bucal
- EqSF – Equipe de Saúde da Família
- ESF – Estratégia de saúde da Família
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FNS- Fundo Nacional de Saúde
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- LOS - Lei Orgânica da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOAS – Norma operacional de assistência à saúde
- NOB – Norma Operacional Básica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PDI – Plano Diretor de Investimentos
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
- PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
- PPI – Programação Pactuada e Integrada
- PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à saúde

RJ - Rio de Janeiro

SESP - Serviço de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SINAN – Sistema de notificação de agravos

ST – Saúde do Trabalhador

SER – sistema estadual de regulação

SISREG - Sistema de Regulação ambulatorial e para leitos hospitalares do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TSB – Técnico de Saúde Bucal

THD – Técnico de Higiene Dentária

USF – Unidades de Saúde da Família

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| - O cenário da Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família | 18 |
| - Política Nacional de Atenção Básica – análise sobre os elementos gerais | 20 |
| - O perfil do Cirurgião Dentista e seu processo formativo | 23 |
| CAPÍTULO 1: Quadro analítico e percurso teórico-metodológico da pesquisa. | 27 |
| 1.1 - Quadro Analítico | 27 |
| 1.2 – Percursos da Pesquisa | 34 |
| CAPÍTULO 2: Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família: a saúde bucal no território da pesquisa. | 38 |
| 2.1 – Conhecendo a área programática 3.1 no município do RJ | 41 |
| 2.2 - O cenário de atuação: Análise das unidades de saúde e sua infraestrutura | 45 |
| 2.3 - A saúde Bucal no cenário da Estratégia Saúde da Família: do prescrito ao real | 49 |
| 2.3.1 – Força de trabalho na saúde bucal – | 54 |
| 2.4 – A conjuntura da Saúde Bucal na área programática da 3.1 | 56 |
| CAPÍTULO 3: Perfil profissional e formativo do Cirurgião Dentista na área programática 3.1 | 65 |
| 3.1 – A pesquisa em cena: reflexões a partir das entrevistas com os Cirurgiões Dentistas: um diagnóstico situacional | 67 |
| 3.1.1 – Os atores em cena | 67 |
| - As potencialidades e as dificuldades do trabalho das Equipes de Saúde Bucal nos cenários de atuação | |

- Os fatores motivadores e desmotivadores no trabalho das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

3.1.2 - O panorama dos cirurgiões dentistas entrevistados _____ 82

3.2 – Descompassos entre formação curricular tecnicista e o trabalho real na área programática 3.1 _____ 84

3.2.1 – Estrutura Curricular das entrevistadas _____ 88

4. CONCLUSÃO _____ **88**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ **91**

Anexo 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA _____ **97**

Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) _____ **98**

Anexo 3 – TABELA COM GRADE DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS PARA APS
_____ **100**

INTRODUÇÃO

Este trabalho problematiza as relações entre o perfil dos Cirurgiões Dentistas e as situações de trabalho no âmbito da ESF no município do Rio de Janeiro. Neste sentido iniciamos traçando um quadro amplo sobre APS, discutindo historicamente alguns conceitos como trabalho, trabalho e saúde, trabalha em equipe, atenção primária, saúde bucal, porém não necessariamente de forma completa. No segundo momento, nos concentramos na descrição da atuação e das situações de trabalho dos cirurgiões dentistas na ESF do Município do Rio de Janeiro, central para os objetivos desta dissertação. Compreendemos que as situações de trabalho envolvem a disponibilidade de equipamentos e insumos odontológicos, a composição das equipes e as interações do CD com demais profissionais, o território atendido, a vinculação do CD, carga e horários e atividades. A análise da situação de trabalho envolverá a discussão de suas vivências profissionais, processo formativo, capacitações na área de atuação em um contexto mais rico, real e em constante transformação. O intuito é reunir elementos que permitam realizar uma reflexão sobre o papel dos trabalhadores Cirurgiões Dentista, frente ao crescente desaparecimento dos processos e serviços de saúde no âmbito da APS. Adicionalmente, dentro dos limites do objetivo geral da dissertação, confrontamos o processo de trabalho dos Cirurgiões Dentistas com seu perfil profissional e formativo, considerando as políticas e atribuições que regem e direcionam o trabalho na Estratégia de saúde da Família. A partir desse direcionamento, a introdução já traz um recorte dos pontos mais relevantes, que no decorrer do estudo se evidenciarão nas discussões e nos resultados encontrados a partir das pesquisas de campo. O recorte histórico evidencia a trajetória da pesquisa e suas bases conceituais.

No cenário internacional, a ideia da APS foi utilizada pela primeira vez em 1920, com o Relatório Dawson que defendia os Centros de Saúde Primários e os serviços domiciliares organizados de forma regionalizada, com os encaminhamentos para outros serviços como os secundários e os hospitalares, em casos de necessidade (FASTO e MATTA, 2007). Esse Relatório considerou como parte do sistema de saúde, os centros de saúde primários, centros de saúde secundários e centros de saúde-escola, e definiram as duas características básicas para a APS do mundo: por meio das bases populacionais e o olhar para as necessidades e a integralidade (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária em Saúde (APS), conhecida internacionalmente como o primeiro nível de atenção em saúde, desde 1960 tem sido adotada por diversos países como

forma de mudança do modelo de atenção à saúde até então focado no tratamento individual, curativo e praticado nos hospitais e centros de saúde para o trabalho pensado como cuidado coletivo e de forma territorializada (FAUSTO E MATTA, 2007).

Como nas décadas de 1960 e 1970 muitos países já haviam estabelecido programas relacionados a cuidados básicos em saúde na busca por ampliar o acesso aos serviços de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) organizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em 1978 em Alma-Ata, onde se começou a definir a APS (FAUSTO E MATTA, 2007; MATTA e MOROSINE, 2009).

“Nos anos 60, a OMS reconheceu a necessidade de melhorar a saúde e sua estrutura. Em 1968, Marcolino Candau¹ requisitou um plano abrangente de abordagem integrada para serviços de atendimento preventivo e curativo. Em 1971, a comissão da diretoria executiva concordou com a realização de um estudo, sugerido para avaliação de métodos de promoção de desenvolvimento de serviços básicos de saúde, onde seu resultado foi apresentado para a assembleia em 1973. Litsios tem examinado muitos dos passos da transformação da abordagem da OMS, de um modelo mais antigo de serviços de saúde, no que viria a ser a abordagem de “Atenção Primária à Saúde” (...). Mahler, diretor geral da OMS de 1973 até 1988 concordou em realizar uma grande conferência sobre a organização de serviços de saúde em Alma-Ata, uma província remota na antiga União Soviética”. (BROWN; CUETO e FEE, 2006).

A discussão sobre o tema da reorientação da atenção à saúde ganha amplitude internacional na década de 1970, num contexto de crise econômica que se estendia por todo o centro e periferia capitalista. Após um período de crescimento econômico sustentado nos países centrais pelo pacto social-democrata keynesiano, a crise de acumulação do capital dos anos 70 desencadeia nova investida contra o asseguamento de garantias e proteções trabalhistas conquistadas pelos sindicatos e movimentos operários no período pós-guerra, tornando a classe trabalhadora vulnerável aos novos processos de precarização do trabalho, ao desemprego estrutural e a pauperização (CASTRO, 2018).

As consequências sociais da investida neoliberal geravam tensões, contudo apontavam a necessidade de fortalecimento dos sistemas de saúde como forma de garantir condições mínimas necessárias para a reprodução da classe trabalhadora, com especial atenção às frações mais pobres. A realização em 1978 da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada em conjunto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial de Saúde (OMS), simboliza o esforço de cooperação internacional para a consolidação da APS como modelo prioritário de

¹ Marcolino Gomes Candau - Ingressou em 1950 no corpo técnico da Organização das Nações Unidas. Foi o primeiro brasileiro a dirigir um organismo especializado da ONU, a Organização Mundial de Saúde. (OMS).

organização dos sistemas de saúde, tendo como principal objetivo a construção de um pacto colaborativo entre os Estados-Nação e organizações internacionais na elaboração e implementação de políticas de saúde. Tal ênfase pode ser observada no produto final das elaborações da I Conferência, conhecida como Declaração de Alma-Ata:

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde exorta à urgente e eficaz ação nacional e internacional a fim de impulsionar e pôr em prática a atenção primária à saúde no mundo inteiro e particularmente nos países em desenvolvimento, com o espírito de cooperação técnica e conforme a Nova Ordem Econômica Internacional. A Conferência apela aos governos, à OMS e à UNICEF e a outras organizações internacionais, assim como aos organismos multilaterais e bilaterais, às organizações não-governamentais, aos organismos de financiamento, a todo o pessoal de saúde e ao conjunto da comunidade mundial, para que apoiem no plano nacional e internacional o compromisso de promover a atenção primária à saúde e de dedicar-lhe maior apoio técnico e financeiro, sobretudo nos países em desenvolvimento. A conferência exorta todas as entidades citadas a que colaborem no estabelecimento, no desenvolvimento e na manutenção da atenção primária à saúde de conformidade com o espírito e a letra da presente Declaração (OMS, 1978).

A Conferência de Alma-Ata expressou a necessidade de promover a saúde de todos os povos do mundo com a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e instituiu os cuidados primários em saúde como essenciais para cumprir esta função. Os avanços foram relevantes, dentre eles: o conceito de saúde extrapolou os limites biológicos; a saúde foi expressa como um direito humano fundamental; a desigualdade no estado de saúde dos países desenvolvidos e em desenvolvimento foi considerada inaceitável e se constituiu uma preocupação comum de todos os países do mundo; ressaltou-se a necessidade de trabalhar de acordo com as necessidades da população e a importância de todos os governos do mundo investirem neste nível de atenção (UNICEF, 1979). Adicionalmente, destaca-se também a ênfase na incorporação de uma abordagem intersectorial e multidimensional para o desenho de políticas nacionais de saúde. Em relação ao desenvolvimento socioeconômico, Alma-Ata defendeu o uso de “tecnologia apropriada”, ou seja, não custosa e adaptada ao meio social onde seria implantada, bem como a defesa da ativa participação comunitária no atendimento à saúde e na educação em saúde em todos os níveis. (BROWN; CUETO E FEE, p. 632, 2006).

O Brasil vivia o processo de redemocratização e é neste contexto que ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual foram estabelecidas as bases de um sistema público e universal de saúde, afinado com os princípios e propostas sistematizadas no relatório final de Alma-Ata. O Sistema Único de Saúde (SUS), então proposto, era parte de um processo de democratização da saúde que exigia inúmeras mudanças no cenário político, econômico, organizacional e comportamental do país, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008). A reforma entre outros pontos propôs a formulação de uma nova política de saúde baseada na concepção de saúde como direito universal e igualitário e como dever do Estado; na inclusão do controle social na gestão do sistema; na regionalização do sistema de atenção por meio de sua municipalização, além da necessidade de controle do mercado privado de saúde pelo Estado (PAIM, 2008).

Matta e Morosini (2009) acreditam que a constituição de 1988 serviu de embasamento para o desenvolvimento e definição da APS. Enquanto Fausto e Matta (2007) defendem a ideia de que a APS é um dos reflexos da Reforma Sanitária de tal forma que se estabeleceu o nome Atenção Básica em Saúde (ABS) para enfatizar que este é o nível inicial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1995 o Ministério da Saúde dobrasse as teses que circulam no cenário internacional, acolhidas e defendidas também pelos principais atores da reforma sanitária brasileira, e passa a investir nas estratégias de fortalecimento e ampliação das ações básicas de saúde. A partir de então, o PSF gradativamente torna-se central para a definição de programas e ações de saúde; a tal ponto que em 1997 é considerada estratégia mais concreta de investimento em formação em saúde, segundo Machado (2006).

Para Starfield (2002), a atenção primária é a base que integra o trabalho de todos os níveis de atenção à saúde, é porta de entrada do sistema de saúde e deve trabalhar com as necessidades e problemas da comunidade, extrapolando os limites da concepção de APS seletiva. A autora define que a atenção primária em saúde em quatro elementos estruturais do sistema de saúde: a acessibilidade, a variedade de serviços, a população eletiva e a continuidade; e considera como atributos: a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Além disto, para Starfield (2002) o potencial da APS depende do reconhecimento dos problemas por parte dos profissionais e do uso do serviço por parte dos usuários.

Castro e Machado (2012) também dizem que a partir da década de 90, a APS foi priorizada na agenda política com o marco normativo da NOB SUS 01/96 como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica por meio do PSF. De acordo com os escritos de Viana e Dalpoz (1998) o PSF foi o “construtor de novas alianças em saúde” (p. 26), isto entre gestores, técnicos externos (organismos internacionais) e a comunidade e

que representou uma proposta de mudança dos modelos convencionais de realizar cuidado e gestão e da formação profissional em saúde.

- **O cenário da Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família**

As discussões em torno de uma reforma profunda da atenção a saúde no Brasil chegaram à odontologia por meio do movimento estudantil, mas especificamente, através da realização de encontros que debatiam o monopólio privado do cuidado odontológico e seu foco na população de alta renda (NARVAI e FRAZÃO, 2008). O Encontro Científico dos Estudantes de Odontologia (ECEO), organizado ainda durante o período dos governos militares, debateu a desmonopolização da saúde bucal e formularam críticas às lideranças das entidades odontológicas, o que provocou prisões, torturas e mortes pela ditadura militar (NARVAI E FRAZÃO, 2008). Em 1981 o encontro do ECEO, tematizou as ‘Alternativas à odontologia popular na luta por melhores condições de saúde’. Outro movimento odontológico, afinado com os princípios debatidos pelos sanitaristas envolvidos com o desenho da reforma sanitária, foi o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO). O MBRO reuniu egressos do movimento estudantil, dentistas sanitaristas, sindicalistas, militantes que lutavam contra a ditadura e se opunha fortemente a mercantilização da prestação de serviços odontológicos; luta para uma saúde bucal garantida pelo Estado; buscava a utilização de recursos odontológicos adequados à realidade socioeconômica e epidemiológica do país; defendiam também o ensino público e gratuito em todos os campos do saber odontológico.

O MBRO, com o apoio do ENATESCO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), foi o principal articulador estratégico para realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1986 (NARVAI E FRAZÃO, 2008).

Estes processos, desencadeados em meio à luta pela redemocratização do país, só terão impacto efetivo na saúde bucal nas décadas seguintes. Assim, segundo Narvai e Frazão (2008), uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal surgiu em 2000, com a edição da portaria 1444 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família (PSF)”.

Essa portaria permitiu a inserção da saúde bucal no PSF, e foi resultado de um longo processo de discussões que envolveram entidades odontológicas, Conselhos de Saúde e profissionais de saúde desde o final de 1994. Já no segundo semestre daquele ano, a pedido da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Ministério da Saúde realizou em Brasília uma reunião para tratar do assunto. Outras entidades odontológicas

foram incorporando o processo como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Conselho Federal de Odontologia (CFO) insistindo com a necessidade de o PSF contar com os dentistas nas suas equipes de saúde da família. (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

É preciso citar que a inclusão da saúde bucal na ESF se deu, operacionalmente, a partir de 2001, impulsionada pela perspectiva da construção de políticas públicas de saúde que pudessem garantir a integralidade do atendimento, compreendendo a saúde bucal como parte integrante do todo. Além da necessidade de se reorientar as práticas a elas relacionadas, por meio da ampliação do acesso à saúde bucal da população brasileira (SILVA SF, 2006). A incorporação da saúde bucal à APS implicava na reorganização das práticas odontológicas e na reestruturação da formação dos CD, aspecto que será debatido mais a frente.

O atendimento odontológico no Brasil é caracterizado historicamente pela livre demanda do paciente/usuário e baseado em ações curativas e/ou mutiladoras (MARTELLI, et al. 2008). Martelli neste mesmo trabalho chama atenção como estas ações seguem uma ótica tipicamente flexneriana² (MARTELLI, et al. 2008). Assim, o Cirurgião Dentista é formado para exercer um trabalho biologicista, curativo e organizado em espaços privados (consultório ou clínica odontológica) de acesso individual e segmentado. Estas características, que definem a formação e o atendimento no setor privado, são reproduzidas de modo geral nos serviços públicos de saúde (MARTELLI, et al. 2008). Parece existir uma clara incoerência com as políticas e princípios reorientadoras do SUS e especialmente de ações como a Estratégia de Saúde da Família.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – em termos de promoção, proteção e recuperação – impulsionou a decisão de orientar as práticas de intervenção,

² Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da determinação social da saúde; formação laboratorial no Ciclo Básico; formação clínica em hospitais; estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população, e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde. Em suma, ao contrário da aura de herói intelectual da medicina contemporânea, como querem alguns autores, Abraham Flexner deve ser denunciado como intelectual orgânico da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde (FILHO, 2010).

valendo-se, para tanto, de sua inclusão na Estratégia de Saúde da Família (ARAÚJO, 2006; FREITAS, 1995; MENDES, 2005; NARVAI, 1994; GONÇALVES, 2002).

Em busca de uma reorganização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, que apresenta alguns pressupostos (assumir compromissos de qualidade, garantir uma rede de atenção articulada, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores, etc.); princípios norteadores (gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional); processo de trabalho destacando a ampliação do acesso à atenção à saúde bucal e consolidando a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família que culmina em um avanço significativo e um grande desafio (BRASIL, 2004).

Castro e Machado (2012) afirmam que, além de continuidades, algumas mudanças foram identificadas durante a condução federal da política na primeira década dos anos 2000 e que, independente disto, “a política de atenção básica em saúde teve expressivo destaque na agenda federal no período de 2003 a 2010, assim como no governo anterior” (CASTRO e MACHADO, 2012, p.482).

Buscando preservar a centralidade da Estratégia de Saúde da Família para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção de saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação de cuidado e de ordenação da rede de Atenção à Saúde (RAS), a agenda política consolidou gradativamente em 2006, com dimensões prioritárias de fortalecimento da APS, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que viria a ser revisada em 2011 (MOROSINI e col., 2018). A PNAB engloba em seu escopo de direcionamentos a projeção da saúde bucal nesse cenário, resgatando conceitos elencados na PNSB como norteadora e possibilitando uma integração das atividades e ações da odontologia na ESF.

- **Política Nacional de Atenção Básica – análise sobre os elementos gerais**

Antes de tratar das políticas nacionais de atenção básica e fazer uma análise sobre os elementos gerais e o papel fundamental no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde, é importante destacar uma breve discussão conceitual sobre atenção primária/atenção básica.

No Brasil, existe certo consenso sobre o ideário de uma atenção básica estruturante de um SUS de qualidade. Pode-se observar também uma tensão discursiva entre enfoques de nossa atenção básica/atenção primária à saúde, por vezes com contraposições entre “promoção/prevenção X cuidado; saúde coletiva X clínica; ações programáticas X demanda espontânea; orientação comunitária X serviço de saúde; necessidades

populacionais X acesso oportuno; atenção médica generalista X multiprofissionalidade. Ademais, certamente, em sua origem, o Programa Saúde da Família (PSF) apresentava características de focalização, seletividade e inserção paralela à rede assistencial preexistente. O debate conceitual sobre atenção primária/atenção básica à saúde permanece atual, dada a incorporação da cobertura universal de saúde na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar”) e a atenção primária preconizada como estratégia para a cobertura universal. Os indicadores definidos pelo Banco Mundial e OMS em 2017 para monitorar a meta 3.8 e acompanhar a evolução da cobertura sugerem uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais”. Há dubiedade quanto ao significado da universalidade almejada e do escopo da atenção primária à saúde pretendida. Há uma disputa entre garantir acesso universal com equidade conforme necessidades, independente da renda, em sistemas públicos universais de saúde como o SUS, e expandir cobertura com seguros focalizados (privados, públicos ou subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados, cristalizando iniquidades (GIOVANELLA, 2018). Na concepção de cobertura universal, alcance de um universalismo básico, a expansão da atenção básica no SUS precisa ser encarada com certo receio, a ideia de atenção primária à saúde integral pode estar travestida de pacotes seletivos de serviços básicos que não dialogue com as necessidades dos indivíduos.

O emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada. A política brasileira buscou distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada, concepção das mais difundidas no período. Destaco, contudo, as imprecisões de ambos os termos, que podem corresponder a políticas muito distintas, com sérias implicações para a garantia do direito à saúde (GIOVANELLA, 2018).

Segundo a PNAB (2012), a AB se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas, para além da promoção à saúde e com o objetivo de impactar nos determinantes e condicionantes da saúde, como descrito:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e

autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Além de se constituir em um leque de ações e serviços, a AB possui fundamentos e diretrizes norteadoras, dentre elas: a necessidade de ter um território adstrito de trabalho para as equipes e de acesso para os usuários; o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde deste nível de atenção; a adscrição dos usuários por meio do vínculo e responsabilização entre as equipes e a população com a garantia da longitudinalidade do cuidado; e ainda, o estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar a autonomia e a capacidade na construção do cuidado da comunidade (BRASIL, 2012).

Para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a atenção básica, que é considerada o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) deve necessariamente ser resolutiva; participar, acompanhar e organizar o fluxo do cuidado às pessoas na RAS; e ter um elevado grau de descentralização e ordenar as redes por meio do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2012), na parte que se refere à infraestrutura e funcionamento da atenção básica as equipes multiprofissionais eram compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Fazendo um breve comparativo com a nova política (PNAB, 2017) que estabelece em seu texto a formação da equipe de saúde da família composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Podendo-se acrescentar a esta composição, agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Nessa perspectiva, identifica-se um retrocesso na saúde bucal frente à organização da equipe multiprofissional e a precarização do trabalho de algumas categorias, sobretudo da saúde bucal.

GIOVANELLA (2018) aponta que o sucesso da expansão da atenção básica do SUS, no país, e das mudanças alcançadas, ainda que parciais, de modelo assistencial (com generalista, equipe multiprofissional, agentes comunitários de saúde (ACS), orientação comunitária, territorialização) decorre da continuidade da indução financeira do modelo

Estratégia Saúde da Família (ESF), sustentada ao longo do tempo. Diversos estudos mostraram a superioridade do modelo saúde da família comparada à atenção básica tradicional. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reformulada em 2017 rompe com essa prioridade para a ESF, e provavelmente terá repercussões negativas no modelo, podendo afetar a saúde da população.

Diante dos objetivos e questões orientadoras desta dissertação, cabe apontar os princípios que permeiam a base da organização da saúde da família, fundamentais para garantir a sustentabilidade desse modelo. Entretanto, é preciso considerar a PNAB (2006) que destaca cinco princípios gerais da ESF: ter caráter substitutivo (em relação à rede de atenção básica tradicional); atuar no território; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e programação (com foco nas famílias e comunidades); intersetorialidade e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006). Consideramos a análise destes princípios, o modo como foram incorporados pela ESB e sua aplicabilidade na atenção à saúde bucal nas unidades de saúde, estratégicos para a consecução dos objetivos desta dissertação.

- **O perfil do Cirurgião Dentista e seu processo formativo**

Para os objetivos deste estudo, é preciso aprofundar um pouco mais o entendimento do cenário ocupado pela odontologia. Do ponto de vista de um sistema universal e público de saúde, capaz de assegurar uma atenção à saúde integral, as ações dirigidas à saúde bucal sofreram com descontinuidades e fragilidades tanto no campo da formação profissional quanto da atuação na prática do cuidado na saúde pública. Considero, e isso é central para essa dissertação, que hoje vive-se um momento de enfraquecimento da concepção ampliada de saúde bucal, favorecido pela permanência de processo formativo fragmentado, individualista, gerador de um perfil profissional altamente tecnicista e especializado.

Narvai (1994), “ao discorrer sobre o perfil formativo do Cirurgião Dentista brasileiro, aponta a inadequação do preparo dos recursos humanos, sendo esses profissionais formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país, direcionados precocemente para especialidades, além da não adequação para os serviços onde deverão atuar”. (NARVAI, 1994; MARTELLI, et al., 2008).

A prática odontológica hegemônica no Brasil no século XX, a odontologia de mercado ³, apresentou características que expressam as profundas transformações

³ A odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Em linhas gerais, sua 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,

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 sofisticada tecnologia. Em consequência dessas transformações e em coerência com as características gerais do capitalismo dependente que se consolidou no país, observou-se grande expansão no número de cursos de odontologia, sobretudo nas duas últimas décadas do século (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

A saúde bucal e sua lógica de formação liberal e privatista expressa pela Odontologia de Mercado traduz a efetiva necessidade do capital no processo de formação de trabalhadores que atendam a essa proposta. Formar recursos humanos que criticam e apontem para uma nova reflexão do real papel do Estado em desenvolver ações e políticas que sustentem o compromisso de prover e financiar serviços de saúde, em especial da saúde bucal será o marco relevante para sustentar o enorme desafio de alcançar uma formação mais ampla e qualificada a atender as necessidades reais da sociedade (NARVAI E FRAZÃO, 2008).

Um marco importante para a formação dos recursos humanos para o SUS foi a X CNS, citada por Rezende (2013) como evento que elaborou a Norma Operacional Básica⁴ de Recursos Humanos para a saúde (NOB/RH-SUS) de 1996. Com ela foi feito incentivo financeiro aos municípios para ampliação do número de equipes e, assim para ampliação do mercado de trabalho na área do Programa recém-instituído na época, o Programa de Saúde da Família (PSF).

Importando-se em ter profissionais em quantidade e perfis adequados para acompanhar o avanço proposto, a nova edição dessa norma trouxe em seus princípios e diretrizes a ideia de estabelecer parâmetros gerais para a gestão do trabalho no SUS. Ela também reafirmou a articulação intersetorial dos campos da educação e saúde como imprescindível para as instituições formadoras responderem as demandas e necessidades do SUS (BRASIL, 2005).

Esta missão exige, entretanto, mudanças significativas nos direcionamentos e princípios dos processos formativos em saúde, em especial na odontologia. A construção de um projeto de educação profissional contra-hegemônico exige refundar uma nova

como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas (NARVAI, 2006).

⁴ As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Esses aspectos são fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário ainda relativamente centralizado. As NOBs antevem as políticas de atenção básicas que surgem nos anos 2000 (LEVCOVITZ e col., 2001).

compreensão sobre o papel da educação profissional, radicalmente diferente do que predominou até então. Uma nova concepção deve tomar a educação profissional como importante mediação no processo de construção de conhecimento científico-tecnológico na esfera nacional e da formação humana dos trabalhadores (PEREIRA e RAMOS, 2013).

Em crítica, SAVIANE (2007) descreve que “cabe à educação superior a tarefa de organizar a cultura superior e sua atividade intelectual como forma de possibilitar que participem plenamente da vida cultural de todos os membros da sociedade, independente do tipo de atividade profissional a que se dedique (...)”. A proposta é evitar que os trabalhadores caiam na passividade intelectual e os universitários no academicismo, fazendo com que as academias deixem de ser, o que Gramsci diz os “cemitérios da cultura” a que estão reduzidas atualmente (SAVIANE, 2007).

Rummert (2013) “discorre que é necessário intervir com novas perspectivas, tanto sobre os diferentes aspectos da formação humana quanto, em particular, sobre a questão educacional, para simultaneamente fazer frente à superprodução acompanhada de expressiva redução da força de trabalho diretamente empregada, a drástica e sempre buscada redução dos custos do trabalho, bem como para aprofundar e intensificar as estratégias de controle social em situações de agudas formas de expropriação” (RUMMERT, et.al, p.3, 2013).

Diante do que foi discutido até aqui e a partir das experiências pessoais como profissional CD no sistema público do município do Rio de Janeiro, considero que exista um descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, às necessidades dos serviços, principalmente aquelas associadas ao primeiro nível de atenção, e as necessidades de saúde das populações nos diferentes territórios. Considero, adicionalmente, esse descompasso como um desafio para o setor público brasileiro. Esse problema tem adquirido uma crescente importância, tornando-se cada vez mais visível para os gestores, que não podem contar com um quadro de profissionais preparados e qualificados para atuar no âmbito da atenção básica e, conseqüentemente, fortalecer este nível de atenção no SUS. Nesse cenário, a profissão da odontologia não ficou à margem das transformações vividas pelos sistemas de saúde nas últimas décadas.

No município do Rio de Janeiro, segundo dado extraído do portal da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV) em janeiro de 2018, o município do RJ possuía 446 Equipes de Saúde Bucal e 1294 Equipes de Saúde da Família. Realizando uma breve análise do cenário existente no município em questão, pode-se perceber que já em novembro de 2018, há redução do número de ESF para 1209 e de ESB para 418 (SUBPAV, 2018). O desmonte da Atenção Básica à Saúde, em especial das ESB está relacionado à naturalização do avanço da lógica mercantil em todos os aspectos da vida. A ABRASCO (2018) destacou em seu documento sobre a “crise que esmaga a saúde

do RJ” a diminuição desses postos de trabalho provocado pela chamada “reestruturação da saúde” desenhada pela gestão Crivella. O documento ainda destaca que tal fato coloca em risco princípios como universalidade e da equidade uma vez que utiliza critérios incoerentes a realidade territorial do município, como a análise de redução de equipes com base nos índices de desenvolvimento social que se configura de forma heterogênea na sócio demografia do município (ABRASCO, 2018).

Essa dissertação surge a partir de impressões e inquietações vivenciadas no cenário da estratégia de saúde da família no município do RJ. Exercendo a função de Dentista de Família em diferentes territórios dentro da cidade, estas impressões e inquietações resultaram em questionamentos em torno do perfil profissional do CD e suas atividades diante do quadro político atual, marcado por políticas regressivas que afetam tanto trabalhadores quanto usuários no SUS. Outro ponto de questionamento é pensar o perfil do CD frente às propostas embrionárias já estabelecidas na APS. Além disso, imaginamos que os resultados deste trabalho poderão contribuir para o debate mais sistemático das necessidades dos serviços de saúde e do quadro atual de trabalhadores Cirurgiões Dentistas. A necessidade de aprofundar, de modo mais sistemático as discussões sobre o atual processo formativo dos CD foi uma preocupação permanente e basilar para a composição deste projeto e da dissertação. Ao final pretendemos que os dados reunidos e sistematizados possam contribuir para análise do processo formativo desse trabalhador, a qual historicamente se caracteriza por ser tecnicista, biologicista e fragmentado. Consideramos, portanto, que há um descompasso entre a formação do CD e sua atuação na ESF.

Após essas considerações que sintetizam a pesquisa preliminar realizada entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019 para elaboração deste projeto, propomos três (3) questões de investigação. 1) qual é o perfil dos Cirurgiões Dentistas que atuam na rede de APS do RJ? 2) Esse perfil é adequado às diretrizes e objetivos das Equipes de Saúde da Família (ESF)? 3) Quais as qualificações necessárias enquanto perfil para o trabalho na ESF?

Comprendemos que o estudo de perfil deve envolver a sistematização de informações sobre as atividades realizadas, as condições⁵ nas quais o trabalho do CD na ESF é desenvolvido, o itinerário formativo dos CD selecionados para o estudo, além de correlações com o debate das políticas públicas de saúde que regulam o trabalho do CD e o funcionamento das ESB.

⁵ As condições de trabalho aqui mencionadas estão atribuídas a acesso e disponibilidade de equipamentos e insumos, vínculo de trabalho, instalações físicas das unidades de saúde (Clínicas da Família) e população assistida.

Assim, esse trabalho tem por objetivo geral fazer uma **análise do perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas que atuam nas Equipes de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro.**

Esta dissertação está organizada em torno de três capítulos. No capítulo 1 será tratado um panorama sobre o percurso teórico-metodológico da pesquisa, além de conter um quadro analítico com temas que dialogam com a proposta da pesquisa. No capítulo 2 é apresentado a Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família, dando ênfase à saúde bucal no território da pesquisa. Esse capítulo esmiúça a área programática 3.1 onde a pesquisa foi realizada, possibilitando uma análise sobre as unidades de saúde selecionadas como campo de pesquisa, a atividade da saúde bucal nesses cenários de atuação e a relação da saúde bucal com a área programática estudada. E por fim, no capítulo 3 será discutido o perfil profissional e formativo do Cirurgião Dentista na área programática 3.1, trazendo em cena a participação dos atores CDs entrevistados e identificando potencialidades, dificuldades do trabalho e as motivações e desmotivações na Estratégia de Saúde da Família.

CAPÍTULO 1: Quadro analítico e percurso teórico-metodológico da pesquisa.

1.1 – Quadro Analítico

O quadro analítico recupera a discussão das temáticas e dos autores que dialogam com o objeto e objetivo da pesquisa, qual seja do perfil profissional do CDs. Entendendo que para se traçar esse itinerário do CDs buscou-se resgatar autores que promovam um debate a cerca do tema trabalho, trabalho em saúde, trabalho em equipe, perfil profissional, processos formativos, que esteja associando as práticas do serviço e aos conhecimentos técnicos adquiridos em sua trajetória no campo educacional.

Em uma breve busca bibliográfica através de plataformas de pesquisa⁶ nota-se que a discussão sobre perfil do Cirurgião Dentista nas ESF perpassa pela construção de um itinerário histórico da saúde bucal, tangenciando as práticas de cuidado na lógica liberal-privatista, inerentes ao processo formativo mercantilizado (MARTELLI, 2010). No âmbito da ESF, a discussão do perfil é associada às políticas públicas que determinam e orientam a prática no serviço associado a uma apresentação conceitual mais ampla do trabalho e atuação profissional do CD. A grande discussão seria a adequação da qualificação de um profissional ao trabalho concreto, alinhado as bases que estruturam a sua prática na

⁶ As plataformas de pesquisa utilizadas foram Scielo, da CAPES, periódicos, Google acadêmico, Bireme, Lilacs. Plataformas digitais e livros que auxiliaram na pesquisa em relação às temáticas abordadas.

Estratégia de saúde da Família. Algumas características⁷ dentro da análise de perfil foram observadas em alguns estudos como Martelli, (2010) em Pernambuco, Mendes e Prado Junior (2007) no Piauí e Oliveira e Uchoa, (2007) na grande Vitória, todos destacam o predomínio do sexo feminino na categoria, os vínculos irregulares e a pouca especialização dos profissionais na área correspondente a saúde pública.

De fato, esses estudos contribuem para uma análise do processo histórico e real, da atuação viva e em constante transformação dos processos de trabalho na ESF. Contudo que merecem ser confrontados com questionamentos sobre a adequação de perfis profissionais que pouco se relacionam com essas transformações reais existentes no trabalho. As conjunturas formativas dos profissionais Cirurgiões Dentistas pouco dialogam com as temáticas sobre trabalho, trabalho-educação-saúde e conteúdos da árvore saúde pública. O caminho para esse profissional tem sido a busca isolada pelo conhecimento, mobilizados pelos rumos que surgem em sua trajetória profissional. Identificar e analisar essas lacunas e descompassos na prática concreta de trabalho destes profissionais e indicar as prováveis correlações com seu processo formativo são contribuições pretendidas por esta dissertação.

Vale pontuar, que a análise do perfil profissional, envolve outras dimensões. Destaca-se, o contexto do trabalho em saúde, as práticas individuais implicadas com o processo de produção e suas transformações. Adicionalmente, qualquer análise precisará abordar e compreender a formação profissional, suas relações com o campo da educação e saúde, bem como a compreensão da importância dos avanços e impasses da APS e a necessidade de atender as demandas de saúde da população.

O trabalho em saúde faz parte do setor de serviços e é essencial para a vida humana. Além disso, é da esfera da produção não material, isto é, um trabalho que se completa no ato de sua realização (RIBEIRO et.al, 2004). O produto não se separa do processo que o produziu. Hoje esse trabalho em saúde é feito coletivamente, no sentido de ser em torno de uma equipe de cuidado em saúde, com a presença de vários profissionais e grupos de trabalhadores que desenvolvem atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional (RIBEIRO et al, 2004).

Marx (1994) define trabalho como processo de qual participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. O mesmo autor acredita na existência de três elementos componentes do processo de trabalho: 1) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os

⁷ Características neste trabalho referem-se sempre a habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo do processo de formação e atualizados na prática de trabalho, considerando esta prática como eminentemente qualificante ou qualificadora.

meios de trabalho - o instrumental de trabalho. O essencial para Marx era que o trabalho é a condição de produção da humanidade do homem (MARX, 1994).

O objetivo político de Marx não era aumentar a produtividade do capital, mas sim que os trabalhadores pudessem se apropriar do conteúdo de seu próprio trabalho e assim terem condições de enfrentar a contradição entre capital e trabalho, visando à superação do modo de produção capitalista, pela via do aprofundamento de suas contradições internas. (MOURA, et. al, 2015). As proposições de Marx em sua análise do trabalho e dos processos socioculturais nele implicados influenciaram uma farta produção da saúde, voltadas para a discussão das possíveis especificidades do trabalho em saúde. MEHRY (2003) descreve o trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de ‘coisas’ (bens/produtos) que funcionam como objetos, mas que não necessariamente são materiais duros, pois podem ser bens/produtos simbólicos (que também portam valores de uso) que satisfaçam necessidades.

Para Peduzzi e Schraiber (2009) o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no cotidiano da produção e consumo de serviços de saúde. Com relação ao trabalho realizado por diferentes profissionais e/ou núcleos de saberes, no setor saúde, configura-se ou deveria se configurar em equipe.

O trabalho em equipe é um trabalho coletivo composto por relações recíprocas entre as ações técnicas executadas pelos diversos profissionais e a interação entre os atores (PEDUZZI, 2001) e a comunicação é, principalmente, o que viabiliza a interação entre os profissionais (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), a concepção de trabalho em equipe está vinculada a de processo de trabalho e vem, sofrendo transformações ao longo do tempo. Historicamente, surge da necessidade do homem de somar esforços para alcançar objetivos de forma mais fácil e de atender às exigências do processo de produção moderno.

Para Merhy (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, essas relações são fundamentais e necessárias para uma produção do cuidado em saúde, indo além de conhecimentos técnicos. A ideia das relações estabelecidas através do trabalho vivo em ato, em contraponto as relações centradas no ato prescritivo, identifica o que o Merhy chama de tecnologias leves, pois são as relações como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários implicados com a produção do cuidado. (FRANCO E MERHY, 2003).

Em um campo mais subjetivo, ao compreender as práticas em saúde como ação humana, que transforma as necessidades de saúde num “produto que atende a uma dada finalidade social que é interiorizada e conduz os processos de trabalho sob determinadas

relações sociais” (PEDUZZI, 2007, pg. 80), a autora diz que o trabalho é a expressão das práticas sociais e que as práticas da saúde e especificamente de cada área do conhecimento é resultado da formação segmentada e fragmentada e para que haja mudança é necessário esforço e integração do conceito do processo saúde-doença (PEDUZZI, 2007).

Transitar pelo âmbito da saúde bucal e sua história permite compreender as diversas dimensões que a Odontologia em sua prática percorreu no cenário que envolve a produção de saúde bucal, suas implicações políticas e o desenvolvimento das ações que possibilitam na produção social de saúde da população.

Para NARVAI, (2006) a odontologia sanitária “é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral (...) da comunidade”, sendo esta entendida como “uma cidade ou parte dela, um estado, região, país ou grupo de países (...). Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa geograficamente e maior a população (...). A ideia de que odontologia sanitária é ‘prevenção’ ou de que é ‘assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo’, [grifos no original] não tem razão de ser. Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral” (NARVAI, 2006, p144).

A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o denominado sistema incremental (NARVAI, 2006, pg 143). Pinto o conceitua como “método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”, assinalando a previsão de “uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações” (PINTO, 1989, p141). O autor ressalta que, embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, “sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos” (NARVAI, 2006).

Com tais características e recomendações, a ferramenta se confundiu com a própria odontologia sanitária perdendo-se a noção, tão cara a Chaves (1960), de “trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade”. A odontologia sanitária se viu, então, reduzida aos programas odontológicos escolares. Para Narvai (2006), o sistema incremental tornou-se ineficaz à medida que foi “transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente” e, em contextos de “precariedade gerencial, falta

de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas”. (NARVAI, 2006, pg 142).

A odontologia de mercado (NARVAI, 2006) jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Em linhas gerais, sua 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. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas. (NARVAI, 2006).

Para Narvai & Frazão (2008), “Saúde Bucal Coletiva é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o”. Para esses autores, a saúde bucal coletiva (SBC) advoga que a saúde bucal das populações “não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível, portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos”. (NARVAI & FRAZÃO, 2008, P.141). Tal concepção implica (e, num certo sentido, impõe) à SBC uma ruptura epistemológica com a odontologia (de mercado), cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais – nos quais fundamenta sua prática – desconsiderando em sua prática essa determinação de processos sociais complexos (NARVAI & FRAZÃO, 2008,p 141).

Narvai, (2006), citando Botazzo (2006) enfatiza que a saúde não se esgota na forma clínica e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro, abrindo-se, em decorrência, infinitas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial da bucalidade.

No âmbito da reforma sanitária brasileira e nos primórdios da construção do SUS, décadas de 1970 e 1980, o modelo assistencial, entendido como a forma de organização da assistência, organizou-se para a distribuição dos serviços de saúde, de forma hierarquizada e territorializada. Nesse cenário, o debate transcorreu em torno da oferta e demanda por

serviços, com um processo de trabalho que operava centrado no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizada pela epidemiologia, e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica. (MENDES, 1994; FRANCO E MERHY, 1999).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) além de dar início aos primeiros passos de consolidação dos ideais da reforma sanitária brasileira, em seu relatório final, retrata a inadequada formação de recursos humanos em aspectos técnicos, éticos e de consciência social; a evidência de que as modificações no setor saúde exigem uma reformulação que extrapola os limites de uma reforma administrativa e financeira. Também é citado, entre tópicos dos princípios do novo sistema nacional de saúde, a capacitação e reciclagem permanente dos recursos humanos e formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, regionalizado e hierarquizado (BRASIL, 1986).

A 1º CNSB em 1986, segundo (Narvai e Frazão, 2008), foi realizada em paralelo a VIII CNS e tinha como propósito a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal. Os participantes da conferência ainda afirmavam a necessidade de utilização de recursos para o setor público e suspensão dos recursos para o setor privado, em meio a denúncias de corrupção do setor previdenciário na década de 1970-80. O Estado responde de forma vertical e centralizada, sem ao menos discutir essas propostas com os municípios nem planejar o rumo da saúde bucal de acordo com as particularidades locais. A criação do Departamento de Odontologia no INAMPs, em 1988 redundou no Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF) vem de encontro com as propostas da VIII CNS e 1º CNSB que caminhavam rumo à descentralização e municipalização. Os autores NARVAI e FRAZÃO (2008) ainda destacam o poder de coerção do Estado no sentido de controle hegemônico das práticas e atividades referentes a saúde, em especial a saúde bucal. Os programas criados pelo Estado, incluindo o Programa Nacional de Prevenção da cárie Dental (Precav) caminhavam em uma direção oposta às propostas discutidas nas conferências e totalmente favorável a um conceito que vinha sendo desconstruído, de uma lógica biológica e fragmentado. Logo os programas não respondiam nesse contexto a exigência obtida nas lutas por uma reforma na saúde pública Brasileira.

A Constituição Federal de 1988, que estabelece as bases do SUS, coloca como responsabilidade deste ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; garantir que o Estado apoiará a formação de recursos humanos nas áreas de ciência, pesquisa e tecnologia e concederão meios e condições especiais de trabalho aos que dele se ocupem; e apoiará e estimulará as empresas que invistam em pesquisa, criação de tecnologia adequada ao País, formação e aperfeiçoamento de seus recursos humanos, entre outros (BRASIL, 1988).

Em 1993, (Narvai e Frazão, 2008), apontam para a realização da 2º CNSB cujo tema era ‘Saúde Bucal é direito de cidadania’ em uma conjuntura marcada por uma perspectiva de revisão da Constituição de 1988, com grave ameaça do artigo 196, que aborda a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. A 2º CNSB ocorreu paralela a 9º CNS onde as principais discussões se voltaram para os problemas decorrentes a forte resistência do Estado em assegurar a ampla participação popular e controle social nas decisões e processos de gestão do SUS.

A 2º CNSB em sua carta de abertura do evento afirmava:

O pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, atingem de maneira drástica o Brasil. A recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria, a falta de saneamento e moradia são resultado da política do ‘Estado mínimo’ que vem desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania. (CNSB, 1994).

A 2º CNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, reconhecendo-a como “direito de cidadania” e indicando as características de “um novo modelo de atenção em saúde bucal” e dos recursos humanos necessários (...), defendendo a descentralização das ações “com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social”. (NARVAI e FRAZÃO, 2008).

Enfrentar o modelo da odontologia de mercado era o grande desafio da atenção básica à saúde bucal e para tal fazia-se necessário ampliar recursos que possibilitasse aumentar a capacidade de gestão para essa proposta. Nos anos 1990 a saúde bucal e a Política Nacional de Saúde Bucal de 1988 ficaram inertes, sem nenhuma revisão ou planejamento que permitisse ampliar o olhar para as necessidades da população frente a demandas do setor. No final dos anos 1990, algumas experiências na rede de serviços públicos odontológicos tiveram destaque, a assistência e ações em saúde bucal com escolares e pré-escolares e em unidades básicas de saúde.

A 3º Conferência Nacional de Saúde Bucal surge em um momento importante para a Saúde Bucal, com o advento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal definida no governo Lula (2003-2006). Os participantes da 3º CNSB identificaram caminhos a seguir a partir de alguns eixos como educação e construção de cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; financiamento e organização da atenção em saúde bucal. Destacam-se alguns pontos relevantes da conferência, que assinalou a expressão Equipe de Saúde Bucal (ESB) que aparece em seu relatório final, formando assim a composição que seria de Cirurgião Dentista (CD),

Técnico de Saúde Bucal (TSB); Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); Técnico em Prótese Dentária (TPD), isso pensando em uma configuração ampla. Ao contrário do que alguns imaginam a ESB não pressupõe sua independência em relação às equipes de saúde. A expressão “Equipe de Saúde Bucal” resulta do próprio desenvolvimento dos processos de trabalho odontológicos, que, alguns analistas entendem que não deveria restringir nem a “assistência”, nem ao próprio profissional de nível superior, o Cirurgião Dentista. Contudo é necessário explicitar que a ESB é parte integrante da equipe de saúde. (NARVAI E FRAZÃO, 2008).

O desafio futuro da saúde bucal não foge a regra do futuro da saúde frente à corrente neoliberal do Estado, a saúde bucal estando voltada para a lógica do capital e não para a lógica das necessidades humanas. Supõe-se que o trabalho (super) especializado, na lógica privada, com exigências de habilidades individuais e técnicas avançadas que garantem uma autonomia sobre o cuidado em saúde, acelere. A “Revolução” odontológica perpassa pela superação dessa perspectiva, ao aplicar o conhecimento técnico-científico alinhado as reais necessidades da população.

1.2 – Percursos da Pesquisa

Este estudo é de natureza qualitativa e utilizou algumas técnicas e procedimentos considerados clássicos da pesquisa em ciências sociais e humanas em saúde e em educação profissional, áreas com as quais o estudo se associa, a saber, revisão bibliográfica; pesquisa documental e entrevistas semi-estruturada.

A pesquisa qualitativa apresenta aspectos da realidade que não possui a finalidade de serem quantificados, possibilita produzir informações mais aprofundadas e detalhadas, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (UFRGS, 2009).

A revisão bibliográfica, foi iniciada para elaboração do projeto até a dissertação, se concentrou em estudos sobre o processo de trabalho na saúde, o trabalho e a formação do cirurgião dentista, além dos estudos sobre políticas de saúde com destaque para ESF, saúde bucal e organização das APS.

A pesquisa documental procurou reunir informações sobre a organização e o funcionamento das unidades básicas de saúde da APS, a distribuição de cirurgiões dentistas na Estratégia de Saúde da Família e a composição das equipes. Ela foi

complementada pela sistematização de documentos que traçam as diretrizes e os princípios de saúde bucal na ESF, além das diretrizes formativas do cirurgião dentista.

Os dados foram complementados com a realização de entrevistas semi-estruturadas (Anexo 1) com CDs com atuação nas equipes de saúde bucal.

Os roteiros semi-estruturados foram organizados em duas partes. A primeira parte dedicada à reunião de dados sobre faixa etária, gênero, estado civil, local de residência, tempo de formação, realização de cursos complementares, tipo de vínculo empregatício, tempo de trabalho no município, tempo de trabalho na ESF, desempenho de atividade profissional fora do Sistema Único de Saúde. A segunda parte é composta por questões abertas e mais reflexivas sobre a experiência de trabalho na ESF e as atividades do CD nas ESB. Para análise das entrevistas procuramos nos apoiar nas proposições de Bardin (1977) para análise de conteúdo (AC). Segundo BARDIN (1977) a análise de conteúdo tem o objetivo de sistematizar as ideias iniciais para conduzir a um desenvolvimento das análises de forma subsequente que dialogue com o proposto pelo projeto. As análises de conteúdo apresentam fases que se organizam em três polos cronológicos como a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência (uma operação lógica) e a interpretação (BADIN, 1977). Em função do tempo e de alguns contratempos, gerados pela greve dos trabalhadores da saúde e a recusa do poder municipal em negociar, não foi possível realizar uma AC no sentido pleno proposto por Bardin (1977).

Para conhecer as situações de trabalho dos CD selecionados para entrevista foi realizada uma visita ao local de trabalho. O intuito foi fazer um inventário dos equipamentos e insumos disponíveis e em funcionamento, bem como do espaço físico no qual ocorre a interação Cirurgião Dentista-paciente e entre os profissionais que atuam no serviço.

Para a seleção dos CD realizamos um levantamento preliminar das áreas programáticas (AP) no município do Rio de Janeiro. Este levantamento foi realizado (Tabela 2) segundo a conformação de 2018. É importante observar este fato, porque ocorreram mudanças significativas, resultando na diminuição do quantitativo. Contudo optou-se pela manutenção dos dados iniciais, para apoiar a discussão proposta na dissertação, uma vez que não haveria mais tempo de fazer uma nova coleta e conferi-la. No momento da coleta de dados e de realização da pesquisa de campo havia 59 Cirurgiões Dentistas na AP 3.1.

Tabela 1: Distribuição dos CDs de acordo com as Áreas Programáticas do município do RJ (SUBPAV, 2018).

| Área Programática do Município do RJ | Número de Cirurgiões Dentistas |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| AP 1.0 | 20 |
| AP 2.1 | 20 |
| AP 2.2 | 07 |
| AP 3.1 | 90 |
| AP 3.2 | 42 |
| AP 3.3 | 69 |
| AP 4.0 | 30 |
| AP 5.1 | 47 |
| AP 5.2 | 57 |
| AP 5.3 | 70 |

No município do Rio de Janeiro, as unidades de saúde representadas por uma Coordenadoria de Área Programática (APs) são geridas por diferentes Organizações Sociais (OS). A partir do estudo preliminar estabelecemos como critério para a seleção das APs, aquela que concentrasse um número maior de CD. Em função do tempo e dos atrasos na consecução da pesquisa de campo com a greve dos trabalhadores da saúde, elegemos um segundo critério, a AP com maior aceitação para participação no estudo. O critério proposto esteve diretamente relacionado ao fato da participação no estudo ser voluntária. Então consideramos que um maior volume de CDs poderia facilitar a identificação de CD que consintam em participar da pesquisa. Nosso intuito não foi estabelecer nenhum tipo de comparação, mas conseguir mapear uma maior diversidade de situações de trabalho em uma amostra pequena. Assim, chegamos a AP 3.1 que conta com 90 CD e gerida pela OSS Vivario.

Para a realização das entrevistas selecionamos até 07 CD na Área Programática escolhida que foi a 3.1, contudo diante de interferências como a greve dos trabalhadores e paralisações, o estudo foi contemplado com uma amostra de 05 CDs. Para a identificação dos entrevistados enviamos um e-mail explicitando os objetivos do estudo e convidamos os CDs para participarem. As entrevistas ocorreram na própria unidade de saúde que o profissional CDs exerce suas atividades. Selecionamos os primeiro 07 que responderem da Área Programática na Saúde 3.1 e realizamos a entrevista com 05 deles.

O estudo foi submetido ao comitê de ética e foi aplicado um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) para os profissionais que concordaram em participar da pesquisa.

Diante de alguns aspectos importantes e inerentes a um processo de pesquisa, vale arrazoar nesse capítulo um pouco do itinerário realizado em busca de conhecer os cenários de atuação, os atores envolvidos, as relações construídas nesses espaços e os processos e fluxos que ali eram exercidos. Além disso, durante as visitas a campo, as compreensões dos trabalhadores sobre o contexto externo, político e de desmonte de serviços de saúde, possibilitaram uma abordagem mais ampla e sensível do significado que aquele cuidado prestado a uma determinada população podia representar para os profissionais que ali se debruçam diariamente.

A busca por um panorama do perfil profissional é composta por uma série de fatores relacionados entre si. Assim, as entrevistas, embora tenha utilizado um roteiro comum, apresentaram muitas nuances carregada de subjetividades e sentimentos positivos em relação APS. O percurso da pesquisa circunscreveu três unidades de atenção primária, todas elas unidades tipo A⁸, chamadas de Clínicas da Família. As unidades apresentavam fatores e organizações distintas como será apresentado no próximo capítulo (capítulo 2).

O itinerário da pesquisa enfrentou algumas dificuldades. A primeira foi no tocante ao acesso às unidades de saúde em função da situação de violência e das vulnerabilidades dos territórios urbanos nos quais algumas unidades estão inseridas. A segunda envolve o acesso aos entrevistados nos respectivos espaços de trabalho e a realização em si das entrevistas. A greve dos trabalhadores da saúde inviabilizou a realização de algumas entrevistas. Ao final contamos com um número reduzido de profissionais para entrevistar. A visita aos espaços de trabalho e as entrevistas também foram afetadas pela posterior quebra de contrato da prefeitura com a Organização social, seguida pela demissão dos profissionais que ali desempenhavam suas atividades e rotinas. É importante salientar que esta ação, provocou o desaparecimento das unidades e gerou impactos no cuidado das pessoas de cada território. As entrevistas foram potentes e ricas, pois possibilitaram uma provocação e um sentimento de vazio dos espaços públicos e de cuidados para a população, provocando um caos também para os profissionais, que com incertezas tinham seus trabalhos arrancados de uma hora para outra.

Ao chegar às unidades de saúde, o primeiro passo era observar sua estrutura, organização e dinâmica das relações entre profissionais, além da frequência dos usuários do serviço. As unidades visitadas contavam com intensa presença de usuários e volume elevado de atendimentos e procedimentos. Este estudo, até pelos seus objetivos, não contempla a análise da percepção do usuário de saúde sobre a unidade, os serviços prestados na clínica odontológica e, tampouco, suas relações com os cirurgiões dentistas.

⁸ Quanto aos modelos de atenção, as unidades de saúde da APS podem ser classificadas em tipo A: unidades onde todo o território é coberto por equipes de saúde da família; tipo B: unidades mistas onde somente parte do território é coberto por equipes de saúde da família; tipo C: unidades onde ainda não possui equipes de saúde da família, mas com território de referência bem definido (SUBPAV, 2011).

Entretanto, durante as visitas foi impossível não observar o forte envolvimento dos usuários com as unidades e seus trabalhadores. Mesmo ausente desta pesquisa, compreendemos que os pesquisadores e as pesquisas comprometidas com a ampliação e melhoria da atenção bucal pública e gratuita devem dar mais atenção às percepções dos usuários.

A despeito das dificuldades iniciais narradas, as entrevistas com os cirurgiões dentistas (CD) se desenvolveram com muita tranquilidade. De modo geral, todas as profissionais receberam muito bem a proposta do trabalho. Cabe salientar que os gerentes das unidades se interessaram pela temática, prontificando-se a ajudar na organização dos espaços para a realização dos encontros (todos realizados dentro das salas de saúde bucal), e na identificação dos horários mais oportunos, de modo a não prejudicar a rotina das atividades dos trabalhadores CD.

Por fim, foi acertada uma devolutiva com todos os participantes do trabalho. A ideia é a partir das conclusões e da problematização das falas e dados sistematizados pela pesquisa, promovermos um debate sobre o lugar da odontologia e seu papel em uma unidade básica de saúde (UBS).

CAPÍTULO 2: Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família: a saúde bucal no território da pesquisa.

No Brasil o sistema de saúde, fundado na lei orgânica, possui caráter universal. A Constituição promulgada em 1988 considerou a saúde como direito de todos e dever do Estado prove-la. A institucionalização desse novo modelo de saúde, materializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), se contrapôs à lógica hospitalocêntrica, centrada na doença e não nas pessoas. O novo modelo de atenção propugnado ao apoiar-se na concepção ampliada de saúde, formulada a partir de Alma-Ata, consolida a atenção básica como porta de entrada preferencial, incrementa a organização de um sistema articulado e nacional de vigilância em saúde e fortalece as equipes multiprofissionais de saúde.

Neste ambiente institucional a Estratégia Saúde da Família torna-se prioritária como modo de reorganização e expansão da atenção básica no país. A ESF desenvolve um conjunto de ações abrangentes para o atendimento à população, integrando atenção, promoção e prevenção. Talvez uma das principais contribuições da ESF ao SUS seja a implementação do cuidado territorializado (BRASIL, 2017). Ele envolve a realização permanente de diagnósticos e a elaboração de estratégias de intervenção específicas para o contexto sociocultural das áreas atendidas. A estruturação da atenção básica após 1988

fortaleceu princípios e estratégias expressos em diferentes experiências e documentos internacionais a partir da Conferência de Alma-Ata. Na ESF o acompanhamento dos usuários e de suas famílias deve ocorrer de forma longitudinal, integral, calcada na concepção de que a maioria dos problemas de saúde pode ser resolvida na atenção básica. Deste modo o acesso a outros níveis de atenção deve ser prioritária e preferencialmente coordenado e referenciado pela ESF. A Estratégia tem como principal ponto as Equipes de Saúde da Família, que são constituídas por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e Equipe de Saúde Bucal que se apresenta em duas modalidades (Modalidade I = CD + ASB e Modalidade II = CD + ASB + TSB). Estes são alocados em Unidades Básicas de Saúde, responsabilizando-se por até 3.500 pessoas. (BRASIL, 2017).

No caso das Equipes de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro, objeto desta pesquisa, verificamos ao longo da análise documental, há existência de uma desproporção na relação de cuidado referenciado. Nossa investigação constatou que uma mesma Equipe de Saúde Bucal (ESB) integra mais de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF). Esta característica, até onde conseguimos averiguar, singular ao município do Rio de Janeiro, provoca uma assimetria entre ESB e as EqSF em relação ao quantitativo de atendimentos. Assim, o número de atendimentos realizados pelas ESB representa em alguns casos o dobro ou triplo de pessoas assistidas por uma EqSF. Essa desproporção implica em prejuízos na qualidade desse serviço para a população assistida e sobrecarga de trabalho para a ESB.

As concepções sobre a Atenção Básica no país e a própria organização das equipes que atuam nesse nível foram bastante reformuladas a partir da aprovação da nova PNAB (BRASIL, 2017). A PNAB modificou as concepções de territorialização e reduziu o número de ACS obrigatórios por equipe. O quantitativo de ACS passa a ser decorrente das decisões dos gestores locais. Em relação à ESB a PNAB tornou sua inserção e atuação nas EqSF facultativa. Além disso, passou a financiar a partir do governo federal outros modelos de atenção básica diferentes da ESF, chamados de Equipe de Atenção Básica (EAB), sem necessária vinculação territorial, sem presença de ACS, em modelo próximo ao das Unidades Básicas de Saúde tradicionais. As implicações dessas mudanças para o sistema de saúde nacional ainda não são claras. Elas são acompanhadas à medida que os municípios se adaptam à nova legislação. Houve importante resistência e críticas por parte do movimento sanitário, de diversas entidades acadêmicas e científicas às mudanças realizadas.

No município do Rio de Janeiro, a expansão da Saúde da Família é recente. A cobertura passou de 9,63% da população em dezembro de 2009, para uma cobertura de 62,49% da população em fevereiro de 2018 (BRASIL, 2018). O município adotou um

modelo específico de Saúde da Família, onde o carro-chefe são as Clínicas de Família, grandes UBS que abrigam até quinze equipes, atendendo populações de até cinquenta mil pessoas.

Cabe sempre destacar, quando o intuito é analisar as estratégias locais adotadas, a centralidade do conceito de “acesso” para o modelo de saúde pública e universal proposto a partir de 1988, uma vez que a atenção básica é a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. E na perspectiva do acesso e sua ampliação, o município do Rio de Janeiro enfrenta uma conjuntura bastante perversa. Nos últimos anos a opção política foi pela reorganização dos serviços segundo a lógica da Atenção Primária à Saúde⁹ (APS). A consolidação do processo de expansão do acesso, acima assinalado, e a reorganização da atenção básica se deparam com uma redução orçamentária drástica com impactos profundos na composição das EqSF. Segundo documento apresentado pela ABRASCO (2008) à reorganização dos serviços de atenção primária, proposta pelo município, tem impacto direto no número de equipes de saúde e na qualificação das mesmas. A proposta prevê um corte de mais de 200 equipes, sendo de saúde da família e de saúde bucal (serão 1400 postos de trabalho a menos) (ABRASCO, 2008) (Tabela 2).

Tabela 2: Número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em 2017 e 2020.

| MÊS/ANO | EqSF | ESB |
|----------------|-------------|------------|
| 12/2017 | 1294 | 446 |
| 01/2020 | 1086 | 345 |

(SUBPAV, 2020)

A proposta de redução do número de equipes adotou como o método a Filosofia Lean de Gestão, sistema de produção, criado no Japão, cujo objetivo é maximizar o uso da força de trabalho, intensificando processos e eliminando postos de trabalho (RIBEIRO, 2013). Trata-se, portanto, de uma proposta privatista e neoliberal em termos de concepção política de sociedade e saúde, com critérios de análise essencialmente quantitativo, e dedicado à eliminação de postos de trabalho. Em linhas gerais é um modelo de gestão completamente alheio aos objetivos de um sistema público, universal e ampliado de saúde, conforme estabelece o texto constitucional aprovado em 1988 (ABRASCO, 2018).

Diante dos dados encontrados ao longo da pesquisa e das visitas realizadas nas Unidades de saúde, além da minha própria experiência de trabalho, a reorganização da saúde proposta para o município do Rio de Janeiro, não dialoga com as reais necessidades

⁹ Importante destacar que o debate conceitual sobre Atenção Básica e Atenção Primária foi discutido na página 14 desse estudo.

da população. Lembrando que a ampliação do acesso é muito recente, em 2018 a cobertura era inferior aos 70%. Especificamente em relação à realidade da saúde bucal na Área Programática da 3.1 (território da pesquisa), verificamos nas visitas e durante as conversas de aproximação com os profissionais convidados para participarem das entrevistas, que já é possível constatar um declínio técnico-assistencial do serviço de odontologia. É possível considerar que a indústria da doença ganha força (Miranda, 2018). Alcides Miranda (2018) tem alertado para o aumento do mercado da doença nos processos de privatização da saúde e da vida, em contraposição ao valor social que não cabe em nenhum arranjo orçamentário. Pensar em saúde no contexto universal e integral é pensar em estratégias sociais que possa compor um sistema nacional que de fato dê conta das necessidades humanas.

(...) há uma diferença muito grande entre o valor de uma dentadura, como uma reabilitação para alguém em saúde bucal, e o valor de um sorriso. A pessoa que tem um sorriso devolvido pode arranjar um amor, pode melhorar a auto-estima, pode conseguir um trabalho. Isso tu não mede em equações econométricas, tu não mede somente na relação custo orçamentário ou gasto orçamentário. Então, tem determinados investimentos sociais que vão impactar inclusive inter geracionalmente (...) (MIRANDA, 2018).

2.1 – Conhecendo a Área Programática 3.1 no Município do RJ

O município do Rio de Janeiro está localizado, pelo desenho realizado através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), como Região Metropolitana I. Esse processo de distribuição territorial por regiões corrobora para o processo de descentralização proposto na Constituição de 1988.

A partir de 1993, na Secretaria Municipal de Saúde do RJ, foram criadas dez Áreas de Planejamento (AP), cada uma delas com estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). As CAPs gerenciam o total de unidades de saúde que integram o SUS no Município do Rio de Janeiro, congregando estabelecimentos de diferentes naturezas: municipais, estaduais, federais, universitários, sindicais e privados. A divisão em áreas de planejamento ou programáticas, adotada pelo Município do Rio de Janeiro, deveria propiciar maior facilidade para o exercício da fiscalização e da proposição de políticas de saúde para este município e também deveria ampliar o leque de estratégias operacionais, capazes de

permitir o efetivo controle social por meio da criação dos dez Conselhos Distritais de Saúde (CODs) (BRASIL, 2007).

A Região Administrativa da 3.1 abrange os bairros de Ramos, Penha, Cordovil, Vigário Geral, Anchieta, Pavuna, Complexo do Alemão e da Maré, Olaria, Manguinhos.

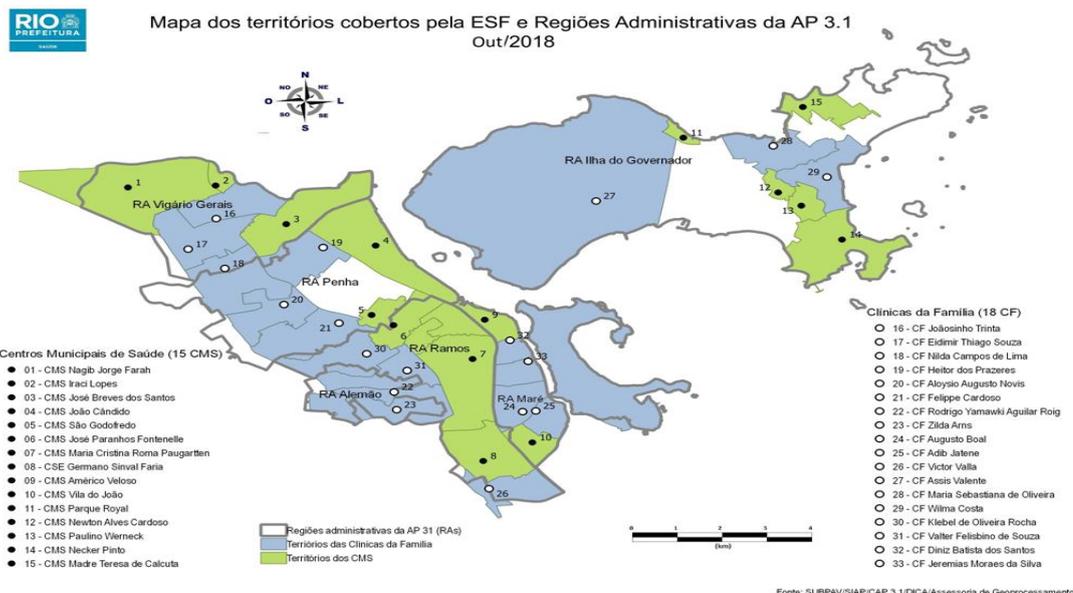
A escolha da AP 3.1 considerou a extensão, a diversidade e as especificidades dos territórios por ela compreendidos. Além dos bairros que possuem uma densidade populacional alta (Tabela 3), uma atividade econômica em transição, uma vez que alguns bairros como Ramos sofrem com a desindustrialização, a Área Programática cobre os Complexos da Maré e do Alemão. A ação junto aos Complexos e áreas circunvizinhas implica no desenvolvimento de estratégias de cuidado para lidar com populações submetidas a situações de múltipla vulnerabilidade. Soma-se a presença nos últimos anos de imigrantes (RIO DE JANEIRO, 2017) nestes Complexos, vindos de diferentes regiões (África, Oriente Médio, América Latina) com idiomas, culturas, relação com saúde e modelos de saúde muito variados (RIO DE JANEIRO, 2017). Por si só, a área de abrangência da AP 3.1 é um desafio para a implementação da ESF e a atenção a saúde bucal, exigindo investimentos permanentes na ampliação dos seus serviços e equipamentos e na capacitação dos seus profissionais. O enfrentamento deste desafio é ameaçado pelo desinvestimento assinalado e pelas mudanças organizacionais em um modelo ainda em processo de construção e enraizamento junto ao território.

Tabela 3: População por bairros da AP 3.1 do RJ (IBGE, 2010).

| Bairro | População 2010 | | |
|----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| | Masc | Fem | População Total |
| Jardim Guanabara | 15.113 | 17.100 | 32.213 |
| Tauá | 13.999 | 15.568 | 29.567 |
| Jardim Carioca | 11.585 | 13.263 | 24.848 |
| Portuguesa | 11.010 | 12.846 | 23.856 |
| Galeão | 11.239 | 11.732 | 22.971 |
| Freguesia-ILHA | 9.192 | 10.245 | 19.437 |
| Bancários | 5.923 | 6.589 | 12.512 |
| Pitangueiras | 5.495 | 6.261 | 11.756 |
| Cacuaia | 5.182 | 5.831 | 11.013 |
| Moneró | 2.965 | 3.511 | 6.476 |
| Praia da Bandeira | 2.711 | 3.237 | 5.948 |
| Cocotá | 2.256 | 2.621 | 4.877 |
| Ribeira | 1.589 | 1.939 | 3.528 |
| Zumbi | 934 | 1.082 | 2.016 |
| Cidade Universitária | 772 | 784 | 1.556 |
| Penha | 38.185 | 40.493 | 78.678 |
| Brás de Pina | 27.771 | 31.451 | 59.222 |
| Olaria | 26.388 | 31.126 | 57.514 |
| Penha Circular | 22.653 | 25.163 | 47.816 |
| Cordovil | 21.257 | 23.945 | 45.202 |
| Vigário Geral | 19.967 | 21.853 | 41.820 |
| Jardim America | 12.058 | 13.168 | 25.226 |
| Parada de Lucas | 11.725 | 12.198 | 23.923 |
| Maré | 63.743 | 66.027 | 129.770 |
| Complexo do Alemão | 33.800 | 35.343 | 69.143 |
| Ramos | 18.924 | 21.868 | 40.792 |
| Manguinhos | 17.284 | 18.876 | 36.160 |
| Bonsucesso | 8.557 | 10.154 | 18.711 |
| Total | 422.277 | 464.274 | 886.551 |

A escolha da AP 3.1 como território de pesquisa (área escolhida) surgiu também por conta da minha experiência de atuação nessa área programática, onde desde 2015 atuo como trabalhador na assistência no território de um grande complexo e posteriormente como Gerente de uma Clínica da Família. As vivências e a abrangência da 3.1 me instigaram a desenvolver um trabalho nessa área que pudesse ser útil para pensarmos no cuidado em saúde bucal dessa população.

Para visualizarmos melhor toda a cobertura da AP 3.1, apresenta-se abaixo um mapa que expressa a macroárea da 3.1 e suas subdivisões por bairros. Ainda apresenta uma lista das Clínicas da Família (CF) e Centros Municipais de Saúde (CMS) da AP 3.1.



(SUBPAV, 2020)

As Clínicas da Família estão subordinadas e possuem como referência de organização a estrutura de gestão chamada Coordenadorias de Saúde da Área de Planejamento (CAP). As CAP são centros, polos que administram as áreas programáticas da cidade, ou seja, uma forma de definição e organização com base no processo de territorialização adotada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio, que divide a cidade em dez áreas programáticas. Cada CAP possui um conjunto de funcionários variados, que lidam com ações de apoio à implementação de políticas e organização do processo de trabalho nos serviços. As CAPs possuem autonomia no planejamento e gestão dessas áreas em relação aos equipamentos de saúde da rede municipal que nelas existam. A CAP 3.1 tem área de abrangência de 14 bairros, sendo que abriga algumas das áreas de maior vulnerabilidade da cidade. No corpo técnico dessa coordenação existem profissionais encarregados de áreas técnicas e programáticas, assim como apoiadores que realizam visitas aos serviços para discutir processos de trabalho, indicadores, estratégias de acesso. A Prefeitura do Rio de Janeiro, desde o início da expansão da ESF, optou por um modelo de saúde baseado em Parcerias Público-Privadas (PPP), adotando as Organizações Sociais em Saúde (OSs) como forma de contratação e gestão do trabalho em saúde na atenção básica. As organizações sociais possuem contratos com a Prefeitura, de forma que cada instituição/ OSs seja gestora de um número de CAPs, correspondente a sua estruturação, para a execução da saúde nas áreas programáticas. Dessa forma, temos diferentes OSs atuando no município do Rio de Janeiro.

O modelo gerido por OSs está alinhado à agenda neoliberal que desde seu início no processo de redemocratização andou lado a lado a construção do SUS e acompanhou sua expansão. A incoerência desse modelo frente à flexibilização do trabalho, estabelece a precarização e terceirização do trabalho.

2.2 - O cenário de atuação: Análise das unidades de saúde e sua infraestrutura

Realizei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela UFRJ e nesse momento atuei em algumas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. Trabalhando na assistência e gestão de unidades também tive contato e aproximação com o cenário da cidade e sobre o contexto relacionado à saúde bucal. Por ser Dentista de Família e gestor na saúde do RJ, pude acompanhar de perto planejamentos, ações e a realidade em cena dos trabalhadores da saúde bucal. Essa pesquisa me estimula no sentido a dar retorno técnico e científico para o campo da odontologia, o qual sou formado, no contexto de entender o perfil desses profissionais e seu ambiente de trabalho e atrelar a isso todo o contexto da desestruturação da saúde e da relação da saúde bucal com o cenário da APS. Em contato com os colegas CD e gestores da AP 3.1, pude estruturar e organizar meu processo de pesquisa em foco, para que assim ocorressem os encontros e entrevistas propostas.

A pesquisa e seu processo analítico foram pensados no âmbito das experiências singulares dos sujeitos em relação aos processos institucionais. Para cumprir com os objetivos fixados, foram percorridos diferentes espaços que compõem os cenários da APS. Esse trabalho de campo com abordagem íntima e relacional proporcionou uma leitura mais fina e mais ajustada às dimensões da realidade institucional e do processo individual e singular desses trabalhadores.

Pensar o território da pesquisa e o lugar onde acontecem as “coisas” é pensar de forma concreta, as situações e existências reais ancorados aos limites específicos e institucionais, é pensar e dar valor as histórias do lugar e as histórias das pessoas. É poder sentir e respirar todo o aroma de um lugar que cria e recria processos de cuidado que superam traços de desordem e de esvaziamentos. Segundo SANTOS (1998), o território é o espaço de todos, o abrigo de todos. Território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado.

Entre outubro de 2018 e dezembro de 2019, as unidades de saúde do município do Rio de Janeiro estiveram em greve devido ao atraso no pagamento de salários e benefícios. Ocorreram demissões frequentes de trabalhadores do NASF, ACS, CD e outros trabalhadores em diversas CF da cidade. Com o advento da nova PNAB, a redução de

trabalhadores se efetivou e foi se tornando um nó crítico inerente ao processo e produção de um cuidado em saúde.

No momento da entrada efetiva nas Clínicas da Família selecionadas para a pesquisa, me deparei com esse contexto. Foi uma experiência viva e pulsante para um trabalhador da saúde que naquele momento estava ali como pesquisador. Tive a exata dimensão, considerando os territórios da AP, do tamanho do desaparelhamento da saúde e a profundidade do “buraco” produzido na atenção e seu potencial de comprometimento para todo o modelo desenhado e legitimado pela constituição de 1988.

As unidades de saúde visitadas na pesquisa eram denominadas Clínicas da Família, as características de ambas se diferenciavam. Das três unidades onde se realizou a pesquisa, apenas uma era de alvenaria, diferente do modelo mais atual das CF que surgiu com a expansão da APS no município do RJ a partir de 2008.

A Clínica da Família “AZUL” foi à primeira UBS a ser visitada no estudo. A unidade possui oito EqSF, possui uma estrutura que não é de alvenaria, e está no modelo mais novo das CF, é de fácil acesso, possui uma ótima organização interna e das salas, a saúde bucal é bem localizada na unidade, a limpeza foi outro fator que chamou atenção positivamente. A relação das ESB com as EqSF se dá através das reuniões de equipe ou quando necessário no dia a dia do trabalho. No período que fiquei realizando o estudo, não existiram filas para o atendimento por conta da greve dos trabalhadores da saúde, contudo as ESB possuem uma lista de espera como processo de organização. A organização da demanda e acesso é feita pelos Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente pelos próprios CDs na medida em que exista um volume grande de demandas espontâneas, no mais o livro de espera é um recurso para programar e organizar essa espera da população nessa unidade. A proporção de ESB para EqSF é de um para três, ou seja, uma ESB é responsável pelo cuidado de três EqSF nessa unidade. A unidade possui um bom acesso, ficando em uma via de grande movimentação e com diversos meios de transporte como ônibus, BRT e linha de trem. O espaço da unidade conta com áreas que proporcionam uma boa acomodação para os usuários aguardarem seus atendimentos e possui uma estrutura reservada importante para uma melhor interação entre os profissionais. Com auditórios e salas de reuniões, a infraestrutura da unidade favorece e possibilita que as equipes de saúde possam se organizar e debater sobre o processo de trabalho e suas estratégias de ação.

A Clínica da Família “AMARELA”¹⁰, uma unidade com o perfil semelhante à CF “AZUL”, com sua estrutura em um formato mais atual das Clínicas da Família, não sendo alvenaria. Essa UBS possui oito EqSF e fica localizada em uma área que aborda parte de um grande complexo na zona norte da cidade, seu acesso é bem localizado, com

¹⁰ Os nomes das Clínicas da Família “AZUL”, “AMARELA” e “VERMELHA” são fictícios e servem para descrever as unidades de saúde que foram realizadas a pesquisa.

transportes públicos próximos e localização central para a população abrangente. Sua estrutura é muito satisfatória, as salas de atendimento são bem distribuídas e a sala de odontologia fica em fácil acesso logo a frente da unidade. A proporção de ESB para EqSF também é de um para três, ou seja, cada ESB é responsável pelo cuidado e planejamento em saúde de três EqSF. A estrutura física permite que haja uma interação importante entre os trabalhadores da unidade, o que facilita uma melhor comunhão e trabalho em equipe, com salas de atendimento, sala de reunião, auditório e copa. No momento da visita não existia fila para atendimento, contudo a unidade também se organiza com uma lista de espera para dar conta de sua demanda.

A Clínica da Família “VERMELHA” fica localizada também na Zona Norte da cidade, possui doze EqSF, é uma referencia para um grande complexo da região e atende um volume expressivo de pessoas em seu território. Essa unidade tem uma estrutura de alvenaria, uma organização mais vertical, com cinco andares e uma organização mais complexa para dar conta de seu formato. A saúde bucal fica localizada no último andar, possuindo consultórios divididos e individualizados. A unidade possui elevador garantindo a acessibilidade, contudo por ser distribuída verticalmente as relações estabelecidas ficam mais difíceis e fragmentadas, contudo a unidade se apresentou limpa e com um grande número de salas de atendimento. Não existiam filas para atendimento no momento, os trabalhadores da unidade também estavam em greve de acordo com o acordo de cada categoria e por isso chamava a atenção o esvaziamento das atividades nesse cenário. A saúde bucal possui boa estrutura e organização em seus processos de trabalho. A unidade possui fácil localização e meios de transporte próximo como ônibus, BRT e trem. Isso contribui e permite para uma boa frequência dos usuários, contudo sua sala de espera é proporcionalmente pequena em relação ao volume de atendimento e de população adstrita que a engloba. Embora a unidade possua diversos serviços, salas de reuniões, auditórios e salas de atendimento, a infraestrutura não favorece a uma interação entre os profissionais, os deixando mais fragmentados.

A pesquisa buscou avaliar também as condições de trabalho enfrentadas pelos trabalhadores da saúde bucal dessas unidades de saúde. Para essa avaliação consideramos alguns critérios como 1) as condições e instalações dos equipamentos odontológicos, 2) controle de estoque e insumos¹¹ de saúde bucal, 3) a relação de trabalho com outros profissionais, 4) proporção de ESB em relação a EqSF, 5) avaliação de fluxos estabelecidos para o processo de trabalho.

¹¹ A Grade de material odontologia básica se encontra no anexo 3 da dissertação. Essa grade apresenta os insumos que estão disponibilizados para utilização na saúde bucal na APS e a descrição completa dos mesmo. Disponibilizado pela SUBPAV, 2020.

Em relação ao critério 01 (condições e instalações dos equipamentos odontológicos) as unidades visitadas apresentaram semelhanças. Verificou-se na pesquisa que os equipamentos, aspecto fundamental para atenção bucal, estavam bem instalados, revisados e em ótimo estado. Apresentavam quantidade suficiente de acordo com a demanda de atendimentos pela unidade. Em relação aos insumos e demais materiais (critério 02) não foram identificados nas visitas e no diálogo com os profissionais, dificuldades no recebimento dos insumos, nem nos processos de solicitação de compra. O controle de estoque é atribuição do CD e com isso deve ser realizado de forma a evitar desperdício e uso inadequado. A grade de materiais disponibilizada pelo município para a APS é à base de insumos que as unidades recebem e utilizam para dar conta dos atendimentos realizados inerentes a ESF. A pesquisa apresentou também a relação de trabalho dos CD com as outras categorias profissionais (critério 03), que embora haja um momento semanal próprio para uma articulação do trabalho em equipe, através de reuniões de equipe, de categoria ou reuniões técnicas, esse momento foi destacado como, em algumas situações, insatisfatório por conta da não valorização da presença do Cirurgião Dentista nesses espaços, entendido e relatado pelas entrevistadas que a categoria Odontologia era singular e acionada apenas para assuntos relacionados à questão bucal. Diante desse dado da pesquisa, a fragmentação na atuação dos CD na ESF de certa forma é uma evidência. Obviamente é importante salientar que esse resultado não foi absoluto, os dados da pesquisa identificaram CDs e equipes que obtinham uma ótima relação interdisciplinar e com construções e planejamentos de saúde realizados de forma conjunta. Em relação à desproporção das ESB diante das EqSF (critério 4), evidenciada nessa pesquisa, a desproporção foi percebida em diferentes aspectos como pelo número absoluto de pessoas e famílias que o CDs possui por responsabilidade em promover cuidados e ofertar assistência odontológica clínica que pode chegar a até quatro vezes o número de indivíduos que uma EqSF possui, bem como o volume de atendimentos e filas de espera proporcionado pelo excesso de demandas por uma assistência odontológica, oriundo dessa característica organizacional do serviço odontológico no município, embora a desassistência odontológica seja historicamente fruto da entrada tardia da odontologia na Estratégia de Saúde da Família que viria a acontecer nos anos 2000 (BRASIL, 2000). Ao avaliar como que esses profissionais trabalhavam os fluxos estabelecidos pela SMS, pelas coordenações de saúde bucal ou propriamente pelos cadernos de atenção básica e guias relacionados à saúde bucal (critério 5), a pesquisa apontou o desconhecimento desses trabalhadores pelos documentos norteadores da atuação profissional, e apontou que as normativas do processo de trabalho trazidas pelas entrevistadas eram oriundas das recomendações aplicadas pelas coordenações de saúde bucal ou pelas experiências pessoais por elas vivenciadas. Ao passo que esses documentos não foram mencionados

como norteadores nem como base para construção de fluxos internos e organizativos de um processo de trabalho odontológico.

Ao analisar a visita nas unidades de saúde e espaços de atuação do CDs na ESF, a pesquisa trás recortes de uma odontologia biologicista e curativa e com poucos arranjos com a atenção básica integral e coletiva. Apresenta-se em desacordo com a proposta de cuidado em saúde mais ampla com os indivíduos-famílias-comunidades que a utilizam, pois não permite que a demanda existente possa ser escoada em serviços ofertados de forma efetiva e com qualidade. A saúde bucal coletiva carece de atenção, e necessita inspirar transformações (CHAVES, 2016), que possa provocar a eficiência de sua existência. Contudo, essa existência de alguma forma se apresenta em resultados relevantes na pesquisa, como a luta da classe trabalhadora por garantir seu espaço na ESF e, resultados relevantes relacionados a acesso e frequência de indivíduos nos cuidados relativos à saúde bucal, suas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos nos territórios de atuação como em escolas existentes em suas áreas de abrangência. A infraestrutura de uma unidade de saúde é um fator importante para um bom desempenho das ações nos espaços da saúde. Uma construção coletiva do conhecimento, planejamento das ações em saúde e o desempenho efetivo do cuidado, perpassam por encontrar espaços físicos que permitam essas relações e arranjos poliarquicos.

2.3 - A Saúde Bucal no cenário da Estratégia Saúde da Família: do prescrito ao real

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e sua regulamentação, um dos maiores desafios da reforma sanitária é a reversão da lógica organizativa da assistência e da formação dos profissionais de saúde dominante até a década de 80, apresentada na Introdução e no Capítulo 1, conjugada ao permanente esforço de assegurar o acesso da população e ampliá-lo continuamente. No caso específico da odontologia, como campo de conhecimento e prática, e da conformação de um modelo de saúde bucal afinado com os princípios de Alma-Ata os desafios são mais agudos. Como discutimos nos capítulos anteriores a odontologia, os trabalhadores técnicos e CD tiveram uma participação inexpressiva no processo político da reforma e da formatação do SUS. Chegando tarde, embora intensamente, na construção de estratégias e na formatação das novas equipes de saúde.

Diante disso, vem sendo realizada, tanto no campo da teoria quanto da prática, uma permanente e abrangente revisão da inserção da equipe de saúde bucal na estratégia Saúde da Família (ANDRADE, 2010). Tem sido avaliada a eficácia e eficiência da equipe de

saúde bucal no sentido de garantir um melhor atendimento às necessidades atuais de saúde da população (ANDRADE, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo ser reorientadora e reorganizadora do modelo assistencial fortalecendo a atenção básica como proposta. Uma dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde com responsabilidades dos serviços para a população. O desafio, portanto, está em superar um modelo centrado no diagnóstico de doenças e orientado para o tratamento invasivo, com tecnologia de alto custo, para outro, centrado no diagnóstico integral, na Promoção da Saúde, na prevenção de doenças e no cuidado longitudinal das pessoas/famílias dos territórios onde o cirurgião-dentista está inserido.

Diante da proposta de um resgate histórico sobre o contexto da saúde bucal mencionados na introdução dessa dissertação, procura-se nesse capítulo relacionar a proposta de um trabalho prescrito com as situações e dinâmica de um trabalho real.

A Saúde Bucal foi incluída no PSF se iniciou efetivamente em 2001 e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país. Por focar a família como seu principal eixo de trabalho e o território com a base desse trabalho, busca-se através desta estratégia consolidar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos vigentes que ora se caracterizam como curativo-mutilador, ora meramente de promoção da saúde bucal da população infantil escolar. A inclusão de equipes de saúde bucal no PSF surgiu como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica à Saúde, objetivando diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas (BRASIL, 2002).

A publicação da Portaria Ministerial no 1.444, de 28 de dezembro de 2000, anunciou oficialmente a inserção de profissionais de saúde bucal no PSF. A inserção da odontologia poderia ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade II, de um CD, um Auxiliar de saúde bucal (ASB) e um técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL.Ministério da Saúde, 2000). A regulamentação desta portaria se deu por meio da portaria nº 267, de 06 de Março de 2001, com um plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica (ANDRADE, 2010).

Além da importante portaria que foi fundamental para incluir a saúde bucal no cenário da Estratégia de Saúde da Família, conquistada com muita luta das entidades odontológicas, a odontologia foi ganhando espaço na prática do cuidado. Um importante

marco foi a Política Nacional de Saúde Bucal, criada em 2004, também conhecida como “Brasil Sorridente” que buscou a ampliação do acesso e garantir uma rede de atenção articulada e com uma assistência odontológica para a população de forma humanizada e de qualidade. Com isso, propondo a operacionalização dos pressupostos do Ministério da Saúde, e oferecendo crescentes incentivos à implantação da Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2004).

Ainda se faz necessário destacar as atribuições do Cirurgião dentista na ESF, pois isso permeia a discussão sobre o trabalho institucionalizado, recomendado a ser realizado ou prescrito dos Cirurgiões Dentistas. Tendo como base a PNAB de 2017, as atribuições do Cirurgião dentista são:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

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

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

O trabalho prescrito é a normativa, a regra ou a régua, aquilo que deve ser realizado sem considerar as dinâmicas sociopolíticas, é o que descreve como deverá ser realizada a “tarefa”, é o que orienta um determinado processo. Já o trabalho real é o que efetivamente é realizado, considerando diversos aspectos como infraestrutura disponível, os trabalhadores, as condições de cada território e UBS, composição das equipes, os impasses, o processo formativo e capacitações, ou seja, é o trabalho “vivo”. Ao analisar perfil profissional o confronto com o trabalho prescrito e com o trabalho real se torna condição fundamental e disparadora de análises desse processo de construção e produção de cuidados na saúde bucal pelo CDs. Considerar as condições sociais, territoriais e reais de trabalho com a população assistida implica em compreender a dinâmica do trabalho, o compromisso do trabalhador e a atividade e suas variações no cenário da ESF. O esforço conceitual sinalizado na expressão “trabalho real” está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar (BRITO, 2009).

A defasagem sempre existente entre o “trabalho prescrito” e o “trabalho real” se deve ao fato de as situações reais de trabalho serem dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos (...), portanto, a atividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pela variabilidade e pelo acaso (BRITO, 2009).

A dinâmica social que envolve o trabalho real e prescrito sempre estará presente, visível e conectado. Não existe o real sem o prescrito e vice-versa. O grande valor a ser colocado nessa dinâmica envolve o trabalho real e sua complexidade sendo criado e renovado diante das práticas de atuação profissional cotidiana, que eventualmente são ocultadas e desprezadas por não comportarem uma prática prevista. A defasagens da demora ou não incorporação das atividades do “real” que se mostram fundamentais para a consecução do “prescrito” desvalorizam os enfrentamentos e desafios diários dos trabalhadores da saúde.

A atividade do trabalho na saúde, seu dinamismo, sua variabilidade compreende o tamanho do compromisso pelo trabalhador em superar o prescrito, no sentido de dar razão e bom senso as práticas de cuidados e seus acasos que configuram o “trabalho real”. Segundo alguns autores como REIS e HORTALE (2004), essa dinâmica existente no trabalho no campo da saúde, exige do profissional da saúde uma nova direção em termos de competências formativas do seu processo acadêmico e pós-acadêmico.

No campo da saúde bucal essa dinâmica de um trabalho baseado na coletividade com a predominância do enfoque técnico-assistencial precisa ser devidamente discutido e questionado (NARVAI E FRAZÃO, 2008). As formas tradicionais de cuidado se utilizam de instrumentos rígidos (ex: indicadores da saúde) e que não dão conta de uma análise ampla e panorâmica das atividades preventivas e promocionais na odontologia. A atuação do CD no serviço público de saúde, principalmente nas UBS tem consistido em um atendimento clínico assistencialista, solitário e isolado da proposta de um cuidado coletivo e multiprofissional. O desafio desse profissional fica identificado pelo conjunto das relações estabelecidas no ambiente de trabalho, da apropriação dos conceitos e atribuições que regem suas funções na APS e de uma qualificação profissional que implica no aprimoramento de sua formação que superem o saber técnico-assistencial e valorize o saber coletivo e humano. A mudança de atitude do profissional, talvez seja a melhor proposta para superar esses desafios, mas não a única. Outra dimensão que merece ser abordada é a importância de uma política de educação permanente para os cirurgiões dentistas na sua prática de trabalho, aprimorando os conhecimentos e permeando uma atuação mais alinhada as propostas da ESF.

Pensando nos desafios descritos e na proposta de uma atuação no campo do cuidado em saúde bucal que dialogue com o trabalho prescrito e supere a “tarefa” que se sugere, pode-se pensar em especificidades de uma clínica ampliada que de fato, interfira positivamente nos fatores e características necessárias deste Cirurgião Dentista diante da proposta de um cuidado individual/familiar e comunitário, com ênfase na promoção de saúde e prevenção de agravos, além de dar conta de um cuidado assistencial na Atenção Primária. Via de regra, a capacidade de entender os determinantes e determinações da saúde; o processo saúde-doença; as mazelas da população do território que atua; a formação mais ampla de atuação profissional; a prática da educação permanente; a intervenção clínica coletiva; a aproximação do profissional na tomada de decisões coletivas no campo de um cuidado geral; construção de projetos terapêuticos individuais e familiares e comportamento ético e humano com a população que assiste, respeitando as diferenças e saberes e valorizando sua construção social.

O desafio de uma oferta de atendimento público na Atenção Primária em Saúde referente à saúde bucal está intimamente relacionado a uma estratégia que amplie as Equipes de Saúde Bucal de forma a permitir que sua atuação corresponda ao tamanho da desassistência que temos desde a sua inserção no SUS nos anos 2000. De fato estamos longe de alcançar o nosso papel e de atingirmos os impactos que temos pela desconstrução dessa categoria no cenário da ESF. Há muito a se percorrer na luta por uma saúde bucal efetiva, resolutiva, coletiva e humanizada. O trabalho prescrito do CD ainda parece muito comprometido com uma lógica biologicista e tecnicista o que não está afinado com a lógica do modelo da APS estruturante da Estratégia de Saúde da Família.

2.3.1 – A força de trabalho na saúde bucal.

NOGUEIRA (1986) considera que existem duas formas distintas de abordar a questão dos profissionais empregados no setor saúde: como força de trabalho e como recursos humanos. Embora as duas concepções estejam aparentemente próximas, existem distinções consideráveis em suas aplicações. Força de trabalho é o termo consagrado pela economia política, ligado particularmente à escola clássica dos economistas Smith, Ricardo e Marx. A expressão "recursos humanos", em contrapartida, é advinda da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja no âmbito microinstitucional (órgão público ou empresa privada) ou no macroinstitucional (por exemplo, planejamento estratégico nacional). O conceito de recurso humano é usado, portanto, com o propósito explícito de intervir numa situação para produzir e aprimorar, ou ainda para administrar esse recurso específico, que é a capacidade de trabalho das pessoas. Força de trabalho é uma expressão que, ao ser utilizado, nos remete às seguintes questões: produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento, entre outros.

Segundo BARROS *et al.* (1991), os problemas que hoje conformam a situação de recursos humanos em saúde não são recentes, como também não são resultantes apenas das determinações intrínsecas da área. Ao contrário, as distorções atuais são expressões inequívocas da adoção de políticas setoriais que privilegiam: a dicotomia histórica entre ações curativas individuais e coletivas de saúde pública, a discriminação da oferta de serviços à população em função da sua importância relativa para o setor econômico, a progressiva simplificação de procedimentos nos serviços básicos de saúde e a diminuição percentual progressiva dos recursos financeiros para o setor propriamente dito.

BARROS et. al. (1991) ainda considera que a força de trabalho apresenta alguns problemas que precisam ser confrontados como a heteronomia salarial; as longas jornadas de trabalho; critérios arbitrários para ascensão funcional; ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); falta de avaliação de desempenho ou avaliações sem critérios explícitos; ausência de diretrizes e princípios técnico-institucionais no processo de contratação, recrutamento e seleção; contratação por clientelismo; baixos salários; ausência de uma política de educação continuada; polarização de força de trabalho em saúde expressa na participação majoritária e isolada de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde, agentes comunitários e similares); sobrecarga de trabalho para alguns profissionais ou ocupacionais com conseqüente sub-utilização de outros; excesso de profissionais/ocupacionais no cômputo geral e deficiência em setores básicos e essenciais.

A partir desse percurso e análise das autoras, constata-se a atualidade narrada e evidenciada no contexto da fragilização dos vínculos empregatícios e a precarização do trabalho na saúde pública. A força de trabalho na saúde bucal evidencia a lógica tecnológica e empresarial da profissão. Para MACHADO (1996), o campo emergente da profissão no cenário da saúde permite que exista uma organização para o usuário do serviço de forma fragmentada pelas patologias vigentes, através das linhas de cuidado em vigor.

No percurso da pesquisa, identificou-se a vertente fragmentada que persiste na odontologia na ESF. A subdivisão da vida por patologias desqualifica uma abordagem ampliada do sujeito e permite enquadramentos que distanciam a proposta de trabalho coletivo e matricial da atenção básica. A força de trabalho saúde bucal retratada na pesquisa, demonstra certo afastamento da categoria dos processos de trabalho de uma unidade básica de saúde, esse distanciamento provoca uma deteriorização das relações de trabalho e prejuízos nas construções coletivas do saber transformadas em planejamentos e ações de serviços de saúde para as pessoas.

Diante disso, na busca pela desconstrução de um trabalho isolado e improdutivo, do ponto de vista relacional e organizativo, e buscando entender a complexidade dessas relações do trabalho na ESF, (MERHY, 1999, p. 308) traz um conceito de processo de trabalho em saúde analisado como “trabalho vivo em ato”.

Um encontro entre pessoas que atuam uma sobre a outra, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitações (MERHY, 1999, p. 308).

O trabalho vivo se refere ao ato criativo, ao momento da produção no qual o trabalhador utiliza o seu potencial inventivo para dar materialidade ao objetivo de seu trabalho. O trabalho morto se configura como conjunto de elementos já dados que exercem sobre a produção uma forma rígida (MERHY, 2002, P.1954).

A pesquisa mostrou que no campo da saúde, nos moldes da atenção básica, mesmo diante de procedimentos prescritos, como os protocolos, diretrizes e notas técnicas, os trabalhadores ainda conseguem exercer suas autonomias no cotidiano de suas funções. As decisões de suas ações transcendem o ato prescritivo e superam os engessamentos dos manuais. O modo de atuar do trabalhador permite rediscutir o modo normatizado, a autonomia nas escolhas e no processo de cuidado em saúde possibilita práticas em saúde menos restritivas e mais efetivas, ou seja, a conversa do real com o prescrito se dá no dia a dia do diálogo do trabalhador nas relações de trabalho em um espaço de produção em saúde.

2.4 – A conjuntura da Saúde Bucal na área programática da 3.1.

A Saúde Bucal está presente na maioria das unidades de saúde da APS no município do Rio de Janeiro. Em relação a AP 3.1, território da pesquisa, das 32 unidades de Atenção Primária em Saúde, apenas quatro unidades não possuem Equipes de Saúde Bucal, essas unidades que não apresentam ESB são apoiadas por outras unidades de saúde próximas que dão suporte a demanda desses territórios. Obviamente que esse suporte fica mais no campo curativo assistencial e não leva em conta todo o trabalho de diagnóstico situacional do território, bem como seu planejamento e ação, contudo ainda sim, permite disponibilizar algum tipo de suporte desse serviço.

Como parte integrante das equipes de saúde, o cirurgião dentista possui papel fundamental no cuidado em saúde de forma coletiva e no planejamento de saúde em um contexto geral, as entrevistas com os CDs mostraram a importância de sua atuação no diagnóstico e planejamento de ações que interferem no dia-a-dia do processo de trabalho das equipes de saúde. Ainda assim, mostraram que os CDs tinham papel específico em cuidar das questões relacionadas ao contexto da saúde bucal que permitem apontar como fundamental sua atuação quando se pensa saúde em todo seu contexto ampliado. A ESF trás desafios ao CD do ponto de vista epistemológico. As condições reais e concretas do trabalho necessitam de reflexões coletivas, que rompam com a ideia de execuções no campo do trabalho de forma individual e singular.

No último censo demográfico de 2010 pelo IBGE, a cobertura da ESF no município do RJ chegava a 69,66%, aumentando essa porcentagem para 76,27% quando incluído as EACS junto as ESF. Nesse mesmo censo, a Área Programática da 3.1 tinha uma cobertura de 94,83% de ESB completas, com um total pelo Município de 90,29% (SUBPAV, 2020).

A relação das ESB com as EqSF vem sofrendo mudanças ao longo dos últimos dois anos. A redução das ESB vem proporcionando um esvaziamento da produção de um cuidado em saúde, redução da efetividade no acompanhamento dessas famílias/usuários e distanciamento dos princípios do SUS que buscam além de um cuidado em saúde universal, que a população possa ter um acompanhamento ao longo de sua vida e de forma integral. Mesmo que as unidades de saúde apresentem ESB, sua redução no contexto geral provoca impacto direto nos indicadores epidemiológicos, embora ainda exista cobertura universal da saúde bucal no cenário da AP 3.1, a garantia de acesso, utilização e resolutividade relacionados a esse cuidado ficarão notoriamente prejudicadas (Tabela 4).

Tabela 4: Relação das unidades e quantitativo de ESB (levantamento pela AP 3.1, 2020).

| UNIDADES DE SAÚDE AP 3.1 | Nº ESB |
|--|--------|
| CF ADIB JATENE (MARÉ) | 3 |
| CF ALOYSIO AUGUSTO NOVIS (PENHA) | 1 |
| CF ASSIS VALENTE (ILHA DO GOVERNADOR) | 2 |
| CF AUGUSTO BOAL (MARÉ) | 2 |
| CF DINIZ BATISTA DOS SANTOS (MARÉ) | 2 |
| CF EIDIMIR THIAGO DE SOUZA (CORDOVIL) | 2 |
| CF FELIPPE CARDOSO (PENHA) | 4 |
| CF HEITOR DOS PRAZERES (BRÁS DE PINA) | 2 |
| CF JEREMIAS MORAES DA SILVA (MARÉ) | 1 |
| CF JOÃOSINHO TRINTA (PARADA DE LUCAS) | 2 |
| CF KLEBEL DE OLIVEIRA ROCHA (OLARIA) | 2 |
| CF MARIA SEBASTIANA DE OLIVEIRA (ILHA DO GOVERNADOR) | 2 |
| CF NILDA CAMPOS DE LIMA (BRÁS DE PINA) | 3 |
| CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG (COMPLEXO DO ALEMÃO) | 1 |
| CF VALTER FELISBINO DE SOUZA (RAMOS) | 1 |
| CF VICTOR VALLA (MANGUINHOS) | 3 |

| | |
|---|----------|
| CF WILMA COSTA (ILHA DO GOVERNADOR) | 2 |
| CF ZILDA ARNS (COMPLEXO DO ALEMÃO) | 4 |
| CMS AMÉRICO VELOSO (RAMOS) | 1 |
| CMS IRACI LOPES (VIGÁRIO GERAL) | 0 |
| CMS JOÃO CÂNDIDO (MARÉ) | 0 |
| CMS JOSÉ BREVES DOS SANTOS (CORDOVIL) | 2 |
| CMS JOSÉ PARANHOS FONTENELLE (OLARIA) | 0 |
| CMS MADRE TERESA DE CALCUTÁ (ILHA DO GOVERNADOR) | 2 |
| CMS MARIA CRISTINA ROMA PAUGARTTEN (RAMOS) | 3 |
| CMS NAGIB JORGE FARAH (JARDIM AMÉRICA) | 3 |
| CMS NECKER PINTO (ILHA DO GOVERNADOR) | 1 |
| CMS NEWTON ALVES CARDOZO (ILHA DO GOVERNADOR) | 2 |
| CMS PARQUE ROYAL (ILHA DO GOVERNADOR) | 1 |
| CMS SÃO GODOFREDO (OLARIA) | 0 |
| CMS VILA DO JOÃO (MARÉ) | 2 |
| CSE GERMANO SINVAL FARIA (MANGUINHOS) | 3 |
| POLICLÍNICA JOSÉ PARANHOS FONTENELLE (OLARIA) | 0 |
| POLICLÍNICA NEWTON ALVES CARDOZO (ILHA DO GOVERNADOR) | 0 |

Diante do apresentado nos parágrafos acima, a proposta de “reestruturação” que o atual cenário político do município do RJ propõe, com redução significativa de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e profissionais que atuavam na ESF, reforça e contribui para um projeto mais amplo de desconstrução e desaparelhamento da saúde. É extremamente importante desenvolver uma discussão sobre a cobertura universal de saúde e acesso aos serviços, além de destacar o lugar ocupado pela ESB nessa conjuntura (ABRASCO, 2018).

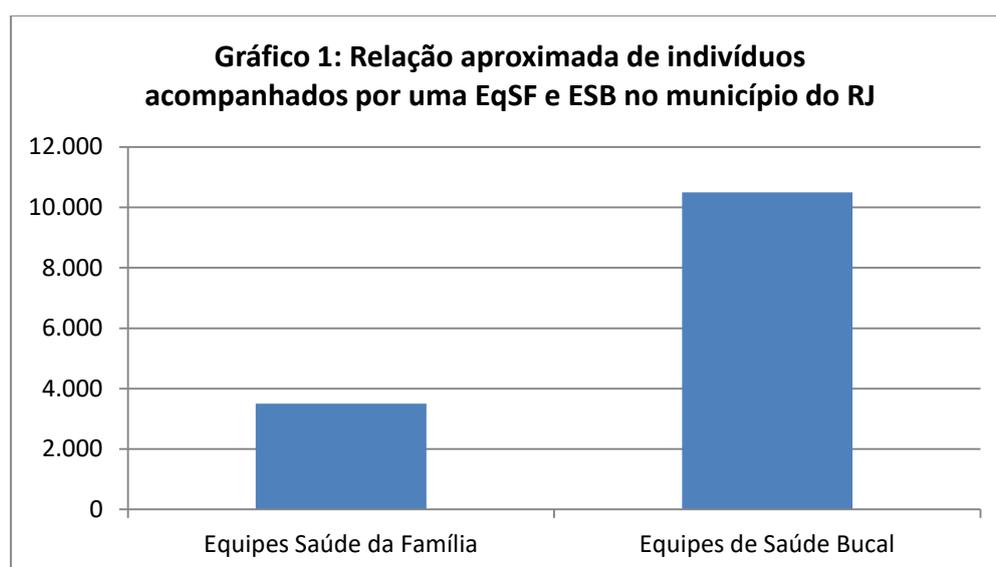
O termo "cobertura" classicamente expressa o alcance de uma medida sanitária como, por exemplo, a proporção de gestantes que fizeram pré-natais. Há uma associação com o cumprimento da prestação, com seu acesso e uso. Outra utilização do termo corresponde a uma possibilidade de obter a prestação. Essa possibilidade pode ou não se realizar, seja pela abstenção do direito de usar, seja pela incapacidade de se obter a prestação desejada. No caso dos cuidados de saúde, ao se dizer que uma determinada unidade "cobre" um determinado número de indivíduos não significa que aquele número de indivíduos esteja utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Cobertura, portanto, difere de acesso e utilização. Quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a "cobertura" contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro. Se aceitarmos "cobertura" como "acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários", o problema desaparecerá. Cobertura deve significar acesso e uso, e não apenas *entitlement*, que deve se dar sem barreiras (NORONHA, 2013).

Estaremos com os conceitos de saúde caminhando para transformar a saúde dos indivíduos em mercadoria. O conservadorismo do termo “cobertura universal de saúde” não passa de um caminho para as suas práticas privatistas e da relação de direito garantido pelo Estado a uma política estruturante. A redução de ESF e de ESB no município afetou centenas de pessoas que necessitam desses serviços e desses profissionais para seu cuidado, contudo o discurso de cobertura mascara a relação de acesso e utilização dos serviços.

O uso do termo “cobertura” embute duas ambiguidades. A primeira, é que ao invés de se referir à capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população – incluindo aí infraestrutura, tecnologia, força de trabalho e financiamento –, a questão se resume à quantidade de pessoas que possuem algum plano ou seguro e, portanto, “estão cobertas”. A segunda indefinição que ronda a proposta tem a ver com questões subjacentes: “A cobertura é uma proteção potencial que não necessariamente se reverte em acesso e utilização dos serviços”, diz Facchini (professor da Universidade Federal de Pelotas), que propõe um exemplo: uma Equipe de Saúde da Família tem sob sua responsabilidade quatro mil residentes em uma determinada área, mas, na realidade, metade das gestantes faz o pré-natal em outro lugar. Isso demonstra que apesar de todos serem cobertos, nem todos acessam o serviço. “O debate teria que ser, na verdade, sobre acesso universal e as barreiras para efetivar esse acesso” (FIOCRUZ, 2014).

GIOVANELLA E FLEURY (1995) reconhecem cinco dimensões integrantes do conceito de acesso, tais como disponibilidade, a relação entre o tipo e a quantidade de serviços ofertados diante das necessidades reconhecidas pela população; capacidade financeira, relação entre custo e oferta dos serviços disponibilizados; acessibilidade, relação entre disposição e distância dos serviços implantados e os locais de moradia dos usuários, resultando em necessidade de maior ou menor deslocamento; e aceitabilidade, que pode ser traduzida como o reconhecimento (ou não) por parte dos usuários da pertinência das ações ofertadas, refletindo no interesse e adesão a elas. A aceitabilidade tem relação direta com a adequação funcional, termo que expressa estratégias de ajuste por parte dos serviços ofertados e dos esforços dos usuários para se acomodarem àquilo que lhes é disponibilizado.

A proporção de equipes de saúde bucal que atuam nas UBS do município do RJ em relação às equipes de saúde da família evidencia o tamanho do desafio e da luta dos trabalhadores da saúde bucal em ampliar e ofertar um cuidado odontológico efetivo para a população. Essa proporção se desenha assim: cada ESB fica responsável pelos cuidados de três EqSF e em alguns casos até quatro EqSF, considerando a média estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (2017) de 3.500 pessoas por equipe de saúde, cada ESB pode ficar responsável pelo cuidado longitudinal e integral de cerca de 10.500 a 14 mil pessoas, levando em conta todas as mazelas e iniquidades em saúde dessas famílias/indivíduos e em territórios muitas vezes complexos e vulneráveis. Levando em consideração que várias equipes de saúde apresentam números maiores que o preconizado de 3.500 indivíduos, pode-se perceber que a responsabilidade pelo cuidado das ESB pode ser ainda maior com os indivíduos de sua área territorial. O gráfico abaixo elucida essa proporção.



Mesmo diante de situações caóticas e desproporcionais, a saúde bucal no município vem sofrendo junto com toda a saúde um processo de desmonte e desaparecimento. O caráter recessivo e austero evidencia uma política que caminha para novas intervenções de caráter financeiro, destacando custo-efetividade das equipes e unidades sem considerar a relação do processo saúde-doença e o adoecimento social de uma população que necessita em grande proporção como único recurso de acesso a saúde em um equipamento público, de um serviço de saúde presente e de direito para seu cuidado.

“A saúde bucal está sofrendo prejuízos que não sei se retomaremos. Essa nova proposta da saúde do Rio [município] está mais para um desmonte do que um novo modelo. Estamos perdendo força e nossa atuação está sendo comprometida. A saúde bucal está sendo findada” (Ana - unidade Azul).

Segundo informações do coletivo Nenhum Serviço de Saúde a Menos entre outubro de 2018 e fevereiro de 2019, a prefeitura do Rio de Janeiro demitiu 465 agentes comunitários de saúde, 30 técnicos de enfermagem, 20 Enfermeiros, cinco médicos, quatro Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e dez auxiliares de farmácia. Em relação à saúde bucal ainda temos um desaparelhamento com os desligamentos de cerca de dez auxiliares de saúde bucal e mais de dez cirurgiões dentistas.

Durante a pesquisa de campo, em visita as unidades e conversando com as CDs em meio à greve dos trabalhadores, período de novembro de 2019 e janeiro de 2020, alguns pontos foram discutidos como a luta da classe odontológica frente a todo esse processo de desmonte da saúde; o cenário que se abrirá pós-greve e, principalmente; como obter um coletivo que discuta de forma efetiva a atuação profissional na ESF, o perfil profissional, os territórios na saúde e as políticas de saúde bucal vigente. Os entraves da saúde bucal ainda se reservam, de forma geral, a falta de entendimento das estratégias de execução dos serviços e ações de saúde preconizadas pela política de saúde (CONILL, 2002), fato que promove condições desfavoráveis no processo de cuidado em saúde para os indivíduos.

A conjuntura atual é dramática, com tom de desespero, a chamada “reestruturação” da saúde e a substituição da Organização Social por outra instituição que exercerá o contrato de gestão da CAP 3.1, torna o trabalhador vulnerável a possibilidades de um trabalho descontinuado. Segundo informações do Coletivo de Saúde Bucal em reunião realizada em fevereiro de 2020, existe uma possibilidade de não admissão dos trabalhadores da saúde bucal nesse momento de troca de contrato de gestão no município. É a “reestruturação” da saúde contribuindo para o desmonte e descontinuidade de um trabalho na saúde bucal, rompendo com princípios e diretrizes do SUS e da ESF e contribuindo para um prejuízo a população.

“O coletivo de Saúde Bucal que contempla auxiliares, técnicos de saúde bucal que contempla auxiliares, técnicos de saúde bucal e cirurgiões dentistas da ESF do município do RJ vêm, por meio deste documento, dar ciência às autoridades de que juntamente com a rescisão unilateral do contrato de gestão da Prefeitura do Rio de Janeiro com a Organização Social que inclui a AP 3.1 recebeu no dia 11/02/2020 a

notícia de que todos os atuais cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal e alguns auxiliares não serão reaproveitados e não serão tiveram oportunidades de fazer processo seletivo/ concurso para ocuparem as mesmas vagas que ocuparam até então (...). A grande parte desses trabalhadores está na atenção Primária do Rio desde a implantação, realizando visitas domiciliares, atividades em grupo, reuniões, atendimentos clínicos (agendados e de urgência) a todos os públicos. Estes são trabalhadores que investiram profissionalmente nessa carreira e, assim, na qualificação dos cuidados em saúde da população carioca. Os profissionais de saúde bucal não estão sendo vistos, considerados e ouvidos, ao contrário de outras categorias que foram recontratadas com ou sem processo seletivo/concurso. Esse documento vêm expressar a indignação do coletivo e solicitar apoio (...) (Coletivo de Saúde Bucal, 2020).

A discussão do perfil profissional que se deseja nesse estudo, busca propor um tipo de análise que englobe as características técnicas e formativas de cada trabalhador da ESF, as condições para exercerem suas atividades profissionais, a complexidade do trabalho real e as difíceis conexões com o trabalho prescrito. Perceber o perfil nessa dinâmica é entender e contribuir com os modelos “ideias” desse processo de trabalho dos CDs.

A complexidade do trabalho real evidenciados pelas CDs em suas falas permite fazer um parâmetro sobre os modelos ideais que os trabalhadores dentistas necessitam enquanto norteadores de sua atuação. A proposta de um trabalho humanizado, integral e efetivo diante do preconizado enquanto cuidado em saúde bucal necessita estar alinhada a realidade da estrutura em que se apresenta esse cuidado na sua prática. Os dados desse estudo apresentam enquanto proposta um olhar menos obscuro as atividades vivenciadas por esses atores no campo real de suas ações como, por exemplo, as interações profissionais dentro de uma unidade básica de saúde; as possibilidades de atuação em equipe, mesmo em condições de infraestrutura não favoráveis; a realização de atividades preventivas, mesmo diante de um temporal de serviços assistenciais inerentes a saúde bucal.

Destacando alguns dados trazidos pelas entrevistadas bem como as situações encontradas nas unidades referentes a insumos e equipamentos, as relações profissionais no ambiente de trabalho e os métodos de organização do trabalho, a conjuntura da saúde bucal, dentre muito aspectos, se apresenta de forma a provocar uma série de parâmetros sobre os reais processos evidenciados no campo de atuação desses profissionais. Esses parâmetros irão contribuir para uma análise da conjuntura da saúde bucal no município do RJ.

“Não tenho o que reclamar, dificilmente falta materiais e instrumentos para a gente. Em relação a isso, temos tudo certinho. Além disso, os equipamentos são novos e supre muito bem a demanda que temos do dia-a-dia (...), porém em relação ao nosso ambiente de trabalho, sabemos que nem tudo se constrói como gostaríamos, temos uma boa relação com os outros profissionais, mas somos pouco acionados para um trabalho em equipe que acredito ser necessário. Precisamos nos organizar melhor, o ritmo de trabalho nos distancia” (Ana - unidade AZUL).

“Acho que temos uma boa estrutura de trabalho, falando de material e insumos, não tenho o que reclamar. São poucas coisas que em algum momento falta, mas nada que prejudique nosso atendimento. O problema maior não são os materiais e sim, no momento, o desmonte e desvalorização do nosso trabalho” (Rosa - unidade AMARELA).

Ainda relatando um pouco da conjuntura apontada pelas entrevistadas, a Joana da unidade VERMELHA, também se posicionou sobre todo o processo de “reestruturação” que a SMS vinha apontando, e ainda reforça todas as falas acima sobre uma odontologia que sofre prejuízos e que se desaparela:

“Tenho uma ótima relação aqui na unidade com meus colegas, os equipos odontológicos, matérias e instrumentos de uma forma geral são ótimos, claro que sempre temos como melhorar, mas o que temos podemos prestar um cuidado odontológico de qualidade. O que vem incomodando sem dúvida é todo o contexto político e de redução que estamos passando na ESF. A odonto vem sofrendo bastante, estamos reduzindo profissionais e sobrecarregando quem fica, é desumano e um absurdo. Não temos como dar conta desse volume de atendimento com qualidade (...)” (Joana - unidade VERMELHA).

As informações colhidas evidenciaram que não há limitações na disponibilidade de insumos e instrumentos no município e nas infraestruturas das instalações, diferentemente em relação à gestão e organização do trabalho que foi evidenciado problemas. De fato, conforme mencionado pelos atores da pesquisa, existem problemas de ordem política e estrutural que escoam em descuidados com a chamada linha de frente da assistência odontológica, esses elementos estão alinhados a redução de um serviço público eficaz e de

qualidade. A saúde bucal vem sofrendo com políticas neoliberais, privatistas e redução de incentivos para sua atuação. Conforme dito por Sônia Cristina Chaves e colaboradores:

A crise política iniciada em 2015, acentuada a partir do impeachment de Dilma Rousseff, seguido de um governo de transição e eleição de outros alinhados a interesses financeiros do setor privado na saúde, a instabilidade e trocas sucessivas de cargos no Ministério da Saúde, a publicação da nova PNAB, o silenciamento sobre a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, são alguns elementos que compõem esse cenário. A desmobilização das entidades e da classe odontológica e o crescimento da Odontologia de mercado revelam a questão ainda em disputa na nossa sociedade, a saúde bucal como direito. O desmonte está em curso (CHAVES, et.al, 2018).

Em síntese, as condições analíticas da situação da saúde bucal no território da pesquisa se apresentam, em seu contexto real de atuação, discordantes ao que se deseja enquanto direcionamentos da saúde bucal e suas atribuições no cenário da ESF, o que não dialoga também com o perfil formativo biologizante que o CDs possui ao se deparar para exercer essa função na ESB. Diante disso, os dados que a pesquisa trás, reforça a necessidade de se pensar saúde bucal de forma mais organizada e abrangente, desde sua formação mais humanizada e coletiva para uma atuação mais efetiva e resolutiva. Na abordagem da CD da unidade AZUL -“Eu me formei para trabalhar como especialista, não sabia atuar na Saúde da Família, aprendi no dia-a-dia (...)” reforça a necessidade de se pensar na qualificação desse profissional para exercer sua atuação na ESF, pensar em como está sendo a formação desse trabalhador na academia. Outro ponto importante são as condições que o trabalho se apresenta para esse trabalhador, como estão as estruturas de trabalho como materiais, insumos, infraestrutura adequada, espaços que permite a troca de conhecimento para execução do trabalho em equipe, se as unidades possuem atividades coletivas e espaços interativos. Diante disso, a CD da unidade VERMELHA descreveu – “Temos uma infraestrutura adequada, recebemos insumos que dão conta do nosso trabalho, temos espaços como auditórios, salas de reunião que podemos utilizar para conversarmos sobre o trabalho, mas a odontologia está muito afastada disso, sinto que ficamos isolados e pouco discutimos os casos em equipe”, essa fala enfatiza a que embora haja espaços físicos de diálogo, o mesmo não é efetivado. As relações entre os trabalhadores da saúde são fundamentais para garantir que o processo do trabalho em equipe, as construções coletivas no planejamento e ações das atividades tanto no território de atuação quanto na unidade de saúde aconteçam de forma eficiente, compondo a ideia e noção de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde do usuário e sua família (PEDUZZI, 2001).

Reverter esse cenário é um compromisso que deve ser assumido não apenas pelo movimento da Saúde Bucal coletiva, mas por toda a classe odontológica e população brasileira. É preciso defender o direito constitucional à saúde, fortalecer o Sistema Único

de Saúde, público, gratuito e universal, em todas as suas instâncias. A ampliação da oferta de serviços públicos de saúde bucal contribuiu para diminuir as desigualdades em saúde, promover acesso a ações e serviços especializados que eram muito restritos, garantir acesso a usuários que nunca haviam consultado um cirurgião-dentista, estender o direito à saúde bucal, antes restrito a escolares, a adultos e idosos. Nesse momento, é mais que necessário que a academia, as entidades de classe, organizações da sociedade civil e todos os cirurgiões dentistas se unam em prol da saúde bucal dos brasileiros. Não podemos retroceder. Não ao desmonte da saúde bucal no SUS! (CHAVES et.al, 2018).

CAPÍTULO 3: Perfil profissional e formativo do Cirurgião Dentista na área programática 3.1

Vários aspectos contribuem para a constatação atual, embora incipiente, de que há mudanças na formação de profissionais de saúde. Dentre eles podem ser citados o descrédito em um modelo puramente assistencialista e focado em procedimentos, a necessidade da universalização do acesso à saúde, assim como a constatação da falência do modelo pedagógico centrado na mera transmissão de conhecimentos (PESSOA E NORO, 2014).

Durante a pesquisa e ampliando a discussão sobre os trabalhadores na saúde, surgem questões onde o principal deles está relacionado ao processo formativo desse trabalhador. A ideia de analisar mesmo que parcialmente e sem aprofundamento o processo formativo é analisar essa relação trabalho, trabalhador e educação, justamente para entender o possível descompasso entre o trabalho realizado e o trabalho proposto através das políticas com as determinadas atribuições e competências profissionais. Na pesquisa se evidenciou um imaginário de atuação liberal-privatista dos CD, articulada a uma atuação no setor público meramente para aquisição de uma experiência profissional. De fato, poucas foram às experiências trazidas pelas entrevistadas relacionadas à atuação no setor público, se evidenciou características tecnicistas de atuação sob forte influência de um processo de qualificação baseado nas especialidades clínicas tradicionais.

Nesse capítulo busca-se apresentar algumas reflexões a partir das entrevistas com os CDs sobre o trabalho desenvolvido na ESF. A ideia é traçar um panorama do trabalho real desse profissional e de suas relações com a concepção do trabalho em equipe e seu processo formativo. Por fim, se faz necessário ampliar a discussão sobre o descompasso do processo formativo e o trabalho real dos CDs na ESF. Essas análises são feitas sobre olhares breves a respeito das diretrizes curriculares e sobre a

tríade da formação, educação e trabalho que dialoga diretamente com os fundamentos da pesquisa nos métodos da Educação Profissional em Saúde.

Ao discorrer sobre a dimensão formativa atrelada a atuação profissional e as perspectivas de uma formação mais ampla, PESSOA E NORO (2014) discorrem sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), instituídas nos cursos de graduação a partir de 2001. Ao analisar as dificuldades de cirurgiões-dentistas de serviços públicos de saúde, alguns autores como COSTA E ARAUJO (2011) sugerem a necessidade de mudanças nos currículos, que propiciem a formação de profissionais de saúde capazes de refletirem criticamente sobre sua prática e de desenvolverem as competências de saber, saber fazer e saber ser¹². As DCN reforçam a aproximação entre a Educação e a Saúde, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e na formação de profissionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade.

Entretanto, mesmo com mais de dez anos da instituição das DCN e do início das mudanças curriculares nos cursos de graduação de Odontologia, mantêm-se diversos questionamentos sobre a verdadeira efetivação das diretrizes na formação de cirurgiões-dentistas. Emerge, pois, a necessidade de se pensar critérios que possam avaliar como a formação de profissionais de saúde tem respondido ao que foi preconizado nas DCN, mesmo frente às subjetividades e abrangência de fatores para uma formação adequada às necessidades de saúde da população brasileira (PESSOA E NORO, 2014). Desafios são apontados nesse processo de desenvolvimento intelectual que dialogue com o que se deseja e se busca na atuação para o SUS e para a atenção primária em saúde. As competências pertinentes para uma atuação na saúde pública não se esgota com a conclusão do curso de odontologia.

A discussão sobre formação (educação), trabalho e saúde é fundamental a essa pesquisa, pois dialoga a todo o momento com aquilo que é o cerne da produção de cuidado a partir do itinerário intelectual desse trabalhador que atua no campo da saúde. A mudança curricular inicia uma aproximação desse estudante com um trabalho mais humanizado, coletivo e menos curativo e individualizado. Desenvolver mudanças de paradigmas no campo da educação propicia uma formação mais crítica, de dimensão mais sócio-educativa e menos técnica e biológica. Com toda essa perspectiva de mudanças no campo da educação adjunto a relação com o campo do trabalho e saúde para operar mudanças, a expectativa é que se altere o perfil desses profissionais e que esse perfil possa atender as necessidades sócio-sanitárias da população. O ponto fundamental é como diminuir as

¹² Referencia no livro da autora Marise Nogueira Ramos. “Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação”. 3º Ed, São Paulo, 2006. Importante mencionar que dentro do debate acadêmico da formação profissional, no campo da educação, há muitas controvérsias em torno da proposição de “saber, saber fazer e saber ser”.

assimetrias e de fato combater as condições que reproduzem uma odontologia curativa, tecnicista e privatista.

Outro grande desafio está em superar um modelo centrado e fragmentado em linhas de cuidados de doenças e diagnósticos, que ainda predomina em planejamentos de saúde em um contexto geral. Na APS, principal porta de entrada para o SUS, as propostas baseadas, principalmente, no processo de prevenção de doenças e promoção em saúde, o princípio se baseia em um cuidado integral com os indivíduos, suas familiar e respeitando todo o contexto territorial e social que elas se encontram.

3.1 – A pesquisa em cena: reflexões a partir das entrevistas com os Cirurgiões Dentistas: um diagnóstico situacional

3.1.1 – Os atores em cena

A ideia original de utilizar entrevistas nesta pesquisa era ir além da complementação das informações reunidas nas demais etapas (análise documental e visita as clínicas). O principal intuito, até pela minha condição de CD e trabalhador do SUS no município do RJ, era dar voz aos CD que atuam nas unidades de saúde selecionadas para esta pesquisa. Considero ser esta uma singularidade desta pesquisa, e uma contribuição aos estudos de perfil. Os relatos aqui reunidos fazem uma descrição da atuação do CD na AP 3.1 no âmbito da ESF. Estes relatos que trazer as percepções dos próprios CD nos permitem confrontar realidades do trabalho com o perfil formativo e o trabalho prescrito, retomando assim aspectos tratados no capítulo 2.

Considera-se que a atividade profissional exige a presença de normas, que devem ser identificadas e analisadas para se compreender um trabalho, mas que também é fundamental ‘enxergar’ a dinâmica das renormalizações e da singularidade da prática do trabalho profissional, nem sempre visíveis. Mesmo quando os profissionais buscam colocar em prática os protocolos, sempre há um encontro de diferentes vontades, sujeitos e necessidades, onde diferentes negociações de eficácia são realizadas (RAMMINGER; BRITO, 2011).

Isso vai determinar, por exemplo, se um CD fará uma palestra de orientação de higiene oral a um grupo de usuários ou se, além disso, irá dialogar com cada um deles sobre a técnica de escovação, ou, ainda, se irá pegar na mão e na escova de um deles, ensinando a todos sobre a maneira correta de realizar os movimentos. Isso denota a complexidade da atividade do trabalho em saúde (REIS, 2015). O trabalho real dialoga

com essas atividades e reforça as complexidades da ação. Em cena as CDs realizam atividades e técnicas pontuais e necessárias para a proposta preventiva e de promoção de saúde na própria unidade de saúde e espaços como escolas, creches, instituições de longa permanência para idosos, praças, associações de moradores e nos próprios domicílios no decorrer de suas visitas. O “fazer junto” sempre acompanhou as práticas da saúde bucal, e ela se mostra presente na atuação das CDs nesses campos de pesquisa, destacando que o “fazer junto” precisa considerar as diferentes práticas, respeitando o outro e valorizando as diferentes construções sociais dos sujeitos.

O trabalho na ESF constrói e desconstrói momentos de relação de cuidados entre profissional e os usuários do serviço e suas famílias. Compreender o processo saúde-doença, a dinâmica do trabalho na APS, as atribuições comuns a todas as categorias e as que são comuns ao trabalho propriamente dito do CD são pontos fundamentais para um trabalho coletivo, com articulações conjuntas, desconstruindo todo um processo retrogrado e individualizado de uma odontologia meramente curativa. Na pesquisa, o trabalho na ESF no aspecto da coletivização do saber e dinâmica do trabalho na APS utilizando como norteadores as atribuições inerentes ao processo de trabalho do CDs foram destacados como de difícil compreensão pelos dentistas, o isolamento da atuação do CD e as dificuldades em participar de espaços onde as construções coletivas das propostas de saúde são produzidas foram reforçados pelos atores.

A primeira variável tratada foi sobre as questões de sexo e gênero. As informações colhidas mostraram que os todos os participantes do estudo são do sexo e gênero feminino, com cinquenta por cento das entrevistadas com faixa etária de 25 a 30 anos e outras cinquenta por cento com faixa etária que compreende 40 anos ou mais.

A presença majoritária de mulheres trabalhadoras na área da saúde reforça o que WERMELINGER, M E Col. (2010) apontam em seu estudo sobre feminização da força de trabalho na saúde, compreendendo um crescimento contínuo, nas últimas décadas, da presença das mulheres no contingente de trabalhadores disponíveis para o mercado de trabalho e com isso para o trabalho na saúde.

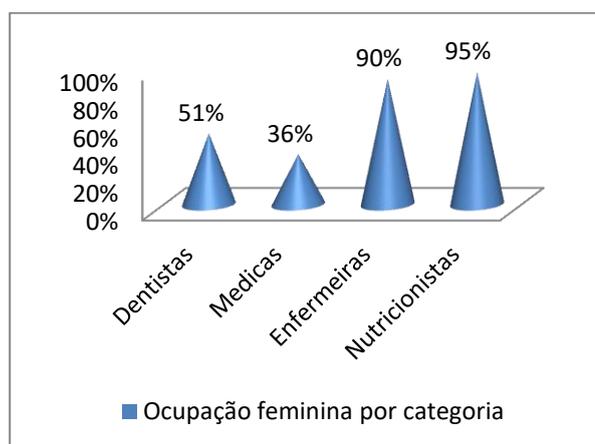
A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, mostrando sua importância não só para se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como, e principalmente, para melhor se entenderem as especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres. Ao analisar os dados censitários do Brasil relativo à força de trabalho em saúde, observa-se um fenômeno interessante: a feminização. O contingente feminino tem-se tornado francamente majoritário nesse ramo da economia, especificamente no período pós-70, quando essa participação passa a ser mais expressiva e progressivamente maior (WERMELINGER, 2010).

WERMELINGER (2010) traz também dados do senso do IBGE (2000) que mostraram a enorme expressão feminina na força de trabalho em saúde. Vejamos os dados: do total de 709.267 pessoas ocupadas no setor com escolaridade universitária (empregos), 61,75% são mulheres, e, entre os médicos, elas representam 35,94%; entre os dentistas, 50,93%; entre os enfermeiros, 90,39%; e entre os nutricionistas, 95,31%. A análise de gênero trazida reforça a maioria feminina que ocupa o setor da saúde, não diferente na saúde bucal.

Gráfico 2: Força de trabalho feminina em saúde



Gráfico 3: Ocupação feminina por categoria



A segunda variável a ser traçada foi em relação ao processo formativo. A pesquisa buscou relacionar o tempo de formado, a universidade pelo qual cursou odontologia, se esse profissional realizou alguma pós-graduação na área da saúde coletiva/pública e se durante a graduação teve contato com disciplinas que abordassem os conceitos da APS e de um trabalho no campo da Estratégia de Saúde da Família. Essa gama de perguntas possibilitou ampliar um panorama desse perfil profissional e contribuiu para realizar análises do processo formativo em consonância as atuações do trabalho real e concreto na APS.

Em relação à graduação em odontologia, tivemos 40% das profissionais que cursaram faculdades federais do Rio de Janeiro, onde se destacaram Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e 60% que cursaram universidades privadas, destacando-as Gama Filho e Universidade Iguazu (UNIG). Houve um consenso das CD entrevistadas, mesmo que em distintos cursos de graduação, não tiveram contato com disciplinas referentes à saúde coletiva, esse contato foi obtido em alguns estágios curriculares (Tabela 5).

Tabela 5: Graduações em Odontologia privadas e públicas no Rio de Janeiro.

| Cursos Públicos | Cursos Privados |
|--|---|
| Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) | Universidade Estácio de Sá (UNESA) |
| Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) | Universidade São José (FSJ) |
| Universidade Federal Fluminense (UFF) | Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO) |
| | Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE) |
| | Universidade Severino Sombra (USS) |
| | Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA) |
| | Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) |
| | Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) |
| | Universidade Iguazu (UNIG) |
| | Centro de Ensino Superior de Valença (CESVA) |
| | Centro Universitário Fluminense (UNIFLU) |
| | Universidade Veiga de Almeida (UVA) |

“Na minha época não tinha a saúde coletiva tão ampliada como é hoje. Fiz estágios em emergências, não tínhamos essa oportunidade” (Joana, CD formada a mais de 10 anos - unidade VERMELHA).

Em relação ao tempo de formação, 40% das entrevistadas tinham mais 10 anos de formadas e 60% com menos de 10 anos de formada. Algumas entrevistadas ao responderem sobre a ausência de conteúdos relacionados à saúde coletiva, complementaram apontado para o predomínio de uma lógica tecnicista, biologizante e disciplinar, analisada pela literatura e discutida no capítulo 1.

“Quando estava na graduação não sabia o que era saúde coletiva e nem que o Cirurgião Dentista podia atuar lá. Na verdade o que se estimulava era a realizações das especializações comuns como endodontia, implantodontia e ortodontia por exemplo” (Paula, formada a menos de 10 anos - unidade AZUL).

Quando perguntados sobre a pós-graduação e se por acaso haviam realizado alguma relacionada à saúde pública ou coletiva, apenas uma profissional entrevistada relatou ter feito uma pós-graduação em saúde coletiva pela UFRJ, contudo se dedicava

mais a outras especializações que já havia realizado. As demais entrevistadas realizaram outras especializações que não referentes à saúde coletiva/pública¹³.

“Eu tenho três especializações: saúde pública, prótese e radiologia. Mestrado em clínica odontológica com ênfase em radiologia e agora estou fazendo pós em ortodontia (...). Trabalho em consultório privado e preciso dessas especializações, não imaginei que a especialização em saúde pública seria importante para mim” (Ana - unidade AZUL).

Perguntadas sobre quanto tempo atuavam na ESF, por que haviam optado por trabalhar nesse lugar e se desempenhava outra atividade profissional fora do SUS, houve unanimidade no que se referem à atuação fora do SUS, todas as dentistas entrevistadas atuam em consultório privado exercendo suas especialidades e atuando na clínica geral¹⁴.

“Eu tenho esse lado do povão muito vivo em mim e meu consultório por ser na zona sul eu quase não tinha contato com o público que eu queria ter, daí eu fiz a especialização em saúde pública e fiquei sem trabalhar. Quando eu procurei o trabalho de fato foi unicamente porque o consultório ruim, financeiramente falando, aí eu procurei aqui para acrescentar a minha renda” (Ana - unidade AZUL).

A fala da Ana da unidade AZUL, trás uma discussão sobre a problemática de um trabalho odontológico que tem o seu modelo privado como hegemônico, contudo esse modelo possui limites, seja pelo alto custo operacional seja por fatores relativos à ineficiência de se cumprir com as necessidades da população, embora não seja essa a preocupação da odontologia liberal (NARVAI, 1993. p,130). De fato a dificuldade de atuação nesse cenário privado permitiu uma migração do trabalhador para o setor público em busca de sobrevivência, dado esse evidenciado na pesquisa.

“(...) não existia uma expansão tão grande da odontologia, tanto é que eu comecei a trabalhar no município de Belford Roxo, eu fiz parte das

¹³ A saúde pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas. Mas é inegável que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando cientificidade, legitimou a crescente medicalização. A Saúde Coletiva, por sua vez, tem suas bases firmadas por meio da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. Dentro deste contexto, a noção de Saúde Coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da Saúde Pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. Outro fator importante é a multidisciplinaridade da Saúde Coletiva, sendo a qual vinculada às relações entre a natureza e a Cultura/sociedade (BIRMAN, 2005).

¹⁴ Em relação à atuação no cenário da ESF no município do RJ, 75% das profissionais atuam entre 3-5 anos e 25% atua a mais de 5 anos.

equipes pioneiras que começaram a introduzir dentista na equipe de saúde da família. Nisso eu comecei a gostar e já me interessei, passei por varias unidades lá” (Paula - unidade AZUL).

“Assim, no inicio eu não conhecia, só de estágios da época da graduação. Então foi uma oportunidade, abriu o processo seletivo e foi uma oportunidade que apareceu e eu me inscrevi e até então estou aqui” (Rosa - unidade AMARELA).

“Em primeiro lugar porque é o município onde eu moro, segundo porque queria um salário fixo que eu não tinha e em terceiro porque trabalhar no consultório me deixa muito só e ai trabalhar em equipe é uma coisa que me estimula mais” (Joana - unidade VERMELHA).

A dimensão do trabalho em saúde trazida nas falas das entrevistadas reforça a necessidade de afinação dos trabalhadores com a proposta de visão ampliada da saúde. Essa afinação para o trabalho na saúde pública se relaciona com a (in)eficácia do sistema formador e da ausência de uma proposta de admissão de trabalhadores qualificados para atuação na APS e com isso na Estratégia de Saúde da Família enquanto fortalecedora dessa ideia. Entendendo que essa qualificação teórica ou prescrita não é suficiente para uma compreensão mais abrangente de um trabalho real, ou seja, em constantes mudanças em seu curso de ação. O processo de qualificação, contudo, implica em uma dinâmica de incentivar a formação em serviço, buscando garantir processos mais amplos de conhecimentos no campo da saúde da família e assim almejar destinos mais alinhados nessa produção de cuidado em saúde. A prática da educação permanente permite oportunizar instrumentos e ferramentas para qualificação desse trabalhador dentro da proposta de um trabalho dinâmico e real.

Outra discussão importante está na compreensão do trabalho como um lugar permanente, de escolhas e valores. O que se observa nas falas dos atores é sobre um novo nicho de possibilidade de emprego e estabilidade. Esse deslocamento do serviço privado para o serviço público seja por uma complementação da renda ou/e pela busca de um trabalho mais estável e formal, possibilita uma análise mais concreta do processo que engloba a atuação de trabalhadores na saúde, bem como as interferências na atuação profissional dentro de um determinado trabalho e uma determinada função e atribuição. Essa migração que se relaciona a dois fatores, um deles pela expansão e oferta de serviço para a saúde bucal na ESF, e outro fator se relaciona com a instabilidade financeira e a busca por direitos trabalhistas e condições de trabalho mais seguras.

O grande cerne dessa questão se relaciona com a formação básica para um modelo de trabalho e concepção de uma odontologia que é excludente, que não tem condições de abarcar a todos. Talvez o excesso de graduações e um aumento de CD tenha deixado evidente o que se imaginava, os modelos de consultórios privados não conseguem absorver a gama de trabalhadores formados. Outra questão se relaciona a qualificação para o trabalho na ESF, o deslocamento desse trabalhador para a saúde pública aumenta a necessidade de se pensar em estratégias de educação permanente em busca de promover qualificações para a atuação na atenção básica. Programar essa qualificação em um processo de trabalho que já caminha é um dos desafios da ESF e ao mesmo tempo se torna fundamental para que se cumpra seu pacote de serviços.

A saúde bucal coletiva como proposta de formação e conhecimento para atuação na APS supera o conhecimento técnico e individual e fomenta a construção coletiva e mais abrangente de produção em saúde que necessita de alguns aspectos como a formação dos trabalhadores, porosidade dos serviços para mudança de práticas e um constante monitoramento do território para dialogar efetivamente com as necessidades dos indivíduos e suas famílias. Desconstruir aspectos biológicos e individuais da profissão perpassa por uma ruptura da odontologia de mercado que historicamente predominou e ainda encontra raízes nas academias. Essa superação não só implica em movimentos epistemológicos no campo do processo formativo, como também no campo da prática e do trabalho concreto. Esse caminho de mão dupla permitirá uma saúde bucal mais dinâmica às transformações sociais vividas nos territórios da saúde.

Para NARVAI E FRAZÃO, (2006) "Saúde Bucal Coletiva é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como 'Saúde Coletiva' e que, a um só tempo, compreende também o campo da 'Odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o".

No decorrer das entrevistas, chega-se um bloco de perguntas que permite ao entrevistado pensar de forma mais profunda sobre seu processo de trabalho coletivo, que foge as suas práticas técnicas assistenciais, porém está dentro de suas atribuições enquanto um profissional de saúde que compõe uma equipe de saúde da família. Diante disso, buscamos compreender a que ponto esses profissionais praticavam as atividades coletivas dentro de sua organização de trabalho; se realizavam os atendimentos compartilhados/conjuntos com a EqSF ou/e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); qual a relação entre as ESB e EqSF e quais ferramentas ou instrumentos os Cirurgiões Dentistas utilizavam (protocolos clínicos e notas técnicas) como base para suas atividades profissionais.

Houve um consenso sobre a importância da atribuição referente à atividade educativa realizada pelos CDs, ambas as profissionais destacaram que essa atribuição é

bem desenvolvida pela ESB e que geralmente são os CD que organizam e planejam essas atividades.

“A gente faz “sala de espera”, faz atividades nas escolas (PSE), e também outras atividades educativas de forma geral. Porque a gente trabalha com educação, então na verdade não é só educação dentro do consultório, mas fora dele. Realizamos também atividades com grupos, além de participarmos dos grupos que existem na unidade (...)” (Renata - unidade AMARELA).

As abordagens sobre as relações das Equipes de Saúde Bucal com as Equipes de Saúde da Família, entendendo que ambos os profissionais compõem uma mesma equipe que é responsável pela atenção e assistências de um determinado grupo de população em um determinado território; e como se dava o trabalho conjunto, integrado e planejado desses profissionais, as entrevistadas elucidaram questões e situações adversas, algumas potentes e outras deficientes quanto a uma ação multidisciplinar na ESF. No mesmo contexto, é importante mensurar que o motivo dessas perguntas e indagações se refere à dificuldade das relações de trabalho e participação nos planejamentos de cuidados em saúde dos CDs com toda a equipe de saúde. Entendendo que essas dificuldades estão diretamente relacionadas a um processo de construção formativa dos CD meramente individual e isolada. Além disso, os profissionais também relatam pouca abertura para participarem das reuniões de equipes e das atividades propostas. Contudo, percebe-se que os profissionais que tiveram uma formação pautada na coletividade, interdisciplinaridade, nos moldes da saúde bucal coletiva, conseguem uma melhor interlocução com os demais atores que compõe as equipes de saúde.

“A odontologia é uma profissão muito solitária, nos formamos e ficamos trabalhando sozinhas entre quatro paredes e resolvendo problemas meramente bucais. Essa lógica de trabalho coletivo é difícil porque muitas vezes entendemos que a odontologia se resolve sozinha” (Paula - unidade AZUL).

“A gente não tem NASF aqui, na verdade, mas eu já trabalhei numa unidade com o NASF e a gente trabalhava muito junto, quando eu identificava alguma coisa que precisava deles a gente trabalha junto” (Rosa - unidade AMARELA).

“Trabalhar em conjunto é a essência do trabalho na ESF, precisamos estar mais integrados. Aqui na unidade, conseguimos pensar juntos nas estratégias para as pessoas da nossa equipe, tem sido muito importante” (Joana - unidade VERMELHA).

O trabalho em equipe multiprofissional configura-se numa relação recíproca de múltiplas intervenções técnicas em que se destaca a necessidade de preservar as especificidades do trabalho especializado, mas também de flexibilizar sua divisão. Considerando a atuação em territórios dinâmicos, as ações para promover a integralidade e a equidade em saúde vão além das unidades de saúde e ocupam o espaço coletivo. Assim, os profissionais da ESB realizam intervenções próprias da área, reafirmando a sua autonomia técnica, mas também executam ações articuladas nas quais interagem diferentes saberes da sociedade civil e de distintos campos profissionais que atuam no território. Uma das habilidades a ser desenvolvida no interior de uma equipe que busca ser integrada é o processo de comunicação compartilhada em que cada trabalhador e o gerente da UBS têm papel fundamental no manejo dos problemas cotidianos e das situações conflitantes (BRASIL, 2018).

Já as ferramentas e instrumentos são utilizados pelos CDs como base para seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Entendendo que existem diversos documentos, políticas e protocolos clínicos que auxiliam e orientam o trabalho na APS, como por exemplo, PNAB, PNSB, notas técnicas municipais e estaduais, protocolos clínicos, cadernos de atenção primária, guias rápidos, entre outros, já mencionados em capítulos anteriores. Além disso, ainda temos a carteira de serviço apresentada ao profissional para auxiliar no entendimento da dinâmica do trabalho que irá exercer. Durante as entrevistas, os protocolos ou instrumentos mencionados pelas CDs foram incompatíveis aos existentes como norteadores da prática de trabalho. Nesse quesito houve consenso de que esses protocolos, instrumentos ou ferramentas eram desconhecidos e/ou não foram apresentados.

“A gente tem os protocolos que a gente tem que seguir e eu utilizo muito a minha bagagem de conhecimento, eu sei o que está dentro do código de ética, o que a gente pode e não pode fazer e aí eu adequo isso à nossa realidade, das normas que a gente tem que seguir porque estamos pertencendo ao SUS, mas não fico só nisso não, limitada às diretrizes impostas aqui não” (Ana - unidade AZUL).

“A gente segue o que a CAP [Coordenadoria de Área Programática] nos passa. O que for para fazer a gente faz, essas são as diretrizes” (Renata - unidade AMARELA).

“Não utilizo. A gente aqui utiliza basicamente os nossos conhecimentos. Estamos aqui para ajudar a essa população que precisa muito” (Joana - unidade VERMELHA).

Entendendo que existem protocolos que regem o processo de trabalho das categorias profissionais, que norteia seus trabalhos e auxiliam nas conduções de casa caso, esses instrumentos são essenciais na realização da atenção à saúde bucal, seja ela individual e coletiva, auxiliando planejamentos das equipes em busca de atuações mais organizadas e efetivas. Embora a Coordenadoria de Área Programática esteja alinhada aos protocolos clínicos que norteia o processo de trabalho e seus direcionamentos para as equipes da ESF, o que se analisou nas falas foi um desconhecimento ou desapropriação das trabalhadoras em relação aos instrumentos que são necessários para o planejamento e atuação profissional. O destaque nas falas evidencia uma prática que pouco dialoga com os instrumentos norteadores desse trabalho e vice-versa.

- **As potencialidades e as dificuldades do trabalho das Equipes de Saúde Bucal nos cenários de atuação.**

Quando o assunto é apresentar as dificuldades e potencialidades do trabalho, buscase que o trabalhador possa externar toda sua angustia e entrave relacionado à sua atividade profissional. Esse caminho possibilita analisar a relação desse trabalhador com o seu trabalho, sua propriedade em relação a sua atribuição e a sua consciência política e crítica sobre esse processo que exerce na linha de frente do cuidado em saúde, especificadamente, em saúde bucal.

Segundo as análises realizadas nesse estudo, as potencialidades descritas que se evidenciaram estiveram relacionadas às ações educativas; acolhimento dos usuários, o vínculo estabelecido e a responsabilização com o tratamento.

“Acho que sem saúde bucal não tem saúde geral. Acho que tanto no âmbito da prevenção quanto do próprio tratamento de quase todas as doenças sistêmicas a gente tem relação sim, só que é uma visão isolada. Nosso trabalho é forte nisso” (Paula - unidade AZUL).

“Eu vejo a saúde bucal com muitas potencialidades. Acho que a gente tem muito a acrescentar em tudo, até porque a gente é essencial. A gente meio que é separado, né, a equipe de saúde bucal e a equipe da saúde da família (...). Eu acho que somos fundamentais não só no atendimento

clínico de cadeira, mas nas promoções e prevenções que a gente faz. A educação em saúde faz parte do nosso trabalho” (Rosa - unidade AMARELA).

“Acho que o que é mais potente é você devolver dignidade para o paciente que chega aqui numa situação muito ruim, alguns pacientes chegam meio que deprimidos, estão com a boca numa situação muito ruim, estão sentindo muita dor, e aí você acaba conseguindo dar um pouco mais de conforto para aquele paciente e o dentista acaba por ficar meio que ouvindo todas as demandas psicológicas daquele paciente porque eles falam muito com a gente. Então, na verdade eu acho que é isso, devolver dignidade a quem não tinha nem perspectiva de ter, escutando e proporcionando um atendimento clínico” (Joana - unidade VERMELHA).

Os entraves observados estiveram relacionados, principalmente, ao trabalho em equipe; a proporção do número de ESB em relação ao número de EqSF; a violência dos territórios e a importância da Saúde Bucal no cenário da ESF.

Segundo as entrevistadas, a relação distanciada da saúde bucal com o restante da equipe dificulta a relação ampliada de cuidado, enfraquece um trabalho coletivo e não possibilita um trabalho efetivo com a população que cada uma assiste. É sabido também que existe uma desproporção do número de equipes de saúde bucal em relação às equipes de saúde da família, que no município do Rio de Janeiro fica em torno de uma ESB para atender cerca de três e até quatro EqSF (conforme mencionado em capítulos anteriores). Essa desproporção sobrecarrega as demandas odontológicas, prejudicam o planejamento das ESB em relação aos cuidados compartilhados que existem com suas equipes e com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além da sobrecarga de trabalho existente. Outro ponto apresentado foi à violência dos territórios onde a pesquisa foi realizada, em todas as falas foi descrito como uma dificuldade o processo de trabalho nesses territórios, as ações e atividades de educação em saúde ficam prejudicadas. Por fim, os destaques levam a uma reflexão sobre a importância e valorização da odontologia no SUS e na ESF, como superar o desaparecimento da saúde bucal que vem a prejudicar tanto o profissional de saúde bucal na realização de suas atividades, conforme descritas nas políticas e protocolos quanto, principalmente a população que acaba tendo um serviço com um gargalo maior de acesso e menos efetivo na sua proposta.

“Acredito que a maior dificuldade está no fato de não termos um trabalho junto com médicos e enfermeiros, ficamos muito isolados. Acho que isso se deve também por conta da bucal estar muito sobrecarregada, com muitos atendimentos, porque temos muitas equipes para dar conta” (Paula - unidade AZUL).

“Acho que têm algumas dificuldades sim, justamente na questão de desmistificar algumas coisas, fazer essa interposição das equipes com a saúde bucal e muitas vezes são questões que a gente precisa resolver não só em nível da unidade, mas às vezes são questões que a gente precisa resolver a nível central ou de CAP [Coordenadoria de Área Programática], algum direcionamento. Eu acho que as políticas de saúde frente à odontologia, eu acho que precisa melhorar, questão de proporção do dentista aqui no município do Rio, eu acho que é uma proporção que não da conta, é uma demanda muito maior, deveria ter mais profissionais, (...). Eu acho que perpassa por tudo, pelas políticas até para gente ter mais um pouco de visibilidade frente à importância que a equipe de saúde bucal tem e não somente o médico, enfermeiro. Precisamos ganhar um pouco mais de espaço” (Paula - unidade AZUL).

“Fora a crise na área da saúde e a redução de equipes no momento, aqui no território o problema é a violência que dificulta a gente fazer certas ações e visitas, coisas que a gente poderia estar resolvendo na rua, na casa de um paciente e a gente fica com essa dificuldade” (Renata - unidade AMARELA).

“Acho que a dificuldade é que, primeiro da gente ter um dentista para cada três, quatro equipes. Isso dificulta na própria chegada do paciente para a gente conseguir tratar. Segundo, nessa obrigação que colocaram para o dentista que ele tem que sair daqui e ir para escola, que ele tem que sair daqui e ir a todo mês, toda hora, eu acho que a gente tem sim que participar de atividades educativas, mas não sozinhos, precisamos que a equipe como um todo participe também. Precisamos muito estar na cadeira, a gente tem uma demanda de pacientes com a saúde bucal terrível. Temos que conciliar entre atividades educativas e nossos atendimentos, mas a equipe precisa colaborar” (Joana - unidade VERMELHA).

Um ponto de destaque nas falas elucidadas acima, que quando se fala de dificuldades em uma unidade de saúde que tem como base de seu trabalho o território e que possui o trabalho coletivo, interdisciplinar e multiprofissional como principal arcabouço, mesmo que levando em consideração as complexidades e questões para a concretude desse arranjo de relações, que de fato não se dá de forma fácil e simples, percebem-se apontamentos que demonstram relações mal construídas de trabalho em equipe, não adquirindo uma identidade e forma e que com isso encontrará bloqueios nas decisões coletivas de cuidado, configurando o que PEDUZZI (2001) aponta como equipe agrupamento em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos profissionais, caracterizada pela fragmentação. A outra se refere à equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos trabalhadores, caracterizada pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

- **Os fatores motivadores e desmotivadores no trabalho das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.**

A motivação ou desmotivação profissional está muito mais relacionada ao comportamento e significado do trabalho na saúde na vida dessas trabalhadoras, suas relações e condições de trabalho, reconhecimento e desenvolvimento profissional do que propriamente os fatores técnico-científicos desenvolvidos por uma proposta de capacitações e elementos teóricos. O que se percebe é que a (des)motivação, nesse estudo, esteve atrelado aos resultados obtidos no termo assistencial, o trabalho em equipe e feedback sobre o trabalho desenvolvido nas unidades. A fronteira e intercessões entre motivação e desmotivação são evidentes, uma vez que o trabalho por ser dinâmico e em constantes variações permite momentos intercalado em status de motivado e desmotivado a partir das distintas abordagens externas, do campo político ou internas, do campo do trabalho nas UBS. O tamanho da desmotivação, no caso do município do RJ está vinculado à proposta de “reestruturação” da saúde que impactou na diminuição de serviços e trabalhadores, salários, cuidados em saúde e de vínculos estabelecidos no trabalho. Não apenas a “reestruturação” que de fato provoca efeitos danosos no serviço existe uma clara assimetria entre o número de equipes de saúde bucal comparado ao número de equipes de saúde da família. Essa desproporção provoca uma evidente precariedade já estruturada no campo do trabalho, do planejamento em saúde e da sobrecarga de responsabilidade sanitária que esse trabalhador acaba assumindo. Coordenar o trabalho de diferentes equipes, com singularidades distintas, sob microterritórios com dados e características epidemiológicas heterogêneas dentro de uma mesma unidade se torna um complicador e um fator desmotivador desse trabalho.

A motivação é uma questão estratégica e fundamental dentro da organização e gestão na saúde pública, o trabalhador precisa de fato ser parte integrante nas construções e planejamentos na área, fazer parte ativa desses processos, ter autonomia nessas construções é fator fundamental e motivacional. A discussão sobre motivação e desmotivação surge na interação no campo, nas conversas mantidas e que durante o movimento grevista percebia-se que esse assunto era mencionado nos encontros e conversas informais. Como chamou atenção essas discussões, a opção de retrata-la nesse capítulo que aborda e trabalha os materiais das entrevistas se tornou necessário. Mesmo diante de uma temática trazida nas falas das entrevistadas e empiricamente tratada nesse texto, a relação da motivação ou falta dela em um processo de trabalho na saúde nos remete a relação da participação do trabalhador e da (des)hierarquização da coordenação com uma gestão efetivamente colegiada da equipe, mas que no trabalho concreto há problemas. A centralização e regulação do trabalho em saúde permeia um confronto com o trabalho em equipe desprovido de inércia e coberto de espaços de coletividade e compartilhamentos.

Nas conversas com as trabalhadoras CDs, houve uma linha de raciocínio muito convergente entre o que as motivavam e o que as desmotivavam dentro do seu percurso de atuação.

“Para mim, o que motiva é ver os resultados obtidos com nossos pacientes, em conseguir promover saúde, ver que tratei uma criança e que daqui a três meses vou encontrar com a criança no território e vai estar com a boquinha limpinha, com hábitos mudados. Os motivadores são sempre, para mim, os pacientes, que são a minha motivação para trabalhar” (Ana - unidade AZUL).

“O que me motiva é justamente esse trabalho educativo que é importante, a gente tem que ter esse trabalho educacional, não é só fazer uma odontologia curativa meramente de arrancar, consertar e restaurar dentes (...). Infelizmente as pessoas só procuram o dentista quando ela está realmente morrendo de dor. Quando não é dificuldade do preço, é a dificuldade pela dor e pelo medo” (Paula - unidade AZUL).

“É muito gratificante a gente ver a conclusão do tratamento de um paciente que demanda muito, tem muita necessidade e a gente poder oferecer isso para ele é muito gratificante” (Rosa - unidade AMARELA).

“Uma das grandes motivações é trabalhar junto com outros profissionais, não ficar sozinha, isso me motiva bastante, embora ainda

ache que seja pouco. Importante também a atenção continuada, então de vez em quando a gente faz um curso, encontra com o colega e troca experiência, então isso para mim é muito motivador” (Joana - unidade VERMELHA).

As desmotivações apresentadas nesse estudo estão diretamente relacionadas às condições de trabalho, as desproporções da relação ESB com as EqSF, a baixa remuneração, baixa visibilidade ou importância do trabalho desenvolvido pelas Equipes de saúde Bucal e o desarranjo criado pela prefeitura do Rio e SMS ao modificar a estrutura da saúde e reduzir o número de trabalhadores, em especial, os trabalhadores da saúde bucal. O que provoca um impacto importante no cuidado em saúde bucal da população do município do RJ e que irá contribuir para dados epidemiológicos ruins de desassistências e distanciamento dos indivíduos a prática de cuidados odontológicos, tão evidenciadas antes da inserção da saúde bucal na ESF, onde a saúde bucal não compunha nem era parte integrante da ESF. Com isso, as entrevistadas apontaram suas contribuições, que possuem características gerais e mais singulares, da vida de trabalho, do dia-a-dia, que são importantes e relevantes para essa discussão.

“Os fatores desmotivadores são as condições de trabalho, muitas equipes, muita gente em quantidade de valor absoluto mesmo para um dentista só, salário, remuneração. Enfim, os desmotivadores são mais as questões burocráticas do nosso trabalho do que as questões técnicas de fato. A questão técnica que me desmotiva é só a gente não conseguir absorver toda a população que a gente tem responsabilidade” (Renata – unidade AMARELA).

“As dificuldades, são, as demandas. A demanda realmente é bem extensa, grande para o dentista atender, a gente acaba deixando de fazer o que é principal, que deveria ser o trabalho preventivo e educativo, para gente dar conta da parte curativa, as pessoas precisam de tratamento e muitas coisas para ser feita (...). Então, assim, essa é a principal dificuldade frente à demanda. Então, eu acho que por parte do incentivo, precisamos ter mais equipes de saúde bucal, alguma política que priorize isso, precisamos de mais dentistas e profissionais da saúde bucal, seria uma boa ajuda” (Ana - unidade AZUL).

“A desmotivação é aquilo, na minha visão, o dentista já tem uma dificuldade acima de todo mundo para conseguir as coisas e dentro da estratégia, dificuldade da gente se inserir cada vez mais. Em momento de

greve a gente é sempre o ultimo a conseguir alguma coisa, o dentista acaba tendo uma dificuldade maior em relação a isso, falta darem mais importância para essa categoria” (Paula - unidade AZUL).

“Olha só o momento que a gente está trabalhando? Bem complicado não é? Bem desmotivador vir para cá. A gente tendo que passar isso [greve da categoria] pros pacientes, tem paciente que não entende, é muito complicado, difícil de entender. Assim, trabalhamos muito, a nossa agenda é sempre lotada e parar é sempre um problema, como vamos resolver? No momento está bem complicado (...)” (Joana - unidade VERMELHA).

Os fatores desmotivadores, infelizmente, têm ganhado mais projeções no cenário atual que os aspectos motivadores. As condições de trabalho de fato não são das melhores no município, o que contribuiu para os discursos das entrevistadas. Com o desaparecimento da saúde bucal e o aumento da proporção e responsabilização das Equipes de Saúde Bucal diante da população que assiste fica evidente a necessidade de uma reestruturação da agenda desses profissionais de acordo com o aumento de demandas por atendimentos assistenciais. Esse cálculo das demandas versus agenda profissional são discordante, a conta não fecha. Há necessidade de pensar estratégias de atuação profissional, por prioridades, linhas de cuidado e fatores de risco que permeiem em uma melhor organização desse processo de trabalho. Contudo, conforme também mencionado pelas entrevistadas, a redução de profissionais dentistas e o aumento da cobertura da saúde bucal, mostra o desmonte da saúde bucal e esvaziamento desses profissionais na ESF, esse é o ponto de luta da classe odontológica que precisa ser debatido e enfrentado.

3.1.2 - O panorama dos cirurgiões dentistas entrevistados

Diante do exposto pelos entrevistados no subcapítulo anterior e buscando uma melhor visualização sobre o perfil profissional dos Cirurgiões Dentistas, segue no quadro abaixo um panorama desses trabalhadores evidenciando aspectos referente às discussões feitas nesse estudo como o trabalho prescrito e real, o trabalho em equipe e o processo formativo dos CDs atrelado a sua prática profissional na ESF. As percepções das entrevistadas serão abordadas e categorizadas abaixo.

Tabela 6: Paineis das CDs entrevistadas

| NOME ENTREVISTADAS | UNIVERSIDADE FORMADORA | ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/ PÚBLICA | TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF | ATUAÇÃO NO SETOR PRIVADO |
|--------------------|------------------------|---|-------------------------|--------------------------|
| Ana | UFRJ | Sim | 03 anos | Sim |
| Paula | UNIG | Não | 08 anos | Sim |
| Rosa | UFF | Sim | 10 anos | Não |
| Renata | GAMA FILHO | Não | 05 anos | Sim |
| Joana | UNIVERSO | Não | 02 anos | Sim |

Tabela 7: O panorama das Cirurgiãs Dentistas entrevistadas de acordo com as categorias de análises.

O trabalho prescrito: Conhecendo as políticas, protocolos clínicos e cadernos de APS.

- Não relataram conhecer as políticas públicas que norteiam o trabalho na ESF;
- Desconhecem a PNSB e PNAB;
- Não mencionaram os protocolos clínicos quando perguntadas;
- Seguem as notas técnicas apresentadas pela coordenação de saúde bucal da Área Programática;
- Seguem suas próprias experiências e bagagens como direcionamento do trabalho.

O trabalho real: atuação profissional no cenário da ESF

- Os CDs atuam de forma ativa na prática da educação em saúde;
- Realizam atividades em saúde com ênfase na prevenção de agravos e promoção de saúde;
- Atuam predominantemente de forma assistencial devido ao grande volume de atendimentos;
- Apresentam dificuldades nas relações de trabalho em equipe;
- Estão sobrecarregadas com o aumento da proporção de ESB em relação às EqSF, prejudicando a assistência odontológica;

O trabalho em equipe: interdisciplinaridade, compartilhando cuidados e monitorando resultados.

- Relataram participação relativa nas reuniões de equipe e espaços de planejamento em saúde;
- Atuam, em alguns casos, de forma isolada e com pouca participação coletiva;
- Relatam dificuldades em planejar de forma conjunta as atividades em saúde da equipe;
- Compartilham pouco e monitoram resultados de forma fragmentada;

Processo formativo: Qualificação para o trabalho na ESF.

- Apresentam uma formação baseada em uma odontologia privatista e individual;
 - Formação acadêmica com pouca ou nenhuma abordagem em saúde bucal coletiva;
 - Não apresenta em seu processo formativo alinhamento e qualificação para o trabalho na APS.
 - Não conhecem as atribuições do CDs na ESF.
-

3.2 – Descompasso entre formação curricular tecnicista e o trabalho real na área programática 3.1

A formação acadêmica, as políticas públicas e as atribuições profissionais constituem as principais normas que antecedem a atividade profissional do Cirurgião Dentista. A atuação profissional consiste em uma bagagem teórica adequada ao ambiente de trabalho e as situações sociopolíticas que operam mudanças nas práticas nele debatidas. Superar uma formação odontológica fragmentada, especializada, elitista, de alto custo e pouco acesso, predominantemente privatista, da odontologia “prática” e “tradicional”, sem dúvida, constitui um dos grandes desafios.

No âmbito das conquistas pelos trabalhadores e entidades odontológicas, a odontologia se insere no cenário da saúde da família com o objetivo de superar dados epidemiológicos trágicos, ganhando mais a frente uma política (PNSB) que viria dar direção e embasamento aos trabalhadores frente às demandas e atividades da saúde coletiva. Nesses aspectos históricos já mencionados anteriormente nesse estudo, a saúde possibilitou uma importante contribuição em se buscar entender o real sentido de trabalho que o CD necessitaria exercer na saúde da família (BRASIL, 2004). Não se baseava apenas em transformar um cenário de desassistência em um cenário repleto de atendimentos odontológicos, fica evidente que o caminho era mais profundo e ao mesmo tempo mais amplo no que se refere à produção de cuidados em saúde bucal no âmbito assistencial e social. Nesse caso, a busca por entender o processo formativo desses trabalhadores se torna fundamental para entender a sua atuação e conseqüentemente sua qualificação para o trabalho na ESF.

Na mesma forma que a saúde ganha outras projeções com o fortalecimento da APS, a educação precisa dar respostas a esse novo ambiente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em odontologia, buscava corroborar para a formação de profissionais mais preparados para atuarem no serviço público de saúde. Ainda segundo SILVEIRA (2014), um dos desafios para a implantação das DCNs pode ser identificado já no perfil proposto para o formando egresso/profissional, caracterizado por: ser generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em todos os níveis de atenção com rigor técnico e científico. Capaz de resolver os problemas de saúde bucal da população, seguindo princípios éticos e legais a partir da compreensão da realidade social, cultural e econômica, visando ao benefício da sociedade.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, estabelecidas em 2002, como resultado das novas conjunturas previstas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/96 e pela Reforma Sanitária Brasileira, propunham uma flexibilização na organização dos currículos pelas Instituições de Educação Superior

(IES) e uma base comum para os referidos cursos, sinalizando a necessidade de maior interação ensino-serviço-comunidade. Superando o currículo mínimo hegemônico, as DCN conferem, às Instituições de educação superior (IES), liberdade para elaborarem seus projetos políticos-pedagógicos, segundo sua realidade, adequando-os às demandas sociais e aos avanços técnico-científicos (Brasil, 2002). Uma das propostas das DCN que busca superar o desafio da educação integral para o SUS, observadas na educação atualmente, se dá por meio da ampliação de atuação do aluno desde os primeiros períodos da graduação em espaços de serviços públicos, através de estágios. Essas ações promovem uma visão multidisciplinar e de integração com diversas áreas da saúde (SILVA, 2012).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) traz consigo um novo olhar sobre os serviços de saúde. A importância do programa com seu contexto de formação em serviço com perspectivas progressistas faz recriar o cenário de ensino que com isso se torna mais concreto as realidades dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde tem como uma de suas funções prioritárias a de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde. Tal proposta, no entanto, defronta-se com a precária disponibilidade de profissionais com formação generalista, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade, funcionando como a porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Compreende-se a diversificação dos cenários de aprendizagem como uma das estratégias para a transformação curricular e aproximação dos estudantes com a vida cotidiana das pessoas, desenvolvendo olhares acadêmicos críticos e voltados para os problemas reais da população, ainda conforme os autores. Ratifica-se, ainda, que os cenários de aprendizagem não devam se restringir aos locais de desenvolvimento de práticas profissionais, como espaços físicos de trabalho, mas, sim, representarem espaços em que as relações dos sujeitos sejam eficazmente desenvolvidas e possibilitem a incorporação do estudante ao processo de produção do serviço e gerem mudanças no processo de formação profissional (SILVA, 2012).

A partir dos processos de avaliação e monitoramento dos sistemas de saúde, pôde-se perceber a carência de recursos humanos qualificados no setor, aliada à já referida dificuldade formativa, expressa, no campo da Odontologia, pelo profissional individualista, com uma prática predominantemente curativa, descompromissado com o contexto social no qual seus usuários estão cotidianamente inseridos. O ensino odontológico no Brasil

carecia de transformações estruturais que modificassem o perfil de seus formandos e a fragmentação do ensino na área de saúde (SILVA, 2012).

Diante dessa abordagem, esse estudo em seu percurso de entrevistas e diálogos com CDs que atuam no município do RJ, trás questões sobre o processo formativo apresentado pelas trabalhadoras do serviço e suas relações com o trabalho real desenvolvido no campo de atuação da ESF. Em suas abordagens sobre formação na graduação e pós-graduação atreladas a uma saúde bucal coletiva, que dialogue com a realidade do cotidiano dos indivíduos e o meio onde se relacionam, nota-se um descompasso e carência no processo formativo que resulta em percepções equivocadas sobre o trabalho em saúde, configurando práticas “tradicionalistas” em um espaço que se cultiva práticas mais abrangentes e coletivas, respeitando a diversidade e valorizando as construções sociais que cada indivíduo trás consigo.

“Acho que a minha atuação, a partir da minha bagagem de alguns anos em consultório [privado] foram importantes para entender como funcionam os atendimentos no SUS. Estou aqui porque gosto de ajudar as pessoas. Embora não tenha tido disciplinas na graduação que fossem da saúde coletiva, apenas pontualmente (...)” (Ana - unidade AZUL).

“Na minha faculdade eu até tive contato com a odontologia coletiva, mas muito pouco. Tive que entender aqui no dia-a-dia como realmente precisava atender. Isso de estar em equipe é muito interessante e acredito que seja o diferencial, mas a odontologia ainda está muito afastada” (Rosa - unidade AMARELA).

As falas reforçam a característica de uma formação fragmentada, com ênfase em uma odontologia assistencialista e especializada, limitando assim uma formação generalista e que atenda as demandas e necessidades humanas. Investir em itinerários que permitam o CDs fugir de sua caixa de conhecimento, superar construções formativas mecânicas e expandir os discursos e abrangências de sua profissão, se torna o caminho mais oportuno para de fato entrelaçar esse nó formativo arcaico e alinhar um processo mais dinâmico, humano e interdisciplinar da odontologia.

SAVIANI (2010) dialogando sobre educação superior, em uma de suas propostas a Conferência Nacional de Educação (CONAE), descreve sobre os currículos e suas

finalidades em acordo com as relações a qualificação do trabalho e garantia dos desenvolvimentos para a população.

“(…) a educação tem por finalidade o pleno desenvolvimento da pessoa, o preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. Levando-se em conta que esses objetivos se referem indistintamente a todos os membros da sociedade brasileira considerados individualmente, podemos interpretar, com Gramsci (1975, vol. III, p. 1547), que o objetivo da educação é conduzir cada indivíduo até a condição de ser capaz de dirigir e controlar quem dirige. Fica claro que tal objetivo não poderá ser atingido com currículos que pretendam conferir competências para a realização das tarefas de certo modo mecânicas e corriqueiras demandadas pela estrutura ocupacional concentrando-se, e ainda de forma limitada, na questão da qualificação profissional, secundarizando o pleno desenvolvimento da pessoa e o preparo para o exercício da cidadania. Diferentemente dessa tendência dominante, a organização curricular dos vários níveis e modalidades de ensino no âmbito do sistema nacional de educação deverá tomar como referência a forma de organização da sociedade atual, assegurando sua plena compreensão por parte de todos os educandos” (SAVIANI, 2010).

Quando se analisa o currículo das universidades de odontologia das entrevistadas, no momento que realizaram o curso de graduação, fica clara a falta de conexão entre a proposta da grade curricular com as propostas reais dos serviços de saúde, tão evidente que destaca o descompasso pelo qual existe entre o perfil desses trabalhadores com os atributos e políticas que norteiam o trabalho na ESF (Tabela 7).

Alguns pontos importantes nas discussões sobre a reforma curricular de fato aproximaram estratégias e olhares nas interlocuções dos processos de trabalho com o processo de formação. Os estágios no campo da saúde pública, ou seja, imersos nas unidades de saúde, trazem aos alunos de graduação uma vivência pulsante e real das mazelas e condições de vida e realidade social dos indivíduos e comunidade, aprimora o trabalho coletivo e resgata o fator humanístico pouco trabalhado em uma educação mais rígida e mecanizado.

Em tempos de mudança no currículo dos cursos de Odontologia, não é suficiente que as disciplinas se adaptem à atenção primária, pois um trabalho deste nível de mudança requer o envolvimento de vários atores, tais como universidade, alunos e todo o corpo docente (SILVA, 2012). Diante disso, cabe pensar como um processo tão complexo de

mudança do modelo de educação, que envolve atores formadores e em formação pode ser tão importante e fundamental para dar conta de um cuidado em saúde que seja resolutivo em sua performance e efetivo em seu conceito. Desafios e conquistas se intercalam no enfrentamento de uma saúde bucal coletiva que caminha a passos curtos de aprimoramento, e que se esbarra em políticas austeras e ineficazes que promovem a desconstrução desse serviço para a população.

3.2.1 – Estrutura Curricular das entrevistadas

Tabela 8: Processo de ensino aprendido das entrevistadas a partir das categorias descritas.

| Categorias | Ideias centrais das entrevistadas |
|---------------------------|---|
| Carga Horária distribuída | - déficit de carga horária de disciplinas de odontologia coletiva e metodologia científica e grande carga horária para disciplinas específicas. |
| Interdisciplinaridade | - Pouca interação entre as disciplinas; - Falta de disciplinas que promovessem uma interlocução/integração das disciplinas. |
| Odontologia Coletiva | - Conteúdo repetitivo e muito teórico, sem aplicabilidade na prática. |
| Estágios/extensão | - Campos abrangentes, maioria em hospitais e ambulatorios. |

O perfil das entrevistadas, egressas de universidades públicas e privadas, está relacionado a um processo de formação com prática predominantemente individual e com foco no exercício liberal da odontologia, contudo o estudo mostrou a inclinação dessas trabalhadoras de saúde bucal em promover uma discussão mais aprofundada sobre a saúde bucal coletiva e o trabalho na ESF. Enfrentar os currículos que impõe uma característica especializada e pautada no capital como finalidade profissional é o desafio a ser enfrentado, lutar por um currículo que esteja atrelado e adequado as necessidades da saúde pública e a atuação em serviço dos profissionais é a meta a ser buscada.

4- CONCLUSÃO

Diante do elaborado nessa dissertação, há considerações importantes a serem destacadas inicialmente. O perfil do cirurgião dentista que atuam na rede da atenção Básica no RJ identifica trabalhadores com enormes dificuldades de inserção no mercado de trabalho, geralmente no campo privado e de forma autônoma. Esse aspecto evidenciado permite uma análise sobre as condições de deslocamento desse trabalhador para a saúde

pública, em busca primeiramente de oportunidade de trabalho e conseqüentemente de condições mais formais de emprego e renda. A partir dessa questão, nas entrevistas se observou esses deslocamentos que corroboram para um melhor entendimento sobre as variáveis traçadas no estudo. Dentre as variáveis apresentadas, notou-se que o pouco contato durante a graduação com a saúde bucal coletiva, fizeram com que essa construção mais ampla e humanizada da saúde bucal não fosse um traço evidente na pesquisa, a pós-graduação com foco nas superespecialidades, com pequena passagem, no relato de algumas entrevistadas, por uma odontologia social e coletiva possibilita um entendimento do caráter e papel formativo o qual a odontologia se encontra. Atuar na Atenção Básica requer uma série de atribuições e funções que são fundamentais para um trabalho resolutivo e de fato efetivo em sua prática e essência. Ser dentista de família não se resume em “ser dentista”. Essa especialidade da odontologia tem sua especificidade, operando e transcendendo a todas as outras especialidades da odontologia. O traço do perfil das trabalhadoras da pesquisa está intimamente relacionado a um processo formativo técnico e mecânico, a uma abordagem patológica e fragmentada. Contudo no decorrer da pesquisa, mesmo diante de um perfil mais rígido as normativas clínicas da odontologia, os processos de trabalho real permitiram construções coletivas que em certa maneira delinearão atuações que desconstroem momentos específicos de uma odontologia “dentro de quatro paredes”. As adequações para um perfil compatível a lógica da Atenção Básica perpassa pela luta por uma odontologia com conhecimentos mais amplos dentro do seu processo formativo, uma luta de enfrentamento a uma odontologia liberal. Na educação, isso se dá a partir de mudanças curriculares e novas diretrizes e no campo da saúde e do trabalho real, com as possibilidades de se trabalhar a educação permanente e continuada como importante ferramenta de construção de conhecimento e aproximação com o trabalho desenvolvido na saúde coletiva.

Quando se pensa nos espaços onde a pesquisa foi realizada, as unidades básica de saúde, a sua representatividade e referencia para a população, a dimensão, mesmo que subjetiva e ineficiente a esse estudo, de frequência da população local foram importantes percepções de dentro desses espaços. Mesmo que o objetivo desse estudo não tenha sido medir a frequência e acesso em uma unidade, entende-se que esses fatores caminham por orientar uma análise mais completa e coerente com a dinâmica de cuidado que a própria saúde bucal exerce nesses espaços.

As percepções avaliadas no decorrer das visitas as unidades básicas de saúde contribuíram para entender os possíveis contratempos e prejuízos na assistência odontológica à população, contudo mais que isso, serviu para apontar os sentidos e direções da saúde bucal do município do RJ. O ambiente das unidades de saúde são vivos e dinâmicos, constantes e concretos. Desaparelhá-los significa perder a direção e o sentido

que a saúde no município do RJ já caminhou, para além, significa perda e desconstrução de investimentos e espaços de cuidados. A pesquisa contribuiu para evidenciar o tamanho desse prejuízo estrutural e técnico, de perceber espaços físicos “vivos” cada vez menos “pulsantes”.

O desafio futuro da saúde bucal não foge à regra do futuro da saúde frente à corrente neoliberal do Estado, a saúde bucal estando voltada para a lógica do capital e não para a lógica das necessidades humanas. Supõe-se que o trabalho (super) especializado, na lógica privada, com exigências de habilidades individuais e técnicas avançadas que garantem uma autonomia sobre o cuidado em saúde, acelere. A “Revolução” odontológica perpassa pela superação dessa perspectiva, ao aplicar o conhecimento técnico-científico alinhado as reais necessidades da população.

Com os 16 anos de existência do “Brasil Sorridente” é indiscutível que houve ampliação da rede de assistência odontológica, conseqüente dilatação do acesso dos cidadãos brasileiros aos cuidados em saúde bucal e avanços na formação e prática em saúde bucal, mas existem desafios importantes que tem se agravado com a irresponsabilidade sanitária do Estado. É preciso reformular a atuação do ente federal enquanto indutor de políticas sociais, das universidades públicas enquanto formadoras de profissionais para o SUS e do modelo assistencial odontológico. É necessário redescobrir novos territórios conceituais e explorar práticas inovadoras para superar parte do paradigma ainda hegemônico de atenção odontológica brasileira restrita a procedimentos clínicos e ao atendimento centrado na cadeira do dentista.

O Reconhecimento do lugar da odontologia na saúde humana, de uma forma mais ampla, não parece plenamente estabelecido. Ainda existe uma desapropriação ou afastamento quanto ao papel desses trabalhadores enquanto profissionais que exercem cuidados em saúde humana e não somente bucal ou dentária. A discussão sobre formação dos cirurgiões dentistas é intensa e simbiótica a esse debate e tratá-la permitirá indicar futuros para a saúde bucal onde o isolamento e a fragmentação estará rompida e inclinada a um cuidado horizontal e interdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J.W.R. Adequação do Trabalho do Cirurgião Dentista frente às Diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, Minas Gerais, 2010.

ARAÚJO, M.E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2006;11(1):179-82.

BARDIN, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa_ edições, 70, 225. (1).

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Rev Saúde Coletiva*, 2005.

BARROS, S.M.P.F, SILVA, N.F. & CHRISTÓFARO, M.A.C. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS com ênfase na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 44(1):7-9, 1991.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL, 4º Seminário da Região Metropolitana I, fórum de conselho municipal de saúde da Região Metropolitana I. Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, Brasília, 2018.

BRITO, J.C. Trabalho Real. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. EPSJV/Fiocruz, 2009.

BROW, T.M; CUETO, M; FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial de Saúde.

CASTRO, R. P. Trabalho e emprego: teorias e realidades. (Nota de aula). Texto não publicado. Rio de Janeiro, 2018.

CHAVES, S.C.L, et.al, Desmonte da Saúde Bucal no SUS, UFBA, 2018.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saude Publica 2002; 18(Supl. 1):191-202.

FAUSTO, Márcia. C. R.; MATTA, Gustavo C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

FILHO, N.A. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo, Universidade Federal da Bahia, 2010.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Florianópolis, v. 7, n. 22, Jan./Mar., 2012.

FREITAS, S.F.T; NAKAYAMA, M.Y. Um perfil do estudante de odontologia no Estado de São Paulo. Rev Divulgação. 1995;10:29-37.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. Método de pesquisa, UFRGS, 2009.

GONÇALVES, C.A. A Política de Saúde Bucal no Brasil e o Programa de Saúde da Família (PSF): Uma Nova Perspectiva?, 2002.

GIOVANELLA, L, FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2009, cap. 16, pp. 575-626.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?, 2018.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, 2001.

MARX, K. O Capital. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1

MACHADO, C.V; BAPTISTA, T.W.F; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. Cad Saude Publica. 2011.

MACHADO, C.V. Prioridades da saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20:44-9.

MACIEL, C.F; BARCELLOS, L.A; MIOTTO, M.H.M.B. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas do Programa de Saúde da Família da Grande Vitória – parte I. UFES. Rev. Odontol., Vitória, v.8, n.3, p.31-37, 2006.

MARTELLI, P.J.L, et.al., Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, v.15, Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, J.H. A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP [Dissertação de Mestrado]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2005.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio

de Janeiro, v. 4, n. 2. p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. in *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27,N.65, Rio de Janeiro, set/dez de 2003.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MOYSÉS, S.J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, v.16, n.1, p.10-13. 2008.

NARVAI, P.C; FRAZÃO, P. *Saúde Bucal no Brasil – Muito além do céu da boca*. Fiocruz, 2008.

NARVAI, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade, *Revista de Saúde Pública* 40 (n Esp): 141-7, 2006.

NEVES, J. Da Declaração de Alma-Ata à Declaração de Astana: avanços ou retrocessos? *EPSJV*, Fiocruz, 2018.

NORONHA, J.C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde pública*, RJ, 2013.

NOGUEIRA, R.P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1983. *Educación Medica y Salud* 20(3):335-349, 1986.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de. Saúde Pública**, 35(1): 103-109, 2001.

PESSOA, T.R.R.F, NORO, L.R.A. Caminhos para a avaliação da formação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios, 2014.

PINTO, V.G. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. 1ª ed. São Paulo: Santos; 1989.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada Caps é um Caps”: Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Abr. 2004.

REIS, W.G, O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real, Rio de Janeiro, v. 39, 2015.

RIBEIRO, A.C.G.C. implementação da filosofia lean na gestão dos serviços de saúde: o caso dos centros de saúde da região norte, 2013.

RUMMERT, S.M; ALGEBAILLE, E; VENTURA, J. Educação da classe trabalhadora brasileira: expressão do desenvolvimento desigual e combinado, p.3, 2013.

SANTOS, M. et al. (Org.). Território: Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo, 1998.

SILVA, S.F. A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco. [Monografia] Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

SILVA, M.A.M. e col. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados

de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil, 2012.

SILVEIRA, J.L.G.C.e GARCIA, V.L. Mudança curricular em Odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem, 2014.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução de Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados Primários de Saúde. Brasil, 1979. (Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978).

VIANA, A. L., DALPOZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, v. 8, n. 2, 1998.

VILLALBA, J.P, MADUREIRA, P.R, BARROS, N.F.,. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) Rev Inst Ciênc Saúde 2009;27(3):262-8

WEMERLINGER, M e Col. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização, 2010.

Anexo 1

ROTEIRO de ENTREVISTA

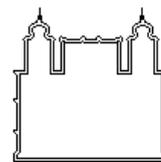
TÍTULO DA PESQUISA: Perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Felipe Fernandes dos Santos.

ORIENTADORA: Márcia de Oliveira Teixeira.

ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

- 1- Quantos anos você tem?
- 2- Gênero?
- 3- Qual a cor você considera que tem?
- 4- Há quanto tempo você é formado?
- 5- Em qual Universidade você fez sua graduação?
- 6- Porque escolheu Odontologia?
- 7- Durante a graduação teve contato com a ESF?
- 8- Fez ou está fazendo cursos/especializações complementares. Pode indicar alguns? (caso não tenha realizado cursos na área da Saúde Pública/Coletiva, responder a questão 9).
- 9- Você já pensou em fazer algum curso na área da Saúde Pública/ Saúde Coletiva?
- 10- Há quanto tempo você está trabalhando na ESF?
- 11- Porque optou por trabalhar na ESF no município do RJ?
- 12- Você desempenhou ou desempenha alguma atividade profissional fora do SUS?
- 13- A ESB que você trabalha atua nas atividades educativas com os usuários?
- 14- A equipe realiza atendimentos compartilhados com a ESF/NASF?
- 15- A ESB utiliza das ferramentas preconizadas para o trabalho na AB? (Ex: Protocolos clínicos, notas técnicas). Existe alguma outra ferramenta utilizada pela equipe?
- 16- Qual a relação da ESB com a ESF?
- 17- Para você quais são as potencialidades do trabalho das ESB?
- 18- A partir da sua experiência de trabalho, quais são as dificuldades encontradas para o trabalho das ESB?
- 19- Para você, quais são os fatores motivadores ou desmotivadores no trabalho da ESB na ESF?

Anexo 2**Ministério da Saúde****FIOCRUZ****Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro – Brasil**”. Essa pesquisa faz parte da elaboração de dissertação de Mestrado Profissional em Educação Profissional em saúde, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)/FIOCRUZ, desenvolvida pelo discente Felipe Fernandes dos Santos, sob orientação da Professora Márcia de Oliveira Teixeira. O estudo tem por objetivo principal: analisar o perfil dos Cirurgiões Dentistas que atuam nas Equipes de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro. O convite a sua participação se deve a sua atuação como Cirurgião Dentista em uma ESB da ESF do município do RJ. Para tanto, sua participação será feita através de uma entrevista individual, que será gravada, composta por um roteiro com perguntas norteadoras, que será aplicado em um tempo estimado de 40 a 60 minutos. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Será assegurado o sigilo das informações e seu anonimato, no entanto, poderá haver identificação indireta de alguns sujeitos da pesquisa devido à natureza de sua ocupação profissional na Unidade de Saúde. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. As entrevistas gravadas, serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, conforme Resolução 466/12, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a

nova pesquisa. O (a) Sr (a) receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador responsável, caso haja qualquer dúvida sobre a pesquisa e sua participação. Os resultados serão divulgados em sessões técnico-científicas dirigidas ao público participante, em artigos científicos e na dissertação do mestrado. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV e da SMS-RJ. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/EPSJV: (21) 3865-9705

E-Mail: cep.epsjv@fiocruz.br

<http://www.epsjv.fiocruz.br/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

Endereço: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ,
Avenida Brasil – 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21040-360 –
TEL: (21) 3865-9797.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do RJ, endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro, CEP: 20211-901. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2019.

Nome e Assinatura do Pesquisador

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Perfil e situação de trabalho dos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal no Município do Rio de Janeiro**” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação da entrevista
 Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Anexo 3

Tabela: Grade materiais odontológicos para APS. (SUBPAV, 2020)

| S/SUBPAV | | | |
|-----------------------------------|--------------|--|-------|
| GRADE MATERIAL ODONTOLOGIA BÁSICA | | | |
| ITEM | CÓDIGO SIGMA | DESCRIÇÃO COMPLETA | U / C |
| 1 | 65202915560 | AGENTE DE UNIAO ESMALTE DENTINA , FOTOPOLIMERIZAVEL, MONOCOMPONENTE, HIDROFILICO, BAIXA VISCOSIDADE, SEM ACETONA, A BASE DE ALCOOL. ACONDICIONADO EM FRASCO COM NO MINIMO 4ML. | FR |
| 2 | 65202900457 | AGULHA DESCARTAVEL CURTA, 30G , FLEXIVEL, PONTA LANCETADA, ESTERILIZADA, PARA SERINGA CARPULE. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 100 UNIDADES. | CT |
| 3 | 65202900538 | AGULHA DESCARTAVEL LONGA, 27G , FLEXIVEL, PONTA LANCETADA, ESTERILIZADA, PARA SERINGA CARPULE. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 100 UNIDADES. | CT |
| 4 | 65202903120 | ALGODAO HIDROFILO PARA USO ODONTOLOGICO , MACIO, 100% ALGODAO, EM FORMATO DE ROLINHOS. ACONDICIONADO EM PACOTE COM 100 UNIDADES. | PCT |
| 5 | 65050221757 | AMINO BENZOATO DE ETILA A 20% , COM SABOR, (ANESTESICO TOPICO PARA USO ODONTOLOGICO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 12 GRAMAS. | UND |
| 6 | 65202905688 | ATAQUE ACIDO CONDICIONADOR DE ESMALTE A BASE DE ACIDO FOSFORICO A 37%. ACONDICIONADO EM SERINGA COM APROXIMADAMENTE 2,5ML. | UND |
| 7 | 65202334400 | BROCA CARBIDE CIRURGICA , PARA ALTA ROTACAO, TIPO ZECRIA, COM 28MM. | UND |
| 8 | 65202908199 | BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO No .6 - ESFERICA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 9 | 65202914911 | BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO, No. 2 - ESFERICA, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |

| | | | |
|----|-------------|--|-----|
| 10 | 65202915055 | BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO, No. 4 - ESFERICA, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 11 | 65202919042 | BROCA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO, No.245 PERA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |

| ITEM | CÓDIGO SIGMA | DESCRIÇÃO COMPLETA | U / C |
|------|--------------|---|-------|
| 12 | 65202914679 | BROCA CARBIDE TIPO GATES-GLIDDEN , BAIXA ROTACAO, PARA CONTRA ANGULO NO TAMANHO 28MM, N. 02 | UND |
| 13 | 65202914750 | BROCA CARBIDE TIPO GATES-GLIDDEN , BAIXA ROTACAO, PARA CONTRA ANGULO NO TAMANHO 28MM, N. 03 | UND |
| 14 | 65202914830 | BROCA CARBIDE TIPO GATES-GLIDDEN , BAIXA ROTACAO, PARA CONTRA ANGULO NO TAMANHO 28MM, N. 04 | UND |
| 15 | 65202600496 | BROCA CIRURGICA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO N 04 , EMBALADAS INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADAS, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE, No.04,ESFERICA,HASTE LONGA(28MM). | UND |
| 16 | 65202600658 | BROCA CIRURGICA CARBIDE PARA ALTA ROTACAO N 08 , EMBALADAS INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADAS, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE, No.08,ESFERICA,HASTE LONGA(28MM). | UND |
| 17 | 65202938004 | BROCA DIAMANTADA ESFERICA ALTA ROTACAO N° 1016 HL | UND |
| 18 | 65202912978 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, N.2135 FF , PRATEADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARESEMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 19 | 65202912544 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, N.3168 FF , PRATEADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARESEMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |

| | | | |
|----|-------------|--|-----|
| 20 | 65202912706 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, N.3195 FF , PRATEADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARESEMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTPO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 21 | 65202900295 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No. 1012 - ESFERICA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDERO CORTE. | UND |
| 22 | 65202901267 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No. 1014 - ESFERICA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADANAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDOQUE O PRODUTO E ESTERLIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDERO CORTE. | UND |

| ITEM | CÓDIGO SIGMA | DESCRIÇÃO COMPLETA | U/C |
|------|--------------|---|-----|
| 23 | 65202901429 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No. 1034 - CONE INVERTIDA. EMBALADA INDIVIDUALMENTE,ESTERELIZADA, NAO DESCARTEVEL. A EMBALAGEM DEVE CONTER INSCRICAO DO FABRICANTEINFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 24 | 65202912625 | BROCA DIAMANTADA PARA ALTA ROTACAO, No.3195 F , DOURADA, PARA ACABAMENTO DE RESINAS E SIMILARES.EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVESUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 25 | 65202938772 | BROCA PARA BAIXA ROTACAO PARA CONTRA-ANGULO, No. 2 - ESFERICA. | UND |
| 26 | 65202901003 | BROCA PARA BAIXA ROTACAO PARA CONTRA-ANGULO, No. 4 - ESFERICA. | UND |
| 27 | 65202901186 | BROCA PARA BAIXA ROTACAO PARA CONTRA-ANGULO, No. 6 - ESFERICA. | UND |
| 28 | 65202914402 | BROCAS, TACAS E PONTAS DE BORRACHA PARA POLIMENTO DE AMALGAMA, EM 03 CORES MARRON, VERDE E AZUL, PARA USO SEQUENCIAL, CAIXA COM 06 UNIDADES PARA CONTRA ANGULO | CX |
| 29 | 65202910096 | CIMENTO HIDROXIDO DE CALCIO CONJUNTO COMPOSTO POR: 01 TUBO DE PASTA BASE COM NO MINIMO 13G, 01 TUBO DE PASTA CATALIZADORA COM NO MINIMO 11G, 01 BLOCO PARA MANIPULACAO. | UND |

| | | | |
|----|-------------|--|-----|
| 30 | 65202916701 | CIMENTO IONOMERO DE VIDRO PARA RESTAURACAO , COR A2 OU A3, RAIOPACO, PRESA RAPIDA, UNIAO QUIMICA AO ESMALTE E DENTINA, QUE DESPRENDA IONS DE FLUOR, AUTOPOLIMERIZAVEL, COM COEFICIENTE DE EXPANSAO TERMICA SIMILAR AO DENTE, ALTA RESISTENCIA AO DESGASTE, BIO- COMPATIVEL. CONJUNTO COM 01 FRASCO DE PO COM APROXIMADAMENTE 10G, CONTENDO VIDRO DE FLUORSILATO, ACIDO TARTARICO E 01 FRASCO DE LIQUIDO CONTENDO ACIDO TARTARICO COM APROXIMADAMENTE 8ML. | CX |
| 31 | 65202911300 | CIMENTO IONOMERO DE VIDRO PARA TRA (TECNICA RESTAURADORA ATRAUMATICA), PRESA RAPIDA POR GELEIFICACAO, QUE APRESENTE REACAO ACIDO-BASE, UNIAO QUIMICA AO ESMALTE E DENTINA, QUE DESPRENDA IONS DE FLUOR, AUTOPOLIMERIZAVEL, COM ATIVACAO QUIMICA... (DEMAIS DETALHES CONFORME TERMO DE REFERENCIA FORNECIDO PELO ORGAO). KIT CONTENDO: 1 FRASCO C/NO MINIMO 8ML DE LIQUIDO, 1 FRASCO C/ NO MINIMO 10G DE PO, COLHER MEDIDORA E BLOCO DE ESPATULACAO. | KIT |
| 32 | 65202923589 | CIMENTO OXIDO DE ZINCO EUGENOL CONJUNTO FORMADO POR 01 FRASCO DE PO COM 50GRS. E 01 FRASCO DE LIQUIDO COM 20ML APROXIMADAMENTE. | UND |
| 33 | 65202913030 | COMPOSTO DENTAL FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A2 | UND |

| ITEM | CÓDIGO SIGMA | DESCRIÇÃO COMPLETA | U / C |
|------|--------------|---|-------|
| 34 | 65202920563 | COMPOSTO DENTAL FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A2 - OPACO OU DENTINA | UND |
| 35 | 65202900644 | COMPOSTO DENTAL FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A3.5 - OPACO OU DENTINA | UND |
| 36 | 65202912382 | COMPOSTO DENTAL FOTOPOLIMERIZAVEL PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR C2. | UND |
| 37 | 65202912110 | COMPOSTO DENTAL FOTOPOLIMERIZAVEL, PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR A3,5. | UND |
| 38 | 65202912200 | COMPOSTO DENTAL FOTOPOLIMERIZAVEL, PARA RESTAURACOES EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES. SERINGA COM APROXIMADAMENTE 4G, NA COR B3 | UND |

| | | | |
|----|-------------|---|-----|
| 39 | 65202908512 | CONDICIONADOR DENTINA PARA RESTAURACOES DE IONOMERO DE VIDRO, A BASE DE ACIDO POLIACRILICO A 12%. ACONDICIONADO EM FRASCO COM APROXIMADAMENTE 10ML. | UND |
| 40 | 65202101066 | CONE PAPEL ABSORVENTE , SORTIDOS, ESTERILIZADOS, ROLADOS A MAO, TAMANHO DE 15 A 40. ACONDICIONADO EM CAIXA COM 120 UNIDADES. | UND |
| 41 | 85300006585 | CONJUNTO HIGIENE ORAL PARA USO ADULTO , COMPOSTO DOS SEGUINTE ITENS: UMA ESCOVA, UMA PASTA DENTAL DE 90G E UM ROLO DE FIO DENTAL DE 25 METROS. | CJ |
| 42 | 85300006666 | CONJUNTO HIGIENE ORAL PARA USO INFANTIL , COMPOSTO DOS SEGUINTE ITENS: UMA ESCOVA, UMA PASTA DENTAL DE 90G E UM ROLO DE FIO DENTAL DE 25 METROS. | CJ |
| 43 | 65202911220 | CUNHA DE MADEIRA BEM ACABADA SEM FARPAS, INDIVIDUALIZADAS. ACONDICIONADA EM CAIXA COM APROXIMADAMENTE 100 UNIDADES. | CX |
| 44 | 65202910762 | ESCOVA ROBINSON TIPO PINCEL COM CERDA PLANA PARA POLIMENTO E PROFILAXIA, PARA CONTRA ANGULO, EMBALADA INDIVIDUALMENTE, ESTERELIZADA, NAO DESCARTAVEL. A EMBALAGEM DEVECONTER INSCRICAO DO FABRICANTE INFORMANDO QUE O PRODUTO E ESTERELIZADO. DEVE SUPORTAR SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS SEM PERDER O CORTE. | UND |
| 45 | 65202902581 | ESPELHO BUCAL PLANO, No. 5 , AUTOCLAVAVEL, RESISTENTE A CORROSAO, DESCOLORACAO E A SUCESSIVAS AUTOCLAVAGENS; EM ACO INOX POLIDO; BORDAS POLIDAS E BEM ACABADAS; PERFEITA UNIAO ENTRE AS BORDAS E O ESPELHO PROPRIAMENTE DITO. | UND |
| 46 | 65202100507 | EXTIRPA NERVOS EM ACO INOX, PRE ESTERILIZADOS, ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTE A FRATURAS, TAMANHO 15 A 40. | UND |

| ITEM | CÓDIGO SIGMA | DESCRIÇÃO COMPLETA | U / C |
|------|--------------|---|-------|
| 47 | 65202909675 | FILME TRANSPARENTE DE PVC , UTILIZADO PARA EMBALAR, PROTEGER, PRESERVAR, HIGIENIZAR EMBALAGEM COM BOBINA DE 28CM X 15M. | UND |
| 48 | 65152319403 | FIO DE SEDA PRETO , DIAMETRO 4-0; COM AGULHA CORTANTE DE 2CM, EM FORMA DE 1/2 CIRCULO; COM NO MINIMO 45CM DE COMPRIMENTO. | UND |
| 49 | 85300004450 | FIO DENTAL ACONDICIONADA EM ROLO COM 100 METROS NO MINIMO. | UND |
| 50 | 65202921535 | FLUORETO DE SODIO NEUTRO, GEL A 2%, COM PROPRIEDADE TIXOTROPICA, COM SABOR, ALTA VISCOSIDADE. ACONDICIONADA EM FRASCO COM, NO MINIMO, 200ML. | FR |

| | | | |
|----|-------------|--|-----|
| 51 | 65202904010 | GEL DENTAL EVIDENCIADOR DE PLACA BACTERIANA. APRESENTADO EM BISNAGA COM 60G, COMPOSTO POR FLUORETO DE SODIO 0,27%, LAURIL SULFATO DE SODIO, UMECTANTE, CARBOXIMETIL CELULOSE, ERITROSINA 0,5%, SACARINA SODICA E AGUA DESMINERALIZADA. ACONDICIONADO INDIVIDUALMENTE EM CAIXA DE PAPELÃO. | UND |
| 52 | 65202906307 | HIDROXIDO DE CALCIO P.A. (PARA ANALISE), QUIMICAMENTE PURO, EM PO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 10G. | UND |
| 53 | 65050224772 | LIDOCAINA + EPINEFRINA CLORIDRATO DE LIDOCAINA 20MG/ML(2%)+ EPINEFRINA 20 µG/ML, SOLUCAO INJETAVEL. ACONDICIONADA EM TUBETE COM 1,8ML. | UND |
| 54 | 65202101902 | LIMA TIPO KERR , 08 DE 25MM, EM ACO INOX, CABO COLORIDO FORMA PADRONIZADA ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTES A FRATURAS. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 06 UNIDADES. | CX |
| 55 | 65202102461 | LIMA TIPO KERR , 15 DE 25MM, EM ACO INOX, CABO COLORIDO, FORMA PADRONIZADA, ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTES A FRATURAS. ACONDICIONADA EM CAIXA COM 06 UNIDADES. | CX |
| 56 | 65202101228 | LIMA TIPO KERR , 15-40 DE 25MM, EM ACO INOX, CABO COLORIDO, FORMA PADRONIZADA, ALTAMENTE FLEXIVEIS E RESISTENTES A FRATURAS, CAIXA SORTIDA. | CX |
| 57 | 65202902824 | MATRIZ DE ACO COM 7MM DE ESPESSURA. ACONDICIONADA EM ROLO COM 0,50 METROS. | UND |
| 58 | 65202913516 | OLEO LUBRIFICANTE EM SPRAY, PARA CANETA DE ALTA ROTACAO. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 100ML E 70G. | UND |
| 59 | 65202907621 | PAPEL CARBONO PARA ARTICULACAO DENTARIA, DUPLA FACE, RESISTENTE A UMIDADE E SENSIVEL A PRESSAO. ACONDICIONADO EM BLOCO COM 12 FOLHAS. | BL |
| 60 | 65202906579 | PARAMONOCLOROFENOL CANFORADO 20ML | UND |
| 61 | 65202907702 | PASTA PROFILAXIA GRANULACAO MEDIA, SABOR AGRADAVEL COM FLUOR. ACONDICIONADO EM FRASCO COM 50G. | UND |

| ITEM | CÓDIGO SIGMA | DESCRIÇÃO COMPLETA | U / C |
|------|--------------|--|-------|
| 62 | 65202915640 | PONTA APLICADORA PARA AGENTE DE UNIAO, DESCARTAVEL, HASTE PLASTICADOBRAVEL PARA FACILITAR A DEPOSICAO DO MATERIAL, PONTA ATIVA DE FORMA ESFERICA, COMPOSTA POR MICRO FIBRAS ISENTAS DE FIAPOS E NAO ABSORVENTES. ACONDICIONADA EM CAIXA COM NO MINIMO 100 UNIDADES. | UND |

| | | | |
|----|-------------|--|-----|
| 63 | 65202915721 | PONTA PARA INSERCAO DE MATERIAL RESTAURADOR, MODELO "ACCUDOSE ANTERIORLV", ADAPTAVEL A SERINGA APLICADORA DE MATERIAIS PLASTICOS TIPO "CENTRIX". ACONDICIONADO EM CAIXA COM NO MINIMO 20 PONTAS. | CX |
| 64 | 65202328001 | PONTAS DE SILICONE PARA ACABAMENTO E POLIMENTO DE RESINA COMPOSTA; AUTOCLAVAVEIS; COM DUAS ABRASIVIDADES; PONTAS AMARELAS PARA PRE-POLIMENTO E PONTAS BRANCAS PARA OBTENCAO DE ALTO BRILHO. CONJUNTO CONTENDO NO MINIMO, 6 PONTAS DISTRIBUIDAS NOS SEGUINTE FORMATOS: CHAMA, LENTILHA E TACA. | UND |
| 65 | 85300005694 | SISTEMA AMALGAMA LIGA COM MISTURA DE PARTICULAS COM ALTO TEOR DE COBRE, M FASE GAMA 2, COM ALTA RESISTENCIA INICIAL A COMPRESSAO E A TRACAO, EXCELENTE VEDAMENTO MARGINAL, COMPOSTO POR 40% DE PRATA, 31% ESTANHO 28% DE COBRE E MERCURIO, CAPSULA ADAPTAVEL A QUALQUER TIPO DE APARELHO AMALGAMADOR, JARRO COM NO MINIMO 50 CAPSULAS DE 1 DOSE CADA. | UND |
| 66 | 65202910509 | SODA CLORADA PARA USO ODONTOLOGICO, 500ML. | UND |
| 67 | 65202903391 | SUGADOR DE SALIVA PLASTICO, DESCARTAVEL, PACOTE COM 40 UNIDADES. | PCT |
| 68 | 65202903715 | TIRA LIXA COM 2 GRANULOMETRIAS: FINA E GROSSA E CENTRO NEUTRO, COM 4MM DE LARGURA, CAIXA COM 100 UNIDADES PARA MATERIAIS ESTETICOS E RESINAS COMPOSTAS. | CX |
| 69 | 65202903472 | TIRA LIXA DE ACO , FACE POSTERIOR POLIDA, RESISTENTE; COM CENTRO NEUTRO, 4MM DE LARGURA. ACONDICIONADO EM CARTELA COM NO MINIMO, 12 LIXAS. | UND |
| 70 | 65202903553 | TIRA POLIESTER PARA USO DURANTE A CONFECCAO DE RESTAURACOES DE RESINA COMPOSTA E IONOMEROS. ACONDICIONADA EM CARTELA COM APROXIMADAMENTE 100 TIRAS. | UND |
| 71 | 65202905254 | TRICRESOL-FORMALINA ACONDICIONADO EM FRASCO COM APROXIMADAMENTE 10ML. | FR |
| 72 | 65054010874 | VASELINA SOLIDA PURA ESTERILIZADA BISNAGA 30G | UND |
| 73 | 65202907974 | VERNIZ COM FLUOR COMPOSTO POR 50MG DE FLUORETO DE SODIO CORRESPONDENDO A 22,6MG DE FLUOR, SUSPENSO EM SOLUCAO ALCOOLICADERESINAS NATURAIS. ACONDICIONADO EM TUBO COM NO MINIMO 30ML. | UND |