

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

RENATA RANGEL SILVA DE ALBUQUERQUE

**CONTRIBUIÇÕES PARA A DISCUSSÃO SOBRE A
FORMAÇÃO DO ODONTÓLOGO A PARTIR DA
INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF**

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO 2004

RENATA RANGEL SILVA DE ALBUQUERQUE

**CONTRIBUIÇÕES PARA A DISCUSSÃO SOBRE A
FORMAÇÃO DO ODONTÓLOGO A PARTIR DA
INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado em Saúde Pública - Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ.

Orientadora:

Dr^a. Elizabeth Artmann

RIO DE JANEIRO
SETEMBRO 2004

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

A345c Albuquerque, Renata Rangel Silva de
Contribuições para a discussão sobre a formação do
odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF. /
Renata Rangel Silva de Albuquerque. Rio de Janeiro :
s.n., 2004.
114p.

Orientador: Artmann, Elizabeth
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Nacional de Saúde Pública.

1.Educação em saúde. 2.Prestação de cuidados de
saúde. 3.Saúde bucal. 4.Programa Saúde da Família.

I.Título.

CDD - 20.ed. – 617.601

RENATA RANGEL SILVA DE ALBUQUERQUE

**CONTRIBUIÇÕES PARA A DISCUSSÃO SOBRE A
FORMAÇÃO DO ODONTÓLOGO A PARTIR DA
INSERÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PSF**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado em Saúde Pública - Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ.

BANCA EXAMIDORA:

Orientadora
Elizabeth Artmann – DAPS/ENSP

Maria de Fátima Lobato – DAPS/ENSP

Ruben de Araújo Mattos – IMS/UERJ

DEDICATÓRIA

*Aos que acreditam no amanhã...
Aos que acreditam nos sonhos...
Aos que acreditam na vida...
Aos que acreditam na força de um sorriso...
Aos que ainda acreditam no ser humano...
E especialmente, aos que acreditaram em mim.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer, eis uma tarefa difícil a esta altura quando os pensamentos já estão tão embaralhados. Será quase impossível lembrar de todos que de algum modo me apoiaram, torceram, sofreram e me acompanharam.

Utilizarei o critério alfabético, penso que é o mais justo, já que cada um a seu modo foi muito importante em seu momento.

A minha querida amiga e irmã, **ALINE**, obrigada pelo incentivo, pela inspiração, pela alegria, pela cadeira. Viu menina, você foi a primeira!

Aos **AMIGOS** que me acompanharam e a todos que ganhei nesta jornada, obrigada pela amizade e pelo companheirismo.

CLARA & “DANIS” valeu pelo apoio na reta final!

Agradeço a **DEUS** pela vida, pelo amor, pela esperança: **TUDO POSSO NAQUELE QUE ME FORTALECE!**

Ao meu pai e colega **ELI**, obrigada por eu existir, e perdoe as implicâncias. Obrigada pela “bolsa” sem a qual eu não poderia ter seguido adiante por muito tempo.

A minha orientadora, **ELIZABETH ARTMANN**, agradeço pela paciência e compreensão.

FAMÍLIA, obrigada por compreender a ausência.

Mãe **GLÓRIA**, nós chegamos até aqui, né? Talvez estes últimos anos tenham sido os mais difíceis, mas estamos vencendo.

Ao meu agora marido (e também digitador e transcritor na hora do sufoco),

ITANIEL, obrigada por tanto amor, apoio, cumplicidade, paciência...

Aos **PROFESSORES** Fafá e Ruben Mattos que aceitaram participar da banca com tão pouca antecedência, obrigada pela prontidão.

Ao meu irmão **RAFAEL**, que mesmo longe sempre torceu por mim, muito obrigada pelo apoio e pelo carro!

E finalmente, a **TODOS** que estiveram ao meu lado. Perdoe-me se por um lapso de memória, eu tiver esquecido o seu nome nestas linhas mal traçadas.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CES	Conselho de Ensino Superior
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNE	Conselho Nacional de Educação
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FDI	Dental International Federation
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAB	Piso da atenção básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UNICEF	United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

4

Sumário

6

Lista de quadros

8

Lista de figuras

9

Anexos

10

Resumo

11

Abstract

12

Introdução

13

Capítulo 1

A pesquisa: delimitação do objeto e estratégias metodológicas _____ 18

1.1. A investigação do objeto _____ 20

1.2. A análise dos dados: _____ 22

1.3. Aspectos éticos: _____ 23

Capítulo 2

O Programa de Saúde da Família _____ 24

2.1. A reorganização do modelo assistencial: o Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica	34
2.2. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família	39

Capítulo 3

<i>A abordagem contemporânea do processo saúde-doença e a necessidade de mudança da prática profissional</i>	46
3.1. O conceito ampliado de saúde e a promoção de saúde	51
3.2. A formação profissional em saúde: o caso da Odontologia	60
3.2.1. <i>A formação em Odontologia</i>	66

Capítulo 4

<i>Discussão & conclusões</i>	74
4.1. Adequação do perfil profissional ao PSF	76
4.2. O conceito ampliado de saúde e a estratégia da saúde da família	89
4.3 Tendências do cuidado em saúde bucal	95

Capítulo 5

<i>Considerações finais</i>	99
------------------------------------	-----------

Referências

	103
--	------------

Anexos

	109
--	------------

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1: A regulamentação do Sistema Único de Saúde</i>	26
<i>Quadro 2: Momentos relevantes na história do PSF no Brasil</i>	32
<i>Quadro 3: Relação de ESB por ESF</i>	44
<i>Quadro 4: Incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal</i>	45
<i>Quadro 5: Idades-índice e grupos etários – OMS</i>	56
<i>Quadro 6: Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SBBrazil.</i>	57
<i>Quadro 6: Matriz de análise</i>	74

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1: Logo – Brasil Sorridente</i>	95
<i>Figura 2: Manual Brasil Sorridente</i>	95

ANEXOS

<i>Anexo 1 – Roteiro de entrevista: Associação Brasileira de Ensino Odontológico e Conselho Regional de Odontologia/RJ</i>	<i>109</i>
<i>Anexo 2 – Roteiro de entrevista: Coordenação de Saúde Bucal / MS</i>	<i>110</i>
<i>Anexo 3 – Roteiro de entrevista: Coordenação de Saúde Bucal / SMS – RJ</i>	<i>111</i>
<i>Anexo 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido</i>	<i>112</i>
<i>Anexo 5 – Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação</i>	<i>114</i>

RESUMO

Este trabalho objetivou discutir a formação do profissional de Odontologia, a partir dos desafios de sua inserção no Programa de Saúde da Família (PSF). A escolha do tema foi motivada pela constatação do grave quadro de exclusão social em relação à saúde bucal brasileira. A partir da revisão da literatura, da análise documental e das entrevistas semi-estruturadas, buscou-se discutir as concepções contemporâneas do processo saúde-doença e suas implicações para Odontologia, levantar o estado da arte da discussão de formação em Odontologia, discutir o perfil do profissional de Odontologia adequado à realidade brasileira. Finalmente, a partir da sistematização destes dados, procuramos identificar tendências do cuidado em saúde bucal. Foi constatada a necessidade de mudança do modelo de formação para a construção de um perfil que contemple os desafios impostos pela realidade brasileira e não somente pelo PSF. Contudo, essa construção só será factível a partir da mudança de paradigma da profissão, que se complexifica, na medida em que gera desconforto, desconfiança, reações conservadoras e concorrem com interesses políticos, econômicos e de elites que, certamente, não estão preocupadas com a grande parcela da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo assistencial de atenção em saúde bucal, centrado na doença e com base na demanda espontânea, deve evoluir para um modelo de atenção integral à saúde onde as ações de promoção, de proteção, e de recuperação sejam incorporadas progressivamente, buscando a melhoria da qualidade de vida. Esta mudança vem sendo fortalecida pela Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, que consolida o PSF como reorientador da atenção básica e gera empregos para o setor, fazendo surgir um novo mercado de trabalho. A reorientação do modelo assistencial se apresenta como uma possibilidade para que a Odontologia ocupe, enfim, o seu lugar enquanto profissão de saúde.

Palavras – chave: educação em saúde, modelo de atenção em saúde bucal, programa de saúde da família, saúde bucal.

ABSTRACT

This study aimed at discussing the Dentistry professional education having as a starting point the challenges derived from his/her insertion in the “Programa de Saúde da Família - PSF” (Family Health Care Program). The theme choice was motivated by the observation of the serious social exclusion regarding Brazilian oral health. From literature review, documental analysis and semi-structured interviews, we intended to discuss about the contemporary conceptions of the process health-disease and its implications to Dentistry, to raise the state of art of the discussion about the Dentistry education, to discuss the adequate Dentistry professional profile to the Brazilian reality and, finally, from a systematisation of the datum, we tried to identify tendencies of oral health care. A change in the educational model was observed as necessary in order to design a profile which satisfies the challenges imposed by the Brazilian reality and not only by the PSF. This design, nevertheless, will only be possible from the change in the profession’s paradigm, which gets complex, as it creates discomfort, suspicion, conservative reaction, and competes with political and economical interests, as well as with interests from the elites which, certainly, are not concerned about the great part of the population that uses the “SUS – Sistema Único de Saúde” (Brazilian Health Care System). The assistance model of attention in oral health, centered in the disease and based on the spontaneous demand, must develop to a model of integrality assistance to health where the actions of promotion, protection and recovery are progressively incorporated, in search of an improvement in the quality of life. This change has been being fortified by the “Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente” (National Policy of Oral Health), which consolidates the PSF as the responsible for the reorientation of the basic attention and creates job opportunities for the area, creating a new job market. The reorientation of the assistance model appears to be a possibility for Dentistry to occupy, at last, its place as a health profession.

Key words: family health care program, health education, oral health, oral health care model.

INTRODUÇÃO

*Porque você não olha pra mim
Oh, oh
Me diz o que é que eu tenho de mal
Oh, oh
Porque você não olha pra mim
Por trás “**desse dente**”
Também bate um coração.*

Paralamas do Sucesso (adaptado)

No ano de 2000 (ano do término de nossa graduação), a saúde bucal era inserida no Programa de Saúde da Família (PSF). Muitos de nós desconhecíamos este fato e os desafios que ele representava como muitos dentistas ainda o desconhecem. Foi preciso um mergulho na história e nos movimentos da saúde pública para iluminar esta trajetória recente da própria Odontologia

O Programa de Saúde da Família (PSF) se apresenta como estratégia de mudança do modelo assistencial, fortalecendo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. Em dezembro de 2000 foi anunciada, oficialmente, a inclusão da saúde bucal dentro da programação do PSF, cuja primeira definição operacional foi concretizada pela portaria 1.444, de 28 de dezembro.

A inclusão da saúde bucal no PSF se deu a partir da divulgação dos resultados da Pesquisa Suplementar Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD / IBGE 1998, onde se constatou que 29,6 milhões de pessoas (um quinto ou 18,7% da população brasileira) nunca havia consultado um dentista, revelando um grave quadro de exclusão no acesso aos serviços odontológicos em todo o país. O Ministério da Saúde (MS) incluiu a Odontologia no PSF objetivando a ampliação do acesso da população

brasileira às ações em saúde bucal, a melhoria os índices epidemiológicos e incentivar a reorganização da saúde bucal na atenção básica.

Tradicionalmente, as ações coletivas em saúde bucal privilegiavam crianças em idade escolar, algumas vezes, atendendo às gestantes, outras vezes, oferecendo às demais faixas etárias acesso apenas aos serviços de urgência e emergência (Lucas, 1995).

As conseqüências deste modelo de atenção podem ser observadas nas pesquisas divulgadas neste ano. Uma delas foi realizada em 2003, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e ouviu 5 mil pessoas com mais de 18 anos. Foi demonstrado que 24,5 milhões de adultos (ou 14,4% dos brasileiros) não têm nenhum dente. Outro dado mostra que o percentual de desdentados é maior entre os mais pobres 17,5% contra 5,9% entre os mais ricos (CFO, 2004b).

A outra pesquisa foi desenvolvida com base no Plano Nacional de Amostragem – levantamento epidemiológico iniciado há três anos pelo Ministério da Saúde: Resultados Principais do Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003. A pesquisa verificou que 45% da população brasileira não têm acesso à escova de dente. Entre os adultos, menos de 22% têm gengiva sadia e 3 em cada 4 brasileiros que chegaram à terceira idade não possuem nenhum dente funcional. (CFO, 2004a; CFO, 2004b).

A formulação da proposta de inserção de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família representou a iniciativa de tornar as ações em saúde bucal um direito a todos os cidadãos brasileiros, legitimando os princípios constitucionais do SUS (Lucas, 1995).

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família aponta para uma série de questões: as perspectivas de mercado de trabalho para o profissional de saúde bucal; as questões trabalhistas que envolvem a contratação destes profissionais; a política

de saúde bucal; uma revisão das técnicas de promoção e prevenção em saúde bucal, ainda enraizadas no modelo tradicional; a compreensão dos processos sociais comunitários, do território, da constituição das famílias e das ferramentas apropriadas à abordagem de cada uma destas questões e uma revisão das ações clínicas em Odontologia, ainda profundamente marcada por exodontias e pela mutilação (Guimarães & Badeia, 1996).

Para justificar nosso estudo tomemos a fala de Deslandes (2003:42) que nos diz que *“a forma de justificar em pesquisa que produz maior impacto é aquela que articula a relevância intelectual e prática do problema investigando a experiência do investigador”*.

Foi justamente esta experiência ou talvez “a ausência dela” que nos trouxeram até aqui. A inadequação do modelo tradicional de formação às atuais necessidades sociais e, conseqüentemente, o desafio de transpor a barreira “teoria x prática”, movimento que se expressa nos trabalhos de inúmeros pesquisadores e na nova lei de diretrizes curriculares a fim de dar conta da realidade deste país que nos motivaram a escolher este tema.

Acreditamos que a formação de profissionais de saúde representa um dos grandes desafios para a consolidação do SUS em nosso país. Para este estudo fizemos um recorte da formação profissional relacionada à Odontologia em virtude dos desafios colocados a esta profissão, a partir da inserção da saúde bucal no PSF.

“As pessoas que estão de fora não fazem idéia do volume de necessidade que as comunidades enfrentam. Nossas faculdades deveriam estar mais direcionadas para o atendimento público, não apenas para os consultórios. As universidades precisam mostrar o perfil epidemiológico daquela região e, principalmente, como funciona o atendimento do SUS” (CFO, 2004c).

Focalizamos nossa atenção para a Equipe de Saúde Bucal, entendendo-a como um dos braços da operacionalização da proposta de mudança do modelo assistencial, a partir

do Programa Saúde da Família visando, assim, a contribuir, para o debate de como vem se dando a proposta de formação de profissionais de saúde para o PSF.

“Além de resgatar uma dívida histórica, o avanço da Saúde Bucal tem feito os governos se depararem com um desafio de iguais proporções: a capacitação. Desde que foram incluídas no PSF, pela portaria ministerial 1.444 de 28/12/2000, as equipes de Saúde Bucal têm precisado superar uma crônica falta de preparo de seus recém-formados para atuar em saúde pública” (CFO, 2004d).

Contudo, reconhecemos que a mudança na formação profissional isoladamente não é capaz de produzir a mudança desejada. São necessárias mudanças efetivas nas políticas de saúde bucal, na melhoria do acesso, no investimento em infra-estrutura e em tantos outros aspectos que não estão englobados nesta pesquisa.

Esta pesquisa está organizada em cinco capítulos. Primeiramente, delimitamos o objeto desta pesquisa que está relacionado ao Programa de Saúde da Família e à formação em Odontologia. Além disto, descrevemos as estratégias metodológicas utilizadas.

No segundo capítulo, contextualizamos o Programa de Saúde da Família, bem como a inserção das equipes de saúde bucal nesta estratégia de reorientação da atenção básica.

A abordagem contemporânea do processo saúde – doença e a necessidade de mudança da prática profissional são abordadas no terceiro capítulo. Neste capítulo, também abordamos a formação em Odontologia e a mudança do perfil profissional.

O quarto capítulo destina-se à exposição dos resultados e sua discussão. Discute-se a adequação do perfil profissional ao PSF a partir do perfil do odontólogo e do modelo de formação. Abordamos também o conceito ampliado de saúde e a estratégia de saúde da família. A análise dos dados sistematiza as perspectivas futuras para a Odontologia.

Finalmente, o quinto e último capítulo tece as considerações finais, partindo-se de uma reflexão acerca dos principais achados do estudo. Discute-se a formação profissional no contexto estudado, localizando seus principais entraves e desafios. As recomendações consideram a necessidade de integração dos diversos campos da saúde para a consolidação de um novo modelo de assistência

Capítulo 1

A PESQUISA: DELIMITAÇÃO DO OBJETO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

*Caminhante, são teus rastros
o caminho, e nada mais;
caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar.
Ao andar faz-se o caminho,
e ao olhar-se para trás
vê-se a senda que jamais
se há de voltar a pisar.
Caminhante, não há caminho,
somente sulcos no mar.*

Antônio Machado

O poema de Antônio Machado que prefacia este capítulo nos lembra que o caminho a ser trilhado ainda não está pronto, ele se faz ao caminhar. O mesmo se repete quando começamos uma pesquisa, que é de fato, uma viagem em busca do conhecimento. “... *Existem múltiplos caminhos, existem múltiplos pontos de chegada. (...) Geralmente, quando se inicia a viagem, não se sabe com exatidão aonde se chegar*” (Tobar & Yalour, 2001:19).

Para a realização dessa pesquisa tomamos como objeto a questão do Programa de Saúde da Família e a formação em Odontologia e partimos do pressuposto de que a inclusão da saúde bucal no PSF traz muitos desafios para os profissionais, exigindo muitas vezes uma adequação do perfil do profissional para que ele possa oferecer respostas eficazes às necessidades de saúde bucal da população e assim contribuir para melhoria das condições de vida. Em resumo:

- O perfil do profissional de Odontologia ainda não se encontra adequado às necessidades de saúde bucal da população brasileira.
- O PSF representa uma das formas de atender a melhoria da qualidade de vida.
- Acredita-se na importância de intervir na formação do profissional a partir das instituições formadoras, buscando adequar este perfil.

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em discutir a formação do profissional de Odontologia a partir dos desafios de sua inserção no PSF. Os objetivos específicos são:

- Discutir as concepções contemporâneas do processo saúde-doença e suas implicações para Odontologia.
- Sistematizar a discussão atual relacionada à formação em Odontologia.
- Problematizar o perfil do profissional de Odontologia, adequado aos desafios do PSF na realidade brasileira.
- Identificar algumas perspectivas do cuidado em saúde bucal no Brasil.

1.1. A investigação do objeto

A pesquisa se iniciou com a contextualização do objeto a partir da análise bibliográfica existente relacionada ao Programa de Saúde da Família e a Inserção da Saúde bucal nesta estratégia.

Neto (2003) afirma que essa forma de investigação é indispensável para a pesquisa básica e permite a articulação de conceitos e a sistematização da produção de uma determinada área do conhecimento. Em seguida, trabalhamos os objetivos da pesquisa.

O primeiro objetivo específico deste trabalho está relacionado às implicações para a Odontologia das concepções contemporâneas do processo saúde-doença. O conceito ampliado de saúde está em consonância com o novo paradigma de promoção de saúde, em que as ações de atenção à saúde primam pela busca da qualidade de vida, levando à necessidade de mudança no modelo odontológico vigente. Para este objetivo, fizemos uma revisão bibliográfica e procuramos delinear as principais características do conceito ampliado de saúde e da promoção de saúde.

A partir deste passo, analisamos a forma como as necessidades de saúde bucal da população brasileira estão sendo atendidas e de que forma este conceito está incorporado à formação e à prática odontológica. Em seguida, fizemos um levantamento e sistematização da discussão sobre formação em Odontologia e tentamos problematizar as novas formulações de ensino e alguns desafios apresentados pela estratégia do PSF em relação aos profissionais de Odontologia, que constituem o segundo e o terceiro objetivos específicos deste estudo. Utilizamos nesta fase da pesquisa as seguintes estratégias:

- Revisão de literatura;
- Análise de documentos (oficiais – legislações específicas, portarias – e imprensa);

- Informação dos atores: entrevista semi-estruturada com um informante chave (privilegiado), onde o entrevistado dá a informação relativa ao grupo de que ele faz parte (Anexos 1 – 3).

Para a escolha dos atores utilizamos o critério do informante privilegiado, que foram escolhidos com base em sua vinculação com o problema estudado nesta pesquisa (Deslandes, 2003). Em função disto escolhemos a ABENO (Associação Brasileiro de Ensino Odontológico), CRO (Conselho Regional de Odontologia) – RJ, Ministério da Saúde / Coordenação de Saúde Bucal e SMS (Secretaria Municipal de Saúde) – RJ / Coordenação de Saúde Bucal. Este recorte se deu em função de limite pessoal e de tempo da pesquisadora. O Rio de Janeiro foi escolhido em função da localização da pesquisadora, e por ter equipes de saúde bucal no PSF, embora em fase de implantação.

Os contatos foram feitos por telefone e por e-mail. No caso da ABENO, fizemos contato com dois informantes. Ambos enviaram o consentimento livre e esclarecido, mas apenas um enviou as respostas do Questionário.

A Coordenação de Saúde Bucal nacional (área técnica) não respondeu a nenhum dos e-mails. Desta forma, utilizaremos como base para as nossas análises o documento: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b).

“Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas, foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo

de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais” (Brasil, 2004b).

Consideramos que a análise dos dados ficou limitada pela impossibilidade de comparação de documentos de diferentes formas:

- Entrevistas, onde as falas são mais livres e menos sistematizadas;
- Entrevista por e-mail, trouxe uma certa defasagem na análise;
- Documentos da política, mais elaborados do ponto de vista da escolha dos termos e da seqüência de argumentos.

a. A análise dos dados:

Nesta pesquisa, as categorias de análise foram construídas para uma leitura e um agrupamento superficial dos textos, para que a sistematização pudesse ser facilitada. Elas foram estabelecidas com base nos pressupostos e reformuladas com o subsídio do material coletado através da análise documental (Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Odontologia, Portarias relativas ao PSF, Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal) e das entrevistas. Ressaltamos que o trabalho com diferentes formas de discursos dificultou enormemente uma análise mais aprofundada do debate em curso.

a categorização foi utilizada apenas para Elas foram estabelecidas com base n

- ✓ Adequação do perfil do profissional às necessidades de saúde bucal da população brasileira.
- ✓ O conceito ampliado de saúde e a estratégia de saúde da família.
- ✓ Perspectivas no cuidado em saúde bucal.

b. Aspectos éticos:

Quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, vale esclarecer que aos entrevistados foi facultada a escolha de participar ou não da pesquisa. Uma cópia de consentimento livre e esclarecido foi entregue a cada um dos entrevistados (Anexo 4).

A pesquisa estava de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/ FIOCRUZ e Resolução 196/96 do CNS. Foi obtido parecer favorável à realização do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sob o número 26/04.

Capítulo 2

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Família, família
Vovô, vovó, sobrinha
Família, família
Janta junto todo dia,
Nunca perde essa mania
Mas quando o nenê fica doente
Procura uma farmácia de plantão
O choro do nenê estridente
Assim não dá pra ver televisão*

Titãs

As três últimas décadas vêm testemunhando mudanças fundamentais no campo da saúde em nosso país. A crise econômica e o processo de democratização, ocorridos nos anos 80, influenciaram positivamente o debate político na área da saúde, cujo reflexo foi percebido na Constituição Federal (CF) de 1988, permitindo mudanças objetivas no sistema e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. O novo modelo de sistema de saúde apresentava três características que o definiam: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a criação de novas formas de gestão (Almeida, 1999; Levcovitz et al., 2001; Viana & Dal Poz, 1998).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde se insere no capítulo da seguridade social. Os artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição Federal descrevem todo o sistema oficial de saúde do país. A seguridade social é criada mediante a incorporação da proposta do Movimento Sanitário e têm como objetivos: “*a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de*

participação do custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados” (Andrade, 2001:27 – 8).

Nesse contexto, a saúde passa a ser assumida (artigo 196) como direito fundamental do ser humano. Cabe ao Estado o dever de garanti-la provendo as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mediante redução do risco de doença e de outros agravos. O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, também fica garantido neste artigo. (Andrade, 2001; Brasil, 1988)

A constituição define ainda (artigo 197) que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e constitui o Sistema Único de Saúde (artigo 198), bem como estabelece as suas diretrizes:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III. Participação da comunidade”.*

A carta estabelece ainda, que a assistência à saúde é livre à participação iniciativa privada que poderá integrar o SUS em caráter complementar (artigo 199). As competências do SUS estão descritas no artigo 200, dentre as quais destacamos a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, que se relaciona a esta pesquisa (Brasil, 1988).

Por tudo isso, a Constituição Federal de 1988 pode ser considerada um avanço da prática cidadã e principalmente no campo da saúde, pois abole o caráter estritamente de contrato e o vínculo empregatício, até então vigente, que limitava a saúde ao campo assistencial (Lucas, 1995).

A implementação do SUS se dá em 1990, a partir da criação de duas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (NOB), como instrumentos de regulamentação do sistema. Segundo Andrade (2001), as Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 são consideradas Leis infraconstitucionais que disciplinam legalmente o cumprimento da proteção e defesa da saúde garantida pela constituição (Quadro 1).

Quadro 1: A regulamentação do Sistema Único de Saúde

Lei n.º 8.080	19/9/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Lei n.º 8.142	18/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Fonte: Elaboração própria.

A lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Institui ainda que todos os prestadores de serviços de saúde estão subordinados a esta lei. (Paim, 2003).

Essa legislação destaca os fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre eles: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990a).

Este conceito ampliado de saúde relaciona-se diretamente com a melhoria da qualidade de vida da população, tendo como patamar mínimo e universal a satisfação das necessidades humanas elementares (Minayo et al., 2000).

De acordo com Paim (2003) a promulgação da lei 8080/90 representa para a sociedade brasileira a conquista de uma legislação abrangente que além de especificar os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nas diversas esferas de governo, contribui também para o financiamento, planejamento, recursos humanos e relacionamento com o setor privado.

No entanto, a lei 8080/90 teve de ser complementada devido aos vetos recebidos do então chefe do poder executivo, o presidente Fernando Collor de Mello, tendo sido criada e em 28 de dezembro de 1990, a lei 8.142 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b; Carvalho et al 2001; Paim 2003).

O SUS possibilitou inúmeros avanços relacionados às mudanças estruturais que se materializaram nas ações descentralizadas e na universalização e integralidade da assistência. Apesar disto, o SUS *“ainda precisa completar seu estado de transição no sentido de, efetivamente, garantir a todo cidadão a oferta de serviços de saúde humanizados, eficazes e de qualidade”* (Piancastelli et al., 2000: 45).

Para diversos autores, a construção de um modelo que tem como princípios a equidade, a descentralização, a integralidade e a universalidade, num contexto, a partir da década de 90 onde se manifestam no país as idéias neoliberais com tendências racionalizadoras de contenção dos custos setoriais e reorientavam a organização do Estado, era uma contradição (Almeida, 1999; Mendes, 2001; Levcovitz et al., 2001).

De acordo com Viana e Dal Poz (1998) alguns problemas interferiram na operacionalização do SUS, entre eles: o financiamento das ações de saúde, a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual, municipal), as formas

de articulação público / privado no novo modelo de organização dos serviços, a resistência do antigo modelo, baseado na doença e em ações curativas individuais.

Mascarenhas & Almeida (2002) nos lembram que vários autores vêm analisando criticamente as características do modelo assistencial hegemônico¹. Este modelo está centrado na assistência médica, fragmentada e especializada e considera o hospital como seu local principal de ação e não se articula com outras práticas terapêuticas ou racionalidades não médicas.

Em outras palavras, o modo como têm sido enfrentados os problemas sanitários atuais não tem dado resposta à melhoria de saúde da população, possibilitando o ressurgimento de doenças até então erradicadas ou controladas o aparecimento de novas epidemias, a destruição ambiental, a deterioração das condições de vida de uma grande parcela de indivíduos e o desarranjo dos sistemas de saúde mundiais (Piancastelli et al., 2000).

As transformações demográficas e epidemiológicas são responsáveis segundo Cordeiro (2001:88), pelo desenho de “... *novos perfis de necessidades e de demandas das populações que aspiram à condições de equidade no acesso e na qualidade do atendimento. As pressões sociais aumentam de intensidade à medida que se complexifica o processo de urbanização do país, acompanhado de um sistema globalizado de difusão de novos estilos de vida, de novos bens simbólicos e materiais, de disseminação em nível planetário dos mais recentes avanços da ciência e da tecnologia*”.

Feuerwerker (2003:24) afirma que o campo da saúde vive um momento histórico

¹ “*Modelos assistenciais, modelos de atenção ou modos de intervenção em saúde são entendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Portanto, não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde*” (Paim, 2003:568).

de tensão que “... se revela pela incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a *saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas. Tendo em vista a transição epidemiológica, o desafio da equidade e a necessidade de contenção de custos, há necessidade de reorientação da atenção, ampliando a promoção e articulando-a com ações de cura e reabilitação, buscando a utilização mais racional da tecnologia e dos diferentes equipamentos de saúde*”.

Com isso, uma alternativa estruturante da organização do SUS que reorganizasse a atenção básica de saúde se fez necessária. O processo de reorientação da atenção básica se inicia a partir da segunda metade da década de 90. Com o fortalecimento da atenção básica à saúde passa a ter lugar de destaque entre os programas e investimentos do Ministério da Saúde. Especialmente dois programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) provocaram alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e nas formas de remuneração das ações, quanto na forma de organização dos serviços (Viana & Dal Poz, 1998).

A proposta do PSF consiste na superação do modelo assistencial (caracterizado como médico privatista² e hegemônico) com o objetivo de facilitar o acesso aos serviços de saúde e prestar um atendimento individualizado. A assistência se dá então, de forma mais acolhedora, que permite a criação de vínculos com a comunidade e estabelece uma responsabilidade de manutenção da saúde daquela clientela (Mascarenhas & Almeida 2002).

² Modelo assistencial médico privatista: Paim (2003) considera que está modelo predomina no Brasil, sendo o mais conhecido e privilegiado. Está centrado na demanda espontânea, é predominantemente curativo e tem a tendência de prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade. Além disso, não há comprometimento com o impacto da atenção sobre o nível de saúde da população.

A formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991 pelo Ministério da Saúde (MS) dá início à história do PSF. A família passou a ser enfocada como unidade de ação programática de saúde, e não somente o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família). A finalidade inicial do PACS foi a redução da mortalidade infantil e materna, porém, o MS percebeu que os agentes poderiam ser também peças importantes para a organização do serviço básico de saúde, tornando-se assim um braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde. A consolidação do PACS ocorre em março de 1994 com a inserção do seu mecanismo de financiamento no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS (Viana & Dal Poz, 1998).

Em dezembro de 1993, foi concebido o PSF, durante uma reunião em Brasília, sobre o tema Saúde da Família. Naquele momento, o UNICEF era o órgão que se mostrava mais interessado em apoiar programas de atenção básica. A Organização Pan Americana de Saúde – OPAS – restringia-se a apoiar o desenvolvimento de sistemas locais de saúde. A prioridade de implantação do programa foi determinada pelo Mapa da Fome do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e obedecia aos seguintes fatores: interesse da comunidade; necessidades locais de saúde; oferta de serviços; estudo da demanda; existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal (Viana & Dal Poz, 1998).

Inicialmente, o PSF caracterizava-se como um programa vertical da Fundação Nacional de Saúde, e era viabilizado através de convênios, com financiamento fechado e sem garantia de continuidade (Calado, 2003).

Com a finalidade de reorganizar e fortalecer a atenção básica, tornando-a mais resolutiva, e ainda de estabelecer vínculos de compromisso e responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, numa prática de saúde integral e participativa, o MS

apresenta em 1994 o Programa de Saúde da Família (Pinheiro & Mattos, 2001).

No ano de 1995, o programa foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Esta transferência significou um rompimento operado através de convênio. A partir dessa transferência, as discussões acerca da remuneração do PSF pela tabela de procedimentos do SIA-SUS (superando a forma convencional) se iniciaram. Em janeiro de 1996, a inclusão no SIA-SUS ocorreu e estabeleceu que a consulta do PSF fosse equivalente ao dobro da consulta do SUS (Viana & Dal Poz, 1998).

Destaca-se com isso, a intenção de que o PSF perdesse o caráter de programa e assumisse um papel reestruturante dos serviços passando a ser um instrumento de (re) organização e de (re) estruturação do SUS. Com isso, a atenção básica passou a ser peça fundamental nas mudanças propostas pela NOB-96 (Viana & Dal Poz, 1998).

Segundo Calado (2003:28) “... *configuravam-se no SUS dois modelos de assistência: o tradicional e o da família associado aos agentes, porém, com remuneração diferenciada para o segundo, de forma a pressionar sua expansão e adoção, de forma exclusiva, nas áreas de maior risco e junto às populações mais carentes*”.

As discussões para a mudança nos critérios de distribuição de recursos, com o objetivo de romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos – tabela SAI/SUS, se iniciaram a partir do PSF (Calado, 2003).

Entre o período de 1995/96, com a implementação já acelerada e em nível nacional desses novos programas, das novas práticas gerenciais e da emergência do processo de formulação da Norma Operacional Básica – NOB/96 tem início o processo de reforma incremental³ do SUS, acarretando a reforma da “reforma”. Com a NOB/96, o PSF se insere

³ Reforma incremental - se baseia em pequenos ajustamentos sucessivos (Viana & Dal Poz, M.R.; 1998).

na política nacional como um recurso estratégico para a mudança do modelo assistencial vigente (Mascarenhas & Almeida, 2002; Viana & Dal Poz, 1998).

O PSF colaborou para o estabelecimento de alianças na política de saúde entre gestores locais, técnicos externos à área da saúde e associações da comunidade. Esta nova tríade, segundo os autores, foi suficiente para neutralizar os opositores da estratégia. O PSF pode ser considerado também como um instrumento de mudanças nas formas e desenho de operação das políticas sociais: novas modalidades de gestão e novos tipos de parceria público / privado (Viana & Dal Poz, 1998).

O quadro que se segue apresenta a sistematização da história do PSF no país. O mesmo foi elaborado pelo MS em comemoração aos 10 anos do PSF no Brasil e foi divulgado no Informe da Atenção Básica 21 (Brasil, 2004c).

Quadro 2: Momentos relevantes na história do PSF no Brasil

Final de 80	Início da experiência de agentes comunitários de saúde pelo ministério da saúde (MS).
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: “Avaliação Qualitativa do PACS”. Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”. Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do SIA/SUS.
1996	NOB 01/96 – Definição de novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. Primeiro número do “Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo”.
1997	Reforsus – Implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”. Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, importante respaldo organizacional para o PSF. Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	Realização do 1.º Pacto da Atenção Básica. Segundo grande evento: “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – construindo um novo modelo”. Lançamento do 1.º número da “Revista Brasileira de Saúde da Família”. Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”. Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

2000	Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família. Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.
2001	Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica. Terceiro evento: “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica / Saúde da Família”. Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF). Incorporação das ações de saúde bucal no PSF. Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2002	Quarto evento: “PSF – A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”. Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF). Publicação dos Indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Fonte: Brasil, 2004c. Informe da Atenção Básica 21: dez anos de saúde da família no Brasil.

Após este breve histórico do Programa de Saúde da Família, faz-se necessário analisar de que forma o mesmo se insere na lógica de reorganização do modelo assistencial. Este é o assunto de que trataremos a seguir.

2.1. A reorganização do modelo assistencial: o Programa de Saúde da Família e a Atenção Básica

A reorganização da lógica assistencial do SUS, a partir da atenção básica, difere da atenção primária centrada na assistência de baixo custo, simplificada e com o número reduzido de equipamentos (Medina et al., 2000). A atenção básica funciona, ou deveria funcionar, neste contexto, como porta de entrada do sistema. Todavia, restringi-la a uma via de acesso ao sistema é como negar ou, ainda, deixar de perceber a complexidade que encerra (Marcier, 2002).

A atenção básica é, pois, segundo os autores citados, não apenas a entrada de um complexo sistema, estruturado em diferentes níveis (organizados segundo o grau de complexidade do serviço oferecido e que se comunicam entre si através de mecanismos de referência e contra-referência). Ela é quem incorpora uma perspectiva mais ampla que abrange, além do tratamento da doença, as próprias condições de vida do sujeito e o contexto social de manifestação da doença, extrapolando a intervenção curativa individual (Marcier, 2002; Medina et al., 2000).

“(...) A atenção primária como o primeiro nível do sistema de saúde – contraditoriamente, o de menor densidade e de maior complexidade tecnológicas – alicerça-se na possibilidade de satisfazer os problemas de saúde de dada população, organizando os níveis de atenção de forma a minimizar os custos econômico e social da satisfação do conjunto de suas necessidades com base, contudo, numa clara estratégia de operacionalização da atenção primária de saúde” (Mendes, 1999:272).

Nesse sentido, o conceito de atenção básica engloba demandas sanitárias e demandas relacionadas às ações clínicas. As demandas sanitárias seriam: “... o saneamento

*do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde...”. As demandas relacionadas às ações clínicas podem ser demandas de vigilância epidemiológica e demandas tipicamente clínicas. As primeiras estão relacionadas à: “... prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico...” e as demandas tipicamente clínicas se relacionam à “... prevenção ou recuperação de quadros muito frequentes e apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas que exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas” (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996 *apud* Medina et al., 2000:17).*

O PSF representa a atenção primária (básica) dentro do sistema, reafirma e incorpora os pressupostos básicos do SUS referentes aos princípios básicos do SUS de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular (Souza et al., 2000; Pinheiro & Mattos, 2001).

Algumas medidas e iniciativas do Ministério da Saúde para o fortalecimento e reorganização da atenção básica de acordo com os princípios e diretrizes do SUS merecem destaque (Souza et al., 2000):

- Implantação do piso da atenção básica (PAB)⁴;
- Implantação dos incentivos financeiros – componente variável do PAB;
- Manual da organização da atenção básica;
- Pacto para acompanhamento dos indicadores da atenção básica;

⁴ PAB: Piso da Atenção Básica - o Piso de Atenção Básica (PAB) prevê remuneração per capita para que os municípios desenvolvam ações básicas de saúde. A parte fixa do PAB varia de 10,00 a R\$ 18,00 por habitante/ano (Viana, A L. D. & Dal Poz, M.R.; 1998).

- Pólos de capacitação, formação e educação permanente dos profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família;
- Plano estratégico para o desenvolvimento do PSF no Brasil;
- Mostra Nacional de Saúde da Família e,
- Criação do Departamento de Atenção Básica – DAB.

O Ministério da saúde considera que a atenção no PSF “... *está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas*” (Brasil, 2001b:5).

Segundo Souza et al. (2000), a estratégia de saúde da família se torna possível devido a algumas características estabelecidas a partir da noção de território geográfico:

- A unidade básica de saúde da família é responsável por um território onde vive um determinado número de famílias, que será cadastrado pela equipe de saúde da família.
- A partir do cadastramento é possível um diagnóstico inicial de saúde daquela comunidade, que deve ser feito pela equipe com o apoio da comunidade e das lideranças locais.
- As informações fornecidas pelo cadastramento e pelo diagnóstico de saúde possibilitam que a equipe identifique quais pessoas ou famílias necessitam de uma atenção especial que pode se dar em função de um desequilíbrio já instalado ou por estarem submetidas a um maior risco de adoecer ou morrer.
- A partir desta identificação a equipe terá como priorizar as ações programáticas requeridas para o enfrentamento dos problemas.

- A estratégia possibilita ainda a criação de um espaço privilegiado para se trabalhar com a incorporação de hábitos saudáveis, potencializando o enfoque da promoção em todo o processo de atenção à saúde, o que se dá através do estabelecimento do vínculo entre o indivíduo e a equipe.
- O trabalho que a equipe realiza permite a identificação de problemas cuja resolução requer ações que ultrapassem o setor saúde, potencializando as parcerias e articulações intersetoriais.

A estratégia de saúde da família está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e reabilitação de agravos, através de sua equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população que varia de 2400 a 4500 pessoas e é formada por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde – ACS (Brasil, 2001a).

A equipe de saúde da família trabalha no formato de dedicação integral à saúde da comunidade, consolidando o vínculo com o usuário, conhecendo sua residência, os membros de sua família, sua história de vida, saúde e doença. O objetivo é manter uma maior integração com o indivíduo e sua família, fundamento essencial do PSF. A equipe que constrói ações ativas, ou seja, busca os usuários ao invés de esperá-los chegar ao serviço de saúde, possibilita a criação do vínculo afetivo entre as pessoas e a equipe. Na necessidade de encaminhamento dos pacientes para os especialistas ou hospitais, a equipe de saúde da família continua responsável pelo acompanhamento das pessoas estreitando, ainda mais, tais vínculos afetivos (Brasil, 2001a).

Finalmente, o PSF tem além dos princípios básicos que caracterizam o SUS, alguns princípios centrais:

- Desenvolvimento de um novo processo de trabalho nos cuidados à saúde;

- Envolvimento de profissionais que compõem a equipe de saúde da família e agregamento progressivo de outros profissionais / equipe multiprofissional;
- Adscrição de famílias vinculadas à unidade de saúde; promoção de atendimento por médico de família com capacidade de resolver de 80 – 90% dos problemas de saúde;
- Atenção integral à saúde dos indivíduos e das famílias e articulação do atendimento com a rede de serviços de saúde / referência e contra – referência (Cordeiro, 2000).

“Enfim, cremos que o norte da Saúde da Família deva ser dado pelos referenciais éticos da justiça, da solidariedade e da busca da equidade, compreendendo-se esta como tratamento de cada pessoa humana, segundo suas necessidades de saúde e procurando diminuir as desigualdades existentes em nosso país” (Fontes & Martins, 2000).

2.2. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família

Os primeiros anos deste novo século têm-se mostrado bastante positivos para as políticas de saúde bucal. As mudanças têm acontecido de forma bastante rápida, com isso sabemos que não conseguiremos abordar todas estas questões nesta pesquisa, nem é este nosso objetivo. Iniciaremos este item, apresentando um breve histórico do que têm ocorrido no cenário das políticas nacionais de saúde bucal, no período que se inicia com a sua inserção no PSF.

Em dezembro de 2000 a Odontologia era inserida no PSF através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Segundo, Calado (2003) alguns municípios brasileiros já trabalhavam com a saúde bucal antes da publicação da portaria ministerial; entretanto, pouco se sabia em relação aos números e ao perfil do profissional, bem como, as atividades desenvolvidas pelos mesmos no PSF.

A decisão de reorientar as práticas de intervenção em saúde bucal a partir de sua inclusão na estratégia de saúde da família foi impulsionada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas (Brasil, 2001b; Brasil, 2000).

Considerando a necessidade de regulamentação da portaria nº. 1.444/GM, o Ministério da Saúde publicou em março de 2001 a Portaria 267 que aprovava as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família que integram o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Além disto, esta portaria explicitava o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal,

compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB / SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (Brasil, 2001b).

O Ministério da Educação em fevereiro de 2002 publicou as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Odontológico. Estas diretrizes são de fundamental importância para a Odontologia, principalmente no que se refere a inserção do odontólogos no SUS, e em nosso caso específico na Estratégia do PSF. O documento estabelece que *“a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”* (Brasil, 2002a).

Em junho de 2003, o MS, considerando a necessidade de revisar as normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, publicou a Portaria nº. 673/GM de 3 de junho de 2003, que alterou a relação do número de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família.

No primeiro semestre do corrente ano, foram divulgados os Resultados Principais do Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 – 2003. Este projeto teve como objetivo geral: *“produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, através da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal”* (Brasil, 2004d:4).

No mesmo semestre, tivemos a divulgação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que *“... apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em*

todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais”. (Brasil, 2004b:3)

Além disso, tivemos várias conferências de saúde bucal acontecendo no âmbito municipal, e estadual que culminaram com a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, com o tema: acesso e qualidade superando a exclusão social, ocorrida em julho de 2004.

“A III Conferência Nacional de Saúde Bucal, encerrada no primeiro domingo de agosto, em Brasília, ratificou o valor de R\$ 1,4 bilhão – um milhão a mais do que vinha sendo divulgado – a ser aplicado em saúde bucal no país até 2006. Foi deliberado também que os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) passarão a ter acesso a alguns serviços aos quais não tinham direito, como os tratamentos especializados. O evento reuniu 1.300 delegados, entre profissionais de odontologia, professores e estudantes universitários da área, além de usuários e gestores do SUS” (CFO, 2004e).

Apesar dos avanços do SUS, a atenção básica em saúde bucal no Brasil tem se caracterizado pela insuficiência da oferta de procedimentos coletivos e preventivos e pela baixa cobertura de procedimentos curativos e de urgência. Estas barreiras se materializam na Odontologia quando verificamos que uma parcela importante da população brasileira não tem acesso aos serviços relacionados à saúde bucal. Segundo a PNAD setenta e sete por cento das crianças de 0 – 6 anos e 4% dos adultos entre 20 – 49 anos nunca havia consultado um dentista (Brasil, 1998; Barros & Bertoldi, 2002).

Segundo o estudo realizado por Barros & Bertoldi (2002:716), foram observadas grande desigualdades no acesso aos serviços odontológicos que apresentam uma tendência de redução com o aumento da faixa etária, o que é contrário à tendência global. Segundo os

autores, esta tendência pode ser explicada “... *pela diferença de financiamento no atendimento: enquanto nos grupos mais favorecidos uma idade maior propicia mais recursos para o pagamento do atendimento, no grupo mais pobre, esse avanço na idade acaba por reduzir a oportunidade de acesso ao sistema público*”.

Para Mojon & MacEntee (1994, apud Dharamsi & MacEntee, 2002), a atenção básica em saúde bucal não pode ser definida ou direcionada isoladamente da política vigente e da estrutura econômica da sociedade. Estes autores ressaltam que uma dieta saudável necessita de alimentação, a higiene pessoal demanda água limpa, enquanto que os tratamentos curativos demandam clínicos especializados e equipamentos e suprimentos de alto custo.

A inserção da saúde bucal no programa de saúde da família representa um grande desafio para uma profissão marcada pelo isolamento e pelo distanciamento da realidade social brasileira. Estes desafios ocorrem principalmente, pela desvalorização da saúde bucal em relação à outras áreas de saúde, pela cultura de que problemas bucais não são prioritários e pela ausência de políticas de saúde bucal eficientes. A mudança significativa no papel social da Odontologia só poderá ser almejada a partir de sua inclusão nas políticas de saúde. Segundo Hobdell & Sheiham (1981), somente quando a política de saúde bucal estiver integrada à política de saúde geral, envolvendo um conhecimento dos fatores econômicos pertinentes, sociais e culturais, ela poderá ter êxito.

Calado (2003) ressalta que houve uma explosão do número de municípios com equipes de saúde bucal, implantadas a partir da publicação da portaria nº. 1.444. Em 2002 havia 1526 municípios com 2731 equipes implantadas, cobrindo 10,93% da população brasileira. Hoje, as equipes de saúde bucal já somam 6751 e estão presentes em municípios totalizando 21,7 % da população brasileira coberta (Brasil, 2004e / Anexo 6).

O plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica aprovado pela Portaria 267/2001 tem por objetivos: a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, orientação das práticas de atenção à saúde bucal em consonância ao preconizado para o PSF, garantia de acesso progressivo das famílias cobertas pelo PSF às ações de promoção e prevenção em saúde bucal e também às de caráter curativo – restauradores em saúde bucal; capacitação, formação e educação permanente dos profissionais, e, finalmente, avaliação dos padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas (Brasil, 2001b).

As bases para reorientação das ações de saúde bucal também são estabelecidas nessa Portaria. Desta forma, a inclusão das ações de saúde bucal deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS, bem como, as seguintes características operacionais (Brasil, 2001b; Brasil, 2001c):

- I. Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;*
- II. Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;*
- III. Integralidade da assistência prestada à população adscrita;*
- IV. Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;*
- V. Definição da família como núcleo central de abordagem;*
- VI. Humanização do atendimento;*
- VII. Abordagem multiprofissional;*
- VIII. Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;*
- IX. Educação permanente dos profissionais;*

X. Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas”.

A equipe de saúde bucal deveria se incorporar à equipe de saúde da família, a partir de duas modalidades de inclusão com carga horária de quarenta (40) horas semanais. Inicialmente, a relação de equipes de saúde bucal para equipes de saúde da família era de um para dois, ou seja, para cada equipe de saúde bucal (ESB) a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família (ESF). Entretanto, em 2003, esta relação foi alterada pela Portaria n.º. 673/GM, passando, então a ser de 1 ESB para cada ESF / Quadro3 (Brasil, 2003b).

Quadro 3: Relação de ESB por ESF

PORTARIA	n.º. 1.444/GM	n.º. 673/GM
PUBLICAÇÃO	28/12/2000	03/06/ 2003
Número de habitantes por Equipe de saúde bucal	6.900	Poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica.
Relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família	1 ESB / 2 ESF implantada	
Para os municípios com menos de (seis mil e novecentos) habitantes	1 ESB com 1 ou 2 ESF implantadas	

Fonte: Elaboração própria com base nas portarias ministeriais n.º. 1.444 e n.º 673.

A inclusão das equipes de saúde bucal na estratégia do PSF contou com o incentivo financeiro do Ministério da Saúde. O incentivo para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família é criado a partir da portaria 1.444. No ano de 2003, o MS reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal, através da Portaria GM / MS 396, de 4 de abril de 2003. Estes incentivos são reafirmados pela Portaria n.º. 673/GM de 3 de junho de 2003, onde o MS atualiza e revê o

incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB (Brasil, 2000; Brasil, 2003a; Brasil, 2003b; Brasil, 2004f).

Em janeiro de 2004, os incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do PSF foram reajustados pela Portaria n.º 74/GM de 20 de janeiro de 2004, passando para R\$ 20.400,00 na modalidade I e para R\$ 26.400,00 na modalidade II / Quadro 4 (Brasil, 2004f).

Quadro 4: Incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal

PORTARIA	n.º 1.444	n.º 396	n.º 673	n.º 74
PUBLICAÇÃO	28/12/2000	04/04/ 2003	3/06/2003	20/01/2004
INCENTIVO FINANCEIRO	Custeio / Equipe / Ano			
MODALIDADE I Um cirurgião-dentista Um atendente de consultório dentário	R\$ 13.000,00	R\$ 15.600,00	R\$ 15.600,00	R\$ 20.400,00
MODALIDADE II Um cirurgião-dentista Um atendente de consultório dentário Um técnico de higiene dental	R\$ 16.000,00	R\$ 19.200,00	R\$ 19.200,00	R\$ 26.400,00

Fonte: Elaboração própria com base nas portarias ministeriais N.º 1.444, N.º 396, N.º 673 e N.º 74.

Finalmente, as mudanças necessárias ao setor saúde, não estão única e exclusivamente ligadas às propostas de reorganização da atenção e de um financiamento sustentável. As práticas profissionais precisam ser mudadas e alicerçadas em novas habilidades, atitudes e valores éticos. Constatamos que há uma busca mundial por um *“paradigma mais abrangente e explicativo que supere a concepção exclusivamente assistencial / individual / uniprofissional para o enfrentamento das questões relativas ao processo saúde – enfermidade”* (Piancastelli et al., 2000:45).

Capítulo 3

A ABORDAGEM CONTEMPORÂNEA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A NECESSIDADE DE MUDANÇA DA PRÁTICA PROFISSIONAL

*Somos nós que fazemos a vida,
como der, ou puder, ou quiser...
Sempre desejada,
por mais que esteja errada.
Ninguém quer a morte;
Só saúde e sorte.*

Gonzaguinha

A concepção do processo saúde-doença é considerada por Mendes (1999) como uma das categorias que exigem mudanças para que o sistema de saúde seja construído socialmente; as outras categorias se referem ao paradigma sanitário e à prática sanitária. Estas categorias se interinfluenciam, estão num dado momento e numa determinada sociedade. Estas categorias determinam a forma de estruturação da ordem governamental da cidade. As mudanças surgirão de forma concomitante e dialética. Este tipo de reforma se caracteriza como um processo de longa maturação porque as mudanças incidem nos planos: político, ideológico e cognitivo-tecnológico.

O significado do processo saúde-doença tem sido alterado de acordo com a época em que se insere e é dependente do entendimento que se tem do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. Por conseguinte, está vinculado às formas de como se organiza a sociedade e a inserção dos indivíduos em classes sociais. Este processo é inerente à vida e é condicionado pelos modos de vida, pelas condições de vida e pelos estilos de vida (Buss, 2002; Castellanos, 1998 apud Buss, 2002; Gutierrez & Oberdiek, 2001).

Souza e Oliveira afirmam que “... *como esta compreensão muda de uma cultura para outra e de um momento histórico para outro, as noções de saúde e de doença também mudam. Desta forma a conceituação do processo saúde-doença é condicionada pela capacidade intelectual do homem em cada contexto histórico e pelas condições concretas de existência*” (Souza & Oliveira, 1998:1).

Para Castellanos (1998 apud Buss, 2002:51) “... *a situação de saúde está estreitamente vinculada com a vida cotidiana de indivíduos e populações. A vida cotidiana é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam à situação de saúde; é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da saúde pública*”.

Fracolli e Bertolozzi (2001) destacam que a concepção de saúde-doença dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade, ou seja, a visão que se tem de saúde, doença, vida, orienta a prática cotidiana de assistência junto aos indivíduos e aos grupos sociais. Observamos que a conceituação do processo saúde-doença com base nos fatores biológicos e individuais, ainda é hegemônica e é responsável em grande parte pela geração de um modelo médico-clínico de política de saúde que é insuficiente para explicar os perfis epidemiológicos de diferentes países e classes sociais, como o quadro sanitário brasileiro.

A compreensão do processo saúde-doença tem evoluído, desde uma concepção negativa (de maior vínculo com a doença e com a morte) até aproximações mais positivas, vinculadas à qualidade de vida. Esta deve ser entendida “... *como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais*” (Mendes, 1999:235 / 237).

Na metade do século XIX o enfoque dado ao processo saúde-doença era monocausal e foi fundamentado pelo desenvolvimento da microbiologia. Para a ciência dominante, a microbiologia liberou a medicina dos determinantes econômicos, sociais e políticos, que em razão de sua complexidade, impediam o desenvolvimento científico. Nesta concepção, os agravos à saúde eram explicados pela relação agente / hospedeiro. Ou seja, para cada doença existia um agente etiológico que deveria ser identificado e combatido através de produtos químicos ou vacinas (Mendes, 1999; Gutierrez & Oberdiek, 2001).

Posteriormente, no início do século XX, a concepção monocausal passa a ser considerada insuficiente e ocorre o retorno às concepções multicausais. A multicausalidade, inicialmente, se incorpora na concepção ecológica, onde os agentes e os fatores determinantes individuais (idade, raça, sexo, renda) se relacionam com o hospedeiro em um determinado ambiente. Contudo, a lógica de enfrentamento dos problemas continua sendo a da teoria monocausal, sem que se recupere o conceito de causa social. Esta lógica é explicitada pela relação de causas e efeitos, com forte conotação médica, tanto preventiva como curativa. A saúde era entendida como ausência de doença e os serviços se organizavam com o objetivo de ofertar serviços curativos e preventivos acessíveis, em conformidade com a ideologia flexneriana⁵ (Mendes, 1999; Gutierrez & Oberdiek, 2001).

Nesta teoria, constatamos o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, levando a modelos explicativos restritivos, que reforçam respostas

⁵ O Relatório Flexner foi publicado em 1910, nos Estados Unidos. Caracterizou-se por uma “... concepção mecanicista, com redução da doença à dimensão biológica, levou a maior ênfase no processo curativo-reparador, o que gerou uma prática de alto custo, baixa cobertura, com pouco impacto epidemiológico e desigualdades no acesso” (Moysés, 2004:34).

unilaterais, marcados por uma visão clínica localizada no espaço da atenção aos indivíduos, limitadas na sua utilidade prática em relação ao desenvolvimento de ações integrais de saúde. Estas limitações se evidenciam com o desgaste da importância relativa das doenças transmissíveis, com a elevação da expectativa de vida e com o aumento das doenças crônico-degenerativas e de causas externas (Mendes, 1999).

Em resposta a estas limitações, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos começaram a ser questionados na metade dos anos 70, baseados em novas concepções do processo saúde – doença que articulam quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde (modelos de Blum, Denver e Lalonde), surgindo assim novas concepções que articulam saúde às condições de vida (Mendes, 1999; Buss, 2003).

“Como os sistemas de saúde estão submetidos permanentemente a forças expansivas (à medicalização, ao desenvolvimento tecnológico, à transição demográfica e à mudança do perfil nosológico), reage-se com mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. Malgrado a utilização de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados, os sistemas continuam ineficientes, ineficazes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública. Surgem, então, novas concepções do processo saúde – enfermidade – cuidado, mais globalizantes, que articulam saúde e condições de vida” (Buss, 2003:21).

A concepção ampliada do processo saúde-doença está contemplada na Constituição da Federal e na Lei 8080/90, que garante a o direito à saúde: *“a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* e consideram que *“a saúde tem*

como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Mendes, 1999:237).

Campos (2003:578) afirma que “... a atuação segundo as múltiplas e complexas determinações do processo saúde – doença insere-se nas formulações recentes, *agrupadas sob o conceito da promoção da saúde*”.

Para Buss (2003) a promoção de saúde surge como reação a medicalização da saúde, da sociedade e do interior do sistema de saúde. É considerada atualmente como uma estratégia promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam a humanidade. A estratégia parte de uma concepção ampliada do processo saúde – doença e de seus determinantes, propondo a articulação dos diversos saberes (técnicos e populares) e a mobilização dos recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos problemas (Buss, 2000).

É importante ressaltar que o discurso acerca da promoção de saúde não é consensual, mas não abordamos as diferentes visões neste estudo. Contudo, consideramos que a estratégia de promoção de saúde não pode se dar em detrimento das práticas curativas e sim, associada a elas.

3.1. o conceito ampliado de saúde e a promoção de saúde

A promoção da saúde se caracteriza modernamente a partir da constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. A saúde passa a ser entendida como sendo produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, o que inclui um padrão adequado de alimentação e nutrição, de saneamento e habitação; oferta de trabalho; oportunidades de educação (Buss, 2000).

O movimento moderno de promoção da saúde surge a partir do novo conceito de saúde divulgado no documento “A new perspective on the health of Canadians”, ou como também é conhecido Informe Lalonde, em maio de 1974, no Canadá (Buss, 2000; Buss, 2003).

O Informe Lalonde fundamenta-se no conceito de campo da saúde que reúne os determinantes da saúde. Como vimos anteriormente, este conceito se decompõe em quatro componentes, onde se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência (Buss, 2000).

A conclusão do documento foi que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde, bem como a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentravam-se na organização da assistência médica. Contudo, as principais causas das enfermidades e mortes tinham suas origens na biologia humana, no ambiente ou no estilo de vida (Buss, 2000).

Nos dias de hoje, percebemos que uma ênfase muito grande no cenário internacional tem sido dada às estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde da população, através de mudanças dos padrões e dos modos de vida da mesma (Moysés & Watt, 2000).

Com relação a esse fato, Buss (2003:16) observa que existe na promoção de saúde “... *um forte componente internacionalista*, presente em todos os seus documentos de natureza mais política (as cartas e declarações das conferências, por exemplo), seja no entendimento *dos problemas, seja nas propostas de intervenção. (...) Apesar disso, o discurso prevalente no campo da promoção de saúde procura caracterizá-la pela integralidade*, seja, no entendimento dos problemas no processo saúde – doença – cuidado, seja nas respostas *propostas ao mesmo*”.

A reorganização dos modelos assistenciais a partir de uma atenção voltada para a promoção de saúde é uma tendência mundial. Esta tendência se inicia em 1978 na URSS, a partir da Conferência de Alma-Ata sobre atenção primária à saúde, convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em colaboração com o United Nations Children’s Fund (UNICEF). Buss (2003:23) afirma que há um amplo consenso de que este foi em termos mundiais um dos eventos mais significativos para saúde na segunda metade do século XX, em função do alcance em quase todos os sistemas de saúde. E em relação aos países subdesenvolvidos, o mesmo autor ressalta que esta conferência consagrou a atenção primária como a principal estratégia de saúde pública para o enfrentamento dos problemas de saúde. As ações discutidas privilegiaram a promoção de saúde e prevenção de doenças com o objetivo de se alcançar “**SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000**” (Buss, 2002; Buss, 2003).

A estratégia de promoção de saúde foi fortalecida a partir das conclusões de Alma-ata, o que culminou com a realização em 1986 da I Conferência Internacional sobre Promoção de saúde em Ottawa no Canadá. Nesta conferência foram debatidos temas semelhantes ao da VIII Conferência Nacional de Saúde, que também ocorreu em 1986, apontando que a busca por mudanças ocorria em diversos lugares. A conferência de Ottawa teve como produto principal a Carta de Ottawa que se tornou o termo de referencia

básico e fundamental para o desenvolvimento das idéias de promoção de saúde mundialmente (Buss, 2000).

Esta carta definiu promoção de saúde “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. A carta assume ainda “que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (Buss, 2000).

Além disso, afirma que existem algumas condições e requisitos para se alcançar a saúde que são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Ainda enfatizou a promoção de saúde e propôs cinco campos centrais de ação:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Reforço da participação comunitária;
- Favorecimento do desenvolvimento de habilidades pessoais para que os indivíduos tenham maior controle sobre sua própria saúde e,
- A reorientação dos serviços de saúde.

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Austrália (Adelaide) em 1988, obteve como resultado final a Declaração de Adelaide e elegeu como tema central a necessidade da criação de políticas públicas saudáveis (Buss, 2000: 171).

Em 1991 foi realizada em Sundsvall na Suécia a 3ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, sendo a primeira conferência global a focar diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos (Buss, 2000: 171).

A 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ocorreu em Jakarta (Indonésia), em julho de 1997 e foi a primeira que se realizou em um país em desenvolvimento.

Em todas essas conferências foi enfatizada a importância da atuação não apenas na doença e no estilo de vida considerados de risco na promoção de saúde, mas também com organização social e estruturas definidas por políticas de saúde. Todas essas discussões foram ampliando e valorizando o campo da saúde, com tendências ao investimento na qualidade de vida das pessoas, ou seja, na promoção e prevenção (Moysés & Watt, 2000:11).

Neste contexto, a saúde bucal se torna parte integrante do indivíduo saudável e o papel dos profissionais passa a ter uma maior importância nos diferentes espaços sociais interconectados com sua prática (Moysés & Watt, 2000:11).

A promoção de saúde bucal pode ser entendida como a construção de políticas públicas, através da criação de ambientes que apoiem escolhas saudáveis a partir do fortalecimento da ação comunitária, do desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia pessoal para práticas de autocuidado em saúde, e a reorientação dos serviços odontológicos (Sheiham & Moysés, 2000).

“A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva” (Brasil, 2004b:8).

No modelo odontológico tradicional, as decisões clínicas se fundamentam na presença ou ausência de doença e a tomada de decisões baseia-se nos sintomas. Entretanto, as informações fornecidas pelos aspectos clínicos são inadequadas ou parciais em relação à saúde bucal do indivíduo. (Sheiham, 2000:223).

Atualmente, estamos vivenciando uma crise do modelo odontológico que se expressa na falta de impacto social das ações em saúde bucal, na baixa eficácia e na grande dificuldade de acesso aos serviços. O trabalho odontológico tem uma forte vinculação à tecnologia com baixa permeabilidade à população, e é caracterizado por uma prática lenta, custosa e sem cobertura das necessidades de saúde bucal. Esta crise pode ser observada com base no resultados do levantamento epidemiológico bucal divulgado neste ano. O conhecimento da epidemiologia das doenças bucais é pré-requisito fundamental para o sucesso da promoção de saúde da população (Marcenes & Bönecker, 2000).

A coordenação de saúde bucal do MS divulgou neste ano o relatório com os principais resultados do Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. O objetivo geral desta pesquisa foi o de “... *produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, através da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal*” (Brasil, 2004c:3).

O relatório constatou que a situação de saúde bucal do brasileiro não está boa:

“Observa-se que, de uma maneira geral, a situação brasileira não está muito boa. O Brasil atingiu as metas da OMS para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e em parte isto somente aconteceu devido às crianças das Regiões Sul e Sudeste. Para todas as outras idades os níveis estão aquém das metas propostas para o ano 2000. (...) Embora as crianças de 12 anos de idade apresentem valores de ataque de cárie semelhantes aos

padrões recomendados pela OMS para o ano 2000, é relevante sublinhar a ampla variabilidade da distribuição dos valores, e a existência de uma proporção significativa de crianças nessa idade com valores muito elevados de ataque” (Brasil, 2004d:3).

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere a composição da amostra em determinadas idades-índice e grupos etários os quais foram utilizados na presente pesquisa com algumas modificações. As descrições colocadas a seguir foram retiradas parcialmente da 4a edição do Manual da OMS, de 1997 (WHO, 1997)” (Brasil, 2004d:5).

Quadro 5: Idades-índice e grupos etários – OMS

18 a 36 meses	A utilização deste grupo etário permite estimar a ocorrência de doenças bucais (particularmente a cárie dentária) nos bebês, um segmento da população que usualmente não é incluído em levantamentos.
5 anos	Esta idade é de interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que podem exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades-índice.
12 anos	Esta idade é especialmente importante, pois foi escolhida como a idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença.
15 a 19 anos	Considerando a possibilidade de comparação com os dados de 1986 e levando-se em conta, ainda, que, ao se trabalhar com faixas restritas como 15 e 18 anos dificulta-se bastante o delineamento amostral (em função da sua proporção no conjunto da população), foi definida a faixa etária de 15 a 19 anos.
35 a 44 anos	Este grupo etário é o grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos. O efeito total da cárie dentária, o nível de severidade do envolvimento periodontal e os efeitos gerais do tratamento prestado podem ser monitorados usando-se dados deste grupo etário.
65 a 74 anos	Este grupo etário tem se tornado mais importante com as mudanças na distribuição etária e no aumento da expectativa de vida que vem ocorrendo em muitos países. Os dados deste grupo são necessários tanto para o planejamento adequado do tratamento para os mais idosos como para o monitoramento dos efeitos gerais dos serviços odontológicos prestados a uma população.

Fonte: Brasil, 2004d:5

Quadro 6: Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SBBrasil. Brasil, 2003.

Idade		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
5 a 6 anos	Brasil 2003	35,04%	34,92%	44,92%	43,35%	41,73%	40,62%
	Meta OMS 2000	50% livres de cárie (ceo-d = 0)					
12 anos	Brasil 2003	3,13	3,19	2,30	2,31	3,16	2,78
	Meta OMS 2000	CPO-D menor que 3,0					
18 anos	Brasil 2003	39,13%	45,07%	66,53%	66,55%	65,74%	55,09%
	Meta OMS 2000	80% com P=0 (todos os dentes presentes na boca)					
35 a 44 anos	Brasil 2003	46,34%	49,97%	62,35%	55,13%	58,36%	53,96%
	Meta OMS 2000	75% com 20 ou mais dentes presentes na boca					
65 a 74 anos	Brasil 2003	8,58%	11,07%	9,32%	10,41%	11,22%	10,23%
	Meta OMS 2000	50% com 20 ou mais dentes presentes na boca					

Fonte: Brasil, 2004d.

Constatamos, com base nestes dados e em tantos outros, a necessidade de mudança no modelo odontológico vigente, ou melhor, do modelo de saúde centrado na doença, para um modelo baseado no conceito ampliado de saúde: *“O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República deve nortear a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação”* (Brasil, 2004b:7).

Ações de promoção da saúde incluem além da construção de políticas públicas saudáveis, o trabalho com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos e também a busca da autonomia do cidadão. As ações de proteção à saúde desenvolvem-se no nível individual e/ou coletivo e devem garantir, em ambos, o acesso a escovas e pastas fluoretadas. E as

ações de recuperação envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças (Brasil, 2004b).

“As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos” (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004:2).

O quadro de exclusão social é reforçado pelos dados divulgados neste ano a partir do levantamento epidemiológico em saúde bucal SB Brasil 2003 e da Pesquisa Mundial de Saúde OMS (Brasil, 2004; CFO, 2004a):

- 24,5 milhões de pessoas (14,4% da população) não têm um dente sequer;
- Entre as mulheres de baixa renda, com mais de 50 anos, este índice chega a 55,9%.
- 45% da população brasileira não têm acesso à escova de dente;
- Menos de 22% dos adultos têm gengiva sadia;
- A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade;
- 3 em cada 4 brasileiros que chegam à terceira idade não possuem nenhum dente funcional e 36% destes necessitam de prótese dentária;
- Mais de 15% dos adultos desdentados necessitam de prótese dentária;

- Mais de 2,5 milhões de adolescentes (13% dessa população) nunca foram ao dentista.

“Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República” (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004:2).

Enfim, para que o cidadão brasileiro possa exercer plenamente seu direito à saúde, são necessárias transformações das condições de vida e uma mudança radical no modelo de atenção que tenha como linha mestra uma concepção mais ampla de saúde e a promoção de saúde (Divulgação em saúde para debate, 2000).

3.2. A formação profissional em saúde: o caso da Odontologia

Verificamos que a promessa da medicina científica (incluímos aqui as profissões de saúde) de erradicar doenças ou curá-las de forma definitiva não é percebida para um grande percentual da população mundial (Aguiar, 2001).

No Brasil, as transições epidemiológicas e demográficas não foram iguais a dos países desenvolvidos com esperanças de vida semelhantes às observadas aqui. O país, que é marcado por uma heterogeneidade estrutural com a persistência de desigualdades regionais e sociais, que tem determinado que os fenômenos de transição sejam manifestados ao mesmo tempo em que as doenças da “pobreza” (Cordeiro, 2001).

Somam-se a estes, os desafios colocados para o sistema de saúde e seus profissionais a partir do envelhecimento da população. A tarefa é cada vez mais a de gerenciar situações de longa duração, nas quais as habilidades de comunicação e de negociação são fundamentais (Aguiar, 2001).

O colapso da assistência e da promoção à saúde é evidenciado pela assistência hospitalar centralizada, considerada até então como o modelo hegemônico para atenção e para formação em saúde. Este modelo tem levado à especialização precoce e à fragmentação das práticas assistenciais e preconiza o desenvolvimento do conhecimento e a incorporação, sem precedentes, do progresso técnico e científico. Além disso, é centrado na doença, desconsidera os fatores que influenciam a qualidade de vida e o desenvolvimento do ser humano (Maranhão, 2004; Piancastelli, 2001).

“A falência deste modelo⁶, que se expressa no agravamento dos problemas de saúde da população e na incapacidade da ciência, das instituições e da sociedade de responderem de forma eficiente aos mesmos, tem levado à busca de elaborações que alcancem a complexidade do processo saúde-doença, quanto ao seu conceito e quanto à possibilidade de uma intervenção/interação mais saudável, no sentido da prevenção e da promoção da saúde, recuperando o sentido de vida, implícito e explícito no processo saúde-doença” (Souza e Oliveira, 1998:5).

O momento atual se caracteriza por um processo de esgotamento do modelo tradicional de formação e capacitação dos recursos humanos, fazendo com que a necessidade de mudanças esteja na ordem do dia (Divulgação em saúde para debate, 2000:4).

Nesse contexto, podemos observar alguns elementos conjunturais relevantes para a discussão de formação e capacitação de profissionais de saúde (Divulgação em saúde para debate, 2000:5):

- *“A necessidade das universidades reagirem positivamente à crise de legitimidade em que vivem, ao se questionarem sobre seu papel na produção e transmissão de conhecimentos. Essa necessidade conforma um contexto mais favorável à mudanças;*
- *O padrão atual de organização da produção, ao lado do fenômeno paradoxal de ampliação do trabalho informal e da emergência da revalorização do trabalho em si, estão a exigir do trabalhador capacidades de fazer diagnóstico, de*

⁶ modelo clínico curativo dominante: *“...A compreensão dada à saúde e à doença, particularmente na prática profissional e na produção de conhecimentos na área de saúde, tem influências significativas. Tem predominado na formação e práticas dos profissionais de saúde a idéia da rede multicausal na determinação do processo saúde-doença, na qual, dentro da tríade ecológica, o agente é o principal personagem enquanto desencadeador do processo, e alvo de atenção, esta traduzida em intervenção médica de caráter clínico. Esta concepção tem consolidado de forma hegemônica o modelo clínico curativo dominante, baseado numa visão mecanicista da saúde e da vida”* (Souza e Oliveira, 1998:4 – 5).

propor solução, de equacionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organizar-se, de enfrentar situações em constante mudança, e até de inventar atributos e capacidades que viabilizem sua inserção profissional específica”.

Além do esgotamento do modelo de formação, vivemos um momento histórico de tensão paradigmática que se revela em várias dimensões: “... *na ciência, questiona-se a organização dos campos científicos mediante grandes estruturas abstratas. Atualmente o reconhecimento da complexidade leva a ciência a produzir novas explicações, que rompem as fronteiras entre os diversos campos científicos e colocam em cheque a lógica da especialização e do conhecimento mediante a “desmontagem” dos objetos em suas partes, que imperam na operação definida pelo racionalismo. Nas ciências naturais, por exemplo, existe uma tendência crescente de buscar micro padrões de desordem e indeterminação, ao invés de construir explicações baseada sem modelos teóricos elegantes construídos sobre uma expectativa de ordem e determinação. Por essa razão, cada vez são mais tênues os limites entre disciplinas, entre as ciências sociais, biológicas e exatas e cresce de importância o desafio de a ciência ser capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento, no sentido de ampliar sua capacidade de explicação*” (Feuerwerker, 2003:24).

Observamos que no setor saúde a falência do perfil profissional e a inadequação às novas modalidades de organização e prestação de serviços nunca foi tão visível. A formação de profissionais capazes de responder as necessidades do sistema, às da saúde da família e tantas outras é urgente no setor saúde (Divulgação em saúde para debate, 2000).

Além disso, em virtude da profunda insatisfação da população com a qualidade da atenção, a redefinição da relação entre os profissionais da Saúde e a população e dos papéis na produção social da saúde se torna indispensável (Feuerwerker, 2003).

O modelo de formação vigente deve contemplar o modelo de “... *promoção à saúde preconizado para o país, a atenção integral da saúde num sistema hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Do profissional espera-se a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando aí como agente de transformação social*” (Maranhão, 2004:160).

Atualmente, a formação de recursos humanos em qualquer área, adequada às necessidades sociais, implica em propiciar a capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, saber comunicar-se, ter agilidade diante das diversas situações e ter capacidade propositiva. Entretanto, estas características inerentes aos profissionais do futuro não são possíveis num modelo de formação tradicional baseado na pedagogia da transmissão, como ocorre na maioria das universidades (Divulgação em saúde para debate, 2000).

Para Maranhão (2004:159-160) a formação tem-se baseado em currículos organizados por grades, que mais parecem prisões curriculares em virtude de sua excessiva rigidez, resultante da fixação de conteúdos disciplinares. Este modelo pedagógico baseado em um currículo mínimo, sem um adequado equilíbrio entre a teoria e a prática, fez com que a maioria dos cursos de graduação na área da saúde vivenciasse sérios dilemas. “*Por um lado a necessidade de incorporação de um volume crescente de novos conhecimentos e tecnologias. Por outro, a pressão pelo atendimento às demandas sociais geradas pelas peculiaridades e desigualdades do nosso país*”.

O ensino fragmentado em disciplinas e centrado na doença tende a formar profissionais de saúde com uma visão segmentada do paciente e geralmente incapazes de atuar como promotores da saúde integral do paciente (Maranhão, 2004).

O modelo pedagógico e a base conceitual para a formação do novo profissional de saúde não é estático e é inválido se estiver isolado e descontextualizado. Desta forma, a

formação profissional em saúde deve estar em consonância com as diretrizes da política de saúde nacional e local, construindo assim um perfil profissional adequado à realidade social (Piancastelli et al., 2000; Piancastelli, 2001).

Com a perspectiva de responder às necessidades de transformação do sistema educacional, em 1995 foi promulgada a Lei 9131/95. Esta lei designava o Conselho Nacional de Educação – CNE e suas Câmaras de Educação Básica e Superior, para atuar de modo a assegurar a participação da sociedade nas mudanças que ocorreriam no setor da educação nacional. Dentre elas a elaboração da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Mello, 2004).

Desde então o Ministério da Educação – MEC tem conduzido discussões sobre o processo de formação dos profissionais para atuarem nas diferentes áreas, por meio das Diretrizes Curriculares.

As Diretrizes Curriculares Nacionais são orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente respeitadas por todas as Instituições de Ensino Superior - IES, visando a assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes (Brasil, 2001d).

Além disso, devem estimular a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares e garantir uma formação básica sólida que prepare o egresso para o enfrentamento dos desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (Brasil, 2001d).

As Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde tem por objeto:

“... permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no

Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira”.

O Objetivo das Diretrizes Curriculares consiste em: “... *levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer***⁷, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (Brasil, 2001d).

A reforma educacional brasileira, particularmente no ensino na área de saúde, está ocorrendo num momento privilegiado, onde observamos de um lado a implantação do SUS, acompanhada de discussões constantes conduzidas pelo MS para que a ordenação da formação de recursos humanos em saúde pelo SUS se concretize. De outro lado, tem-se pelo MEC a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde. As Diretrizes contemplam as tendências contemporâneas da educação mundial traduzidas na nova LDB e representam uma inestimável contribuição para a formação de profissionais para o SUS (Maranhão, 2004).

A homologação das diretrizes curriculares representa uma nova fase na relação entre docentes, alunos, escolas, e currículos e destes com a sociedade. A sua implementação depende da capacidade dos docentes e gestores das escolas de saúde se

⁷ Esses princípios representam os pilares do conhecimento propostos pelo Relatório Delors, possuem um imbricamento lógico, de forma que não é possível pensá-los isoladamente. Na prática eles interagem e são interdependentes e se fundamentam numa concepção de totalidade dialética do sujeito. A noção dos Quatro Pilares da Educação foi lançada através do Relatório da Comissão para a UNESCO sobre Educação no Século XXI. “... *para poder dar resposta ao conjunto das suas missões, a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes. É claro que estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta*” (Delors, 1999).

despirem de antigas certezas sobre a educação médica (no nosso caso, em saúde) entendendo que existem várias razões para mudança (Aguilar, 2001). Ainda que o caminhar rumo à implementação destas mudanças seja lento, a sua publicação significa um importante passo para o fortalecimento do SUS e para a adequação do sistema formador às demandas sociais com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população em seus diversos aspectos.

3.2.1. A formação em Odontologia

Em um dos documentos mais recentes divulgados no campo da Odontologia, o documento base da III conferência nacional de saúde bucal, a questão da formação e do trabalho em saúde bucal aparece como um dos quatro eixos temáticos do documento onde é feita uma crítica ao atual modo de formação em Odontologia.

“O sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da Saúde Bucal não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em Saúde Bucal. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das Universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de recursos humanos auxiliares para a saúde e das Sociedades de Especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços de saúde. A causa principal deste quadro é que o modelo formador do país está

dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população” (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004).

Em seguida, o documento afirma que *“ainda que se observem alguns esforços pontuais para mudar esse quadro o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase que totalmente alienado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área”* (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004).

Morita & Kriger (2004) afirmam que a Odontologia apresenta um atraso histórico, quando comparada a outras áreas da saúde, em relação a ocorrência de movimentos de mudança e de reflexão crítica dos modelos tradicionais de formação. Isto faz com que o esforço para a integração da saúde bucal com outras áreas da saúde, a partir de um contexto interdisciplinar e multiprofissional, tenha de ser redobrado.

A prática privada na Odontologia predominou até meados dos anos 90, como alternativa de ocupação hegemônica para os dentistas. Entretanto, os limites do mercado privado começaram a ser sentidos, tornando-se assim cada vez mais restrito a um segmento social que segue com capacidade de compra privada dos serviços (Feuerwerker, 2003).

Assinalamos, ainda, que, na última década houve um incremento no número de profissionais habilitados para o exercício profissional. O Brasil que em 1996 ofertava 90 cursos de Odontologia passou a ofertar para 165 cursos em 2003. No início de 2004, o Brasil ofertava 161 cursos de graduação em Odontologia concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país e na sua maioria de propriedade particular (Moysés, 2004; Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004).

Moysés (2004:35) afirma que o modelo que até então alimentou o ensino e a prática para gerações de dentistas/professores está rapidamente se esgotando. *“São milhares de*

profissionais da nova geração vivendo o efeito arrasador da ocupação precária, que favorece uma crescente “canibalização” profissional, fora mesmo dos regramentos de mercado (por exemplo, com graves desvios de ética corporativa)”.

Além disso, *“nossas faculdades continuam privilegiando as experiências curativo-reparadoras; algumas delas, inclusive, estão se transformando perigosamente em empresas milionárias que oferecem cursos especializados a custos estratosféricos”* (Garrafa & Moysés, 1996:12).

A inserção do odontólogo no sistema público limitava-se à atenção básica voltada para crianças e gestantes e para a assistência ao trauma. Em consequência disto milhões de brasileiros ficaram sem respostas aos seus problemas de saúde bucal. *“A mutilação bucal ou a falta de acesso a serviços de qualidade é um sintoma da sociedade da exclusão e da barbárie”* (Feuerwerker, 2003; Moysés 2004:35).

Paradoxalmente, a Odontologia brasileira dispõe hoje de um elevado desenvolvimento técnico que a torna capaz de controlar de forma efetiva as doenças bucais que são mais prevalentes em nossa sociedade e se constituem em problemas de saúde pública como a cárie e a doença periodontal (Garrafa & Moysés, 1996).

Urge que o papel social da Odontologia seja repensado e que a formação seja reformulada para que possa atender às necessidades sociais brasileiras, antes que a profissão se torne desnecessária.

“Se uma profissão falha em suprir as necessidades públicas a sociedade vai encontrar uma forma de supri-la, se necessário voltando-se para um grupo fora da profissão, pois muitas vezes uma forma das profissões evoluírem é em resposta à pressão social. Até sob formas que conflitam com as intenções expressas por seus membros” (MacWhinney apud Moysés, 2002:37).

Vale lembrar, que a transição epidemiológica traz à tona a necessidade de revisão dos conteúdos e do modelo de formação, que em sua grande maioria, estão orientados pela lógica curativa e voltados para a doença cárie e suas complicações (Feuerwerker, 2003).

Existe uma necessidade urgente de reformulação dos currículos que são exportados para os países em desenvolvimento pelos países mais desenvolvidos, para que sejam mais apropriados e efetivos no encontro com as necessidades em saúde bucal desta população (Hobdell & Sheiham, 1981).

As mudanças necessárias para a superação desses problemas são profundas e segundo Feuerwerker (2003:25) estão relacionadas à mudanças de paradigma que correspondem à importantes transformações no pensar e no agir. Essas se tornam extremamente complexas, uma vez que concorrem com interesses políticos, econômicos e com os interesses de classes que, certamente, não estão preocupadas com a grande parcela da população usuária do SUS.

É inegável que *“esta é uma difícil empreitada, já que é uma mudança substantiva, que implica em profunda revisão de conceitos e condutas daqueles responsáveis por coordenar e ministrar o ensino superior. Este novo protagonismo gera desconforto, desconfiança, reação conservadora e posicionamentos pessoais insólitos. Mas é neste quadro de pluralidade que as inovações ocorrem, e há muito que se comemorar também, país afora, em termos de projetos pedagógicos conseqüentes e fortes alianças transformadoras”* (Moysés, 2004:35).

Neste momento, o SUS começa a se constituir um importante mercado de trabalho para os odontólogos, principalmente a partir da inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, conforme discutimos em capítulos anteriores, fazendo com que a necessidade de mudança na formação seja irreversível. Infelizmente, este fato ainda tem sido insuficiente para que produza o impacto esperado na formação (Morita & Kriger, 2004).

Moysés (2004:35) propõe “... a noção de que é fundamental formar força de trabalho em Odontologia, com vistas ao SUS e, dentro da lógica de reestruturação da atenção no SUS, trabalhar a própria abordagem familiar em programas como o Programa Saúde da Família”.

A escolha do PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente desencadeia mudanças profundas de ordem conceitual, metodológica e operacional na prática profissional dos envolvidos. Com isso, a tônica deste processo tem sido dada a partir de novos papéis sociais e profissionais, nova organização do processo de trabalho e novos conhecimentos (Piancastelli, 2001).

A necessidade de mudança na formação se faz sentir também na medida em que surgem, como citado anteriormente, novos papéis e nova organização do trabalho, visto que “... o modelo ainda dominante, sob a lógica da competência técnica para o mercado privado e para a ação “curadora”, não produz sujeitos políticos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e para a profissão” (Moysés, 2004:35).

No mesmo sentido, o processo de formação destes profissionais não pode se dar de forma isolada e descontextualizada. Piancastelli (2001:135) ressalta a urgência de que os aparelhos formadores assumam as mudanças que se impõem, para que este “... novo profissional não seja mais fruto de investimentos pessoais ou o produto de ações de escolas isoladas, mas que atenda o novo “chamamento” do setor”.

“Finalmente, o SUS tem pressa para mudar o modelo de atenção dominante, ou seja, um projeto que seja distinto do modelo biomédico hegemônico e não pode continuar consumindo recursos no esforço de “(des)construção” de perfis profissionais inadequados, por meio de cursos de capacitação que visam fornecer o que as graduações não ofereceram. Infelizmente, a universidade não faz “recall” dos “produtos” que lança no mercado de trabalho” (Moysés, 2004:35).

As diretrizes curriculares fazem parte de um processo de superação de limites da formação e das práticas clínicas tradicionais e estabeleceram que a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (Morita & Kriger, 2004; Brasil, 2002a)

Observamos que as diretrizes estão em consonância com a Constituição de 1988, que estabelece que o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, compete à gestão do Sistema Único de Saúde. O SUS é constituído pelas ações e serviços de saúde e deve ser organizado de acordo com as diretrizes do atendimento integral, da gestão descentralizada e da participação popular (Brasil, 1988).

São aspectos cruciais para a educação superior, para a formação profissional e para uma cidadania contextualizada, particularmente quanto à Odontologia (Moysés, 2004:38):

- o perfil do formando (egresso/profissional);
- as competências, aptidões e habilidades que lhe são necessárias;
- os conteúdos curriculares;
- os estágios e atividades complementares;
- a organização do curso;
- o acompanhamento e a avaliação.

Segundo as diretrizes o perfil do formando / egresso / profissional deve ser de um: *“Cirurgião-dentista, profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, para atuar em to dos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio,*

dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”
(Abeno, 2002a:31).

As Diretrizes Curriculares preconizam a formação por competência, invertendo, deste modo a lógica que, tradicionalmente, conduziu a organização curricular. Essa se apresenta como uma nova tecnologia de organização curricular e tem buscado responder questões sobre como selecionar, organizar conhecimentos sem fazer referências claras às disciplinas e incorporar os novos conceitos requeridos no mundo do trabalho, fazendo com que as instituições formadoras se insiram, de fato, no contexto da sociedade que passa por constantes adaptações ou mesmo transformações (Mello, 2003).

As Competências e habilidades específicas da formação também são definidas pelas diretrizes. Os egressos devem desenvolver competências relacionadas à: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, educação permanente e administração e ao gerenciamento (Brasil, 2002a).

“Os profissionais devem desenvolver competências no campo da tomada de decisões, que lhes permitam desenvolver trabalho visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimento se de práticas. Também devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada” (Feuerwerker, 2003:25).

“Também no campo da comunicação, há competências a serem desenvolvidas, já que os profissionais de Saúde devem ser acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade; manter a confidencialidade das informações, além de habilidades para comunicação verbal, não verbal, escrita e leitura” (Feuerwerker, 2003:25).

“Também são consideradas indispensáveis competências no terreno da liderança,

tais como trabalho em equipe multiprofissional, compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz” (Feuerwerker, 2003:25).

“Devem também estar aptos a realizar o gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação, além de ser gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. Considerando a velocidade da produção de conhecimentos novos, é indispensável que os profissionais sejam capazes de aprender continuamente e, para tanto, necessitam aprender a aprender, além de responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios dos futuros profissionais” (Feuerwerker, 2003:25).

“No campo da Atenção à Saúde, todos os profissionais de Saúde devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação ao nível individual e coletivo; assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida); ter em conta que a responsabilidade da atenção à saúde somente se encerra com a resolução do problema de saúde, tanto ao nível individual quanto coletivo” (Feuerwerker, 2003:25).

Finalmente, a ABENO nos lembra dois objetivos não podem ser “(...) perdidos de vista na implementação das DCN: a integração curricular e a integralidade da atenção. (...) As Diretrizes indicam a necessidade de transformar o modelo de atenção, fortalecendo a promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde. O grande desafio está em sair de um modelo de ensino centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças para outro, centrado na promoção de saúde, prevenção e cura de pessoas” (Morita & Kriger, 2004:20).

Capítulo 4

DISCUSSÃO & CONCLUSÕES

*Não se pode esquecer que a história é cruel
com aqueles que pensam que ela é eterna.
Porque ela não é eterna.
Ela muda as faces, muda as exigências.
E pode se converter num abismo
e afogar aqueles que não perceberem
que é momento de mudar de rumo.*

Florestan Fernandes (apud Moysés, 2004:36)

A discussão desta pesquisa se dará a partir de três categorias construídas para auxiliar o processo de sistematização. Como foi dito no primeiro capítulo, as categorias foram estabelecidas com base nos pressupostos e reformuladas com o subsídio do material coletado através, da análise documental (Diretrizes Curriculares Nacionais, portarias relativas ao PSF e Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal) e do roteiro das entrevistas (quadro 6).

Quadro 7: Matriz de análise

Categorias de análise	Elementos constitutivos
Adequação do perfil profissional ao PSF	<ul style="list-style-type: none">• Perfil do odontólogo• Modelo de formação em Odontologia
O conceito ampliado de saúde e a estratégia de saúde da família	<ul style="list-style-type: none">• Conceito ampliado de saúde• Reorientação da atenção em saúde bucal
Perspectivas do cuidado em saúde bucal	<ul style="list-style-type: none">• As perspectivas futuras para a Odontologia

Fonte: Elaboração própria.

Esta discussão apresentou algumas limitações em função dos tipos de dados

utilizados. Primeiramente, a utilização de documentos com diferentes formas de discursos dificultou enormemente uma análise mais aprofundada do debate em curso.

Além disso, a entrevista de um único informante – chave representando às instituições escolhidas não nos permitiu discutir se as instituições partilham da mesma visão (ou projeto) e a relação das instituições com as políticas propostas. Certamente, dentro de uma mesma instituição sempre existirão pontos de vista e interesses diferentes. Desta forma, para uma análise mais completa, outros atores da instituição devem ser entrevistados.

4.1. Adequação do perfil profissional ao PSF

A primeira categoria se relaciona à adequação do perfil profissional ao Programa de saúde da família e é constituída pela análise dos elementos relacionados: ao perfil do odontólogo (atual e almejado) e ao modelo de formação.

Apesar de toda a capacidade técnica e científica acumulada, que permite o controle efetivo das doenças bucais mais prevalentes como a cárie e a doença periodontal, uma grande parcela da população brasileira continua sem direito a saúde bucal (Garrafa & Moysés, 1996).

O grave quadro de saúde bucal brasileira pode ser comprovado a partir dos dados do levantamento epidemiológico em saúde bucal SB Brasil 2003 e da Pesquisa Mundial de Saúde OMS, ambos divulgados neste ano (Brasil, 2004d; CFO, 2004a):

- 24,5 milhões de pessoas (14,4% da população) não têm um dente sequer;
- Entre as mulheres de baixa renda, com mais de 50 anos, este índice chega a 55,9%.
- 45% da população brasileira não têm acesso à escova de dente;
- Menos de 22% dos adultos têm gengiva sadia;
- A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade;
- 3 em cada 4 brasileiros que chegam a terceira idade não possuem nenhum dente funcional e 36% destes necessitam de prótese dentária;
- Mais de 15% dos adultos desdentados necessitam de prótese dentária;

- Mais de 2,5 milhões de adolescentes (13% dessa população) nunca foram ao dentista.

Este quadro se dá, dentre outros fatores, pela manutenção de uma concepção de saúde baseada no curativismo que não contempla a realidade em que estamos inseridos. “A concepção mecanicista, com redução da doença à dimensão biológica, levou a maior ênfase no processo curativo-reparador, o que gerou uma prática de alto custo, baixa cobertura, com pouco impacto epidemiológico e desigualdades no acesso” (Moysés, 2004:34).

Esta lógica já começou a mudar, mas continua presente em alguns discursos, ainda que nas entrelinhas:

“Quando perguntam para a gente por que tratamento odontológico é tão caro, a gente responde que não é bem assim. É cara a formação, a montagem do consultório, a qualificação (especialização, mestrado). Então o profissional tem que ter um meio de ressarcir isso tudo que ele investiu. Aqueles que não têm condições de pagar um profissional com essa qualificação e com a qualidade do material que ele emprega, essa população é a parcela do governo. (...) através da secretaria municipal, estadual, do governo federal, com os programas do PSF.” (CRO/RJ)

Para que possamos confirmar o pressuposto de que o perfil do profissional de Odontologia ainda não se encontra adequado às necessidades de saúde bucal da população brasileira é importante que reconheçamos que o atendimento das necessidades populacionais está relacionado à realidade de saúde. Esta realidade encontra-se determinada e articulada com a cultura das instituições formadoras, com o processo de concepção da educação dos profissionais e com o cenário que envolve o mundo do trabalho em saúde como afirma Piancastelli (2001).

Moysés (2004) destaca que o perfil do formando (egresso/profissional) é um dos aspectos cruciais para a educação superior, para a formação profissional e para uma cidadania contextualizada.

A cultura das instituições formadoras no país, em sua maioria, continua voltada para uma lógica curativa – reparadora que enfoca a doença cárie e suas complicações, se distanciando do conceito ampliado de saúde que se tem hoje. Além disso, esta lógica não se encaixa no Sistema de Saúde brasileiro que preconiza a universalidade do atendimento e a integralidade das ações. Esta lógica que caracteriza a formação tradicional do dentista brasileiro pode ser qualificada segundo Moysés (2004:34 - 35) como o erro de Descartes:

“(...) o paradigma cartesiano disjuntivo, aplicado ao pensamento e a ação, com a separação do todo em partes e as demais dissociações decorrentes: sujeito/objeto, alma/corpo, espírito/matéria, qualidade/quantidade, sentimento/razão, existência/essência, liberdade/determinismo. Este paradigma, aplicado aos currículos e disciplinas do meio biomédico, após as sucessivas reformas de natureza flexneriana/giesiana, levou à ênfase ao domínio cognitivo e instrumental, com algumas das seguintes conseqüências: mecanicismo, biologicismo, assistência individual, especialização precoce, tecnificação do ato médico-odontológico, ênfase em Medicina/Odontologia curativa”.

“A tendência acadêmica, e aí ela é lógica, cartesiana e flexneriana se localizou na boca e é Odontologia centrada. Mesmo que os programas de saúde bucal tenham evoluído até a perspectiva prevenção e promoção (onde a gente tem o apoio de várias entidades odontológicas), a gente não conseguiu de fato responder enquanto programa de forma integral (...)”. (CSB/RJ)

Esta lógica cartesiana disjuntiva ao se inserir no mundo do trabalho evidencia um

de seus problemas mais visíveis que é a separação das esferas público-estatal e privada como pólos que se repelem. Gerando assim, “(...) *uma ruptura na organização objetiva do sistema e nas estruturas mais profundas onde as práticas sociais são representadas (intersubjetividade). O pensamento cartesiano típico tem como característica uma estrutura rígida de concepção do mundo, com a negação da diversidade, o uso de um repertório de certezas preestabelecidas e irrefletidas, produzindo, ao fim e ao cabo, uma postura intransitiva*” (Moysés, 2004:35).

Em relação ao mundo do trabalho, percebemos que a necessidade de mudança do perfil é condicionada também pelas novas tendências do mercado de trabalho. O mercado privado hoje é muito restrito e o profissional precisa buscar novas formas de atuação e uma das alternativas que se apresentam hoje é o trabalho nas equipes de saúde da família (Piancastelli, 2001; Moysés, 2004).

“Por exemplo, hoje o mercado para a odontologia está congestionado. (...) Então se nós temos dificuldades, que não são locais, estaduais, brasileiras e nem são internacionais. Ela é do mundo todo. Todos os países do mundo inteiro vivem em crise, uns maiores, outros menores (países do primeiro mundo, G7, G8 e os subdesenvolvidos), as dificuldades são de todos. Se você não tem um paciente que tenha condição de remunerar o seu trabalho, você vai ter problemas porque você vive disso. Se esse paciente, às vezes tem dificuldade de sobreviver, vive em subemprego, alguns desempregados, como é que o profissional liberal que somos, (...), como é que eu vou sobreviver se eu não tenho aquele que seria o meu paciente por falta de condições. Ele gostaria até, mas ele não tem condições de pagar um trabalho melhor, um trabalho mais qualificado. (...)” (CRO/RJ).

Diante dos problemas observados qual seria então o perfil do odontólogo deste novo milênio? Que habilidades este profissional deveria ter para que estivesse apto a contribuir com a melhoria da qualidade de vida desta população? Que modelo de formação

contemplaria este novo perfil? Estas perguntas são na verdade o grande desafio das profissões de saúde hoje. No nosso caso específico, a construção deste perfil só será factível a partir da mudança de paradigma da profissão.

Um bom “(...) *profissional, um bom clínico, ele não é um bom clínico porque ele aprendeu técnicas. Ele é um bom clínico porque tem um olhar social. Então ele tem um olhar diplomático porque ele entende a comunidade dele. E ele vai saber que tem que atender a comunidade toda, mas alguns grupos precisam mais e primeiro. Algumas famílias, inclusive, serão aliadas dele numa campanha de multiplicação de informação porque ele tem que atender a família antes, aquelas famílias, aquelas que estão com maior risco social então ele têm que ter conhecimentos de sociologia, mas falando assim fica duro não é? Ele tem que ter conhecimentos interdisciplinares que nem sempre se consegue em cadeira de escola não, mas com certeza, ajuda fazer cursos, atualizações em ciências sociais, em psicologia, em artes plásticas, por exemplo. Para um profissional que é criativo, que se realiza, enquanto um profissional que é, vê cultura como um processo de conhecimento e de mudança de comportamento e de resgate individual de auto-estima e de cidadania, ele exercita nele uma prática. Então ele também ajuda nesse trabalho. Então na verdade ele é um profissional mais amplo. Ele vai ter conhecimentos de epidemiologia porque ele precisa ter noção exata de determinadas estratégias que ele esta implantando, ou propondo para a equipe, ou a equipe decide junto, elas serão resolutivas, algumas em 1 semana, outras em 10 dias, outras em 1 mês, outras em 3 anos e outras em 10 anos. Se ele não tiver essa noção, ele se desespera, porque ele não consegue resolver logo, todo mundo começa a pressionar, e ai ele dança né, porque ele se desespera (...).” (CSB/RJ)*

“Ele não é só bom na clínica, como no campo ele se solidariza, trabalha com o agente comunitário de saúde, ele esta dentro da comunidade como um todo, ele se mistura com a associação de moradores, ele discute o problema da caixa d’água, ele discute o

buraco que fez naquela rua, ele discute a creche comunitária, ele está na discussão da comunidade porque ele está afim. Na verdade ele tem que estar afim de querer conhecer o local em que ele trabalha, lógico que vive, que é a cidade né, lógico que ele vai ter que morar nessa cidade né? Não pode morar em outra.” (CSB/RJ)

“A mudança do perfil profissional, proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Odontologia, que teve decisiva participação da ABENO na sua formulação, é um dos pontos básicos desta nova tendência do cuidado à saúde bucal. (...) A ABENO pensa na formação de um profissional com amplo conhecimento científico e técnico, altamente crítico e reflexivo, capaz de atuar tanto a nível coletivo como individual, perfeitamente integrado ao meio ambiente em que irá atuar e capaz de trabalhar em equipes multiprofissionais”. (ABENO)

As diretrizes curriculares para o curso de Odontologia, como vimos anteriormente, definem o perfil do formando / egresso / profissional da seguinte forma: *“Cirurgião-dentista, profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade” (Abeno, 2002a:31).*

“A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Brasil, 2002a).

“O perfil esperado dos dentistas no entender da equipe, eu acho que agora se amplia, não é mais só para a ESF não, é para toda a rede SUS Rio de Janeiro. É lógico

que na rede SUS, a gente tem a média e a alta complexidade, mas a gente precisa ter uma atenção básica e a equipe de Saúde da Família na verdade é uma reorientação da atenção. Então, num futuro muito próximo, nós teremos toda a nossa rede SUS com essa estratégia, capilarizada e dentro das comunidades. Então qual é o perfil? Ele é um ser social. Ele deixou de ser um ser meramente biológico e odontológico. Ele, no campo da saúde bucal, tem que ser um excelente clínico. Ele tem que ser um clínico cúmplice, solidário e que conhece as tecnologias atuais de resolutividade clínica. Ele tem que ter um bom padrão de diagnóstico e também tem que ter noção exata de planos de tratamento. Ele tem que ser um bom clínico, tem que sentar na cadeira e ser resolutivo”. (CSB/RJ).

Contudo, percebemos que as mudanças necessárias para a superação desses problemas correspondem a importantes transformações no pensar e no agir, como vimos anteriormente. O novo protagonismo gera desconforto, desconfiança, reação conservadora, posicionamentos pessoais insólitos e, além disto, concorrem com interesses políticos, econômicos e com os interesses de classes que certamente não estão preocupadas com a grande parcela da população usuária do SUS (Feuerwerker, 2003; Moysés, 2004).

“(...) Os nossos dentistas morriam de medo porque nunca tiveram interesse de trocar conhecimento com a população, então isso foi uma aprendizagem e está sendo, mas nos temos uma parcela que aderiu, arregaçou as mangas e bancou a proposta e já está na rua trabalhando, fazendo isso, é a parcela reacionária mesmo, que resiste, que não quer aprender novos conceitos, que custa para trabalho não é? Tem que estudar, tem que sentar, tem que discutir em equipe, tem que ter idéias novas, tem que ser criativo. Isso dá um trabalhão, então é melhor ficar no que eu já conhecia que mal ou bem aquilo lá dava certo, mas eu não sabia até que ponto era resolutivo. Mas esta dando, então deixa como está, e os outros profissionais se assustam em ver o dentista tendo essa flexibilidade toda e esse novo papel. Então a gente tem médicos que dão força, carregam no colo, e se incluem

no trabalho, eu falo médicos por ser o grupo que mais reage a mudanças assim, até porque esta acostumado a um papel também cirúrgico e distanciado, o paciente é passivo”. (CSB/RJ)

“Outro aspecto fundamental desta estratégia diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe”. (Brasil, 2004b:16)

Por todas as razões apresentadas anteriormente, acreditamos que a formação profissional tenha que ser mudada profundamente para a superação dos desafios que se apresentam atualmente. *“A formação de um profissional com tais características exige profundas modificações na estrutura curricular e não apenas uma modificação metodológica, com alterações apenas na distribuição das disciplinas. A antecipação de conteúdos e praticas e desejável, principalmente a antecipação de Clinicas Integradas, de complexidade crescente”. (ABENO)*

“A incorporação de novos conteúdos e outra exigência para atender as necessidades sociais e do mercado de trabalho, principalmente os das áreas sociais que precisam merecer uma atenção especial dos coordenadores e diretores de cursos.” (ABENO).

“As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Odontologia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural” (Brasil, 2002a).

Para orientar o novo perfil as diretrizes (Brasil, 2002a) estabelecem que a formação em Odontologia deva conter os seguintes conteúdos essenciais:

“Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Os conteúdos devem contemplar:

Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.

Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Ciências Odontológicas – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;

b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas.”

A ABENO tem trabalhado constantemente na construção deste novo modelo de formação. *“Tem sido trabalho rotineiro, junto aos dirigentes e professores dos cursos de Odontologia de todo o país a abordagem de uma prática profissional voltada ao espírito*

cuidador e não apenas a intervenção baseada na prática cirúrgica-restauradora”.
(ABENO)

Os entrevistados ressaltaram a existência de alguns pontos críticos no que tange a mudança no modelo de formação, entre eles estaria o papel do docente.

“O nó crítico de todo o processo é o corpo docente, nem sempre qualificado para tais mudanças e na maioria das vezes refratárias a alterações que modifiquem situações estáveis.” (ABENO)

“Numa entrevista que eu dei para o jornal do Conselho Federal eles me perguntam que conselho eu daria para um profissional de Odontologia hoje? É uma pergunta difícil, porque nós sabemos que existe um excesso de faculdades, com dificuldades de montar e completar as vagas que são oferecidas. Nós temos dificuldades na qualificação do docente porque a cada dia as dificuldades vão aumentando e o resultado vai aparecendo e fiquei assim: O que é que eu vou responder? Vou dizer para o profissional que está querendo estudar Odontologia: Não. Procure outra que aqui não dá!” Não, porque isso é um sonho, é uma vocação e a pessoa tem aquele objetivo, tem que perseguir.” (CRO)

Além da mudança da formação na graduação, é necessário que o processo de capacitação e educação permanente se consolide para que a mudança se dê também para os profissionais que não tiveram uma formação baseada neste novo paradigma. A ação interinstitucional, que envolva a universidade e o serviço, representa a possibilidade de promover as mudanças necessárias à capacitação (Piancastelli, 2001).

“Para esses profissionais e para a rede toda a gente já está articulando inclusive com a Escola Nacional de Saúde Pública, com a Escola de Governo um curso de atualização em políticas públicas nacionais e promoção de saúde para capacitar a nossa rede. De tal forma, que o nosso profissional se sinta habilitado pra discutir essas questões.

Nós fomos o primeiro programa que disponibilizou profissionais para trabalharem nessa dimensão sendo que aonde nos estivermos não somente o papel diplomático e de articulação de conhecimento vai acontecer, as portas vão se abrir via esses profissionais. E aí tem uma questão concreta, esses profissionais na verdade eles são articuladores de uma rede, eles precisam se responsabilizar por essas aberturas, e a rede interna tem que ser cúmplice com essa abertura. Então na verdade a gente está criando uma nova cultura de responsabilização de atenção.” (CSB/RJ)

Felizmente, a educação permanente dos profissionais de saúde está na agenda deste governo, que vem propondo uma política de educação e desenvolvimento para o SUS. Esta proposta vem sendo discutida com o objetivo de propor os caminhos para a educação permanente em saúde através da criação de pólos de educação permanente em saúde.

“A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil” (Brasil, 2004f).

A definição da política de educação permanente para os trabalhadores em saúde também se manifesta como uma preocupação da coordenação nacional de saúde bucal. A educação permanente está elencada entre os pressupostos da reorientação da atenção em saúde bucal (Brasil, 2004b:5).

“Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de

cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar, para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na ESF. Nos Estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve ser dar através deles”.

A partir da análise realizada percebemos a necessidade de complementar o outro pressuposto desta pesquisa que considera a importância da intervenção na formação do profissional a partir das instituições formadoras, buscando adequar o perfil profissional à realidade brasileira. A intervenção na formação não deve se dar somente a partir das instituições formadoras. Acreditamos que para que as mudanças e a adequação do perfil aconteçam faz-se necessário uma ação dos diversos atores envolvidos, e aí se incluem: as instituições formadoras, a sociedade organizada e, principalmente, o serviço que representa o Sistema Único de Saúde, que é ordenador da formação de recursos humanos na área de saúde por princípio constitucional.

No projeto inicial tinha-se a idéia de que a formação em Odontologia tinha que mudar para atender aos desafios da inserção da saúde bucal no PSF, que corresponde à análise da adequação do perfil profissional ao PSF. Hoje, depois desta longa caminhada através das leituras e da própria experiência adquirida, podemos considerar que esta visão é um tanto quanto limitada. Não que esteja errada, pois a prática profissional no PSF tem trazido à tona a cada dia novos desafios que, por sua vez, necessitam de novas habilidades. Contudo, percebemos que o contexto é muito mais amplo, ou seja, a formação precisa e deve ser mudada para contribuir com a melhoria das condições de vida e com a tão almejada qualidade de vida. O novo perfil torna o profissional de saúde capaz de atuar no contexto em que estiver, pois ele terá as habilidades e competências necessárias para sua atuação. Neste sentido o PSF representa uma das estratégias, com concepções voltadas para a promoção de saúde e para o fortalecimento da atenção básica, para que essas

melhorias sejam alcançadas.

4.2. O conceito ampliado de saúde e a estratégia da saúde da família

O conceito ampliado de saúde e a estratégia de saúde da família estão contemplados nesta segunda categoria de análise. Nesta etapa, analisa-se o conceito ampliado de saúde levando à necessidade de reorganização da atenção em saúde bucal.

Como vimos anteriormente, o grave quadro de saúde bucal se dá, *dentre outros fatores, pela manutenção de uma concepção de saúde baseada no curativismo que não contempla a realidade em que estamos inseridos.*

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal estabelecem que a mudança no modelo de atenção em saúde bucal deve ser norteadada pelo conceito ampliado de saúde definido no artigo 196 da Constituição da República. O modelo assistencial, centrado na doença e baseado na demanda espontânea, deve evoluir para um modelo de atenção integral à saúde onde as ações de promoção, de proteção e de recuperação sejam incorporadas progressivamente. (Brasil, 2004b).

“A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o

consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (...) A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde” (Brasil, 2004b: 8).

“(...) A saúde bucal e o conteúdo de saúde bucal nesta perspectiva de promoção de saúde, que a gente entende que saúde bucal é resultado de qualidade de vida e que com certeza a gente não pode ofertar agora qualidade de vida mas pode gerar no cidadão a busca cotidiana fazendo com que ele se fortaleça. E no caso da gente, boca, na verdade ela é efetivamente conquista de qualidade de vida e exercício de cidadania por onde a gente come, por onde a gente fala, sorri, beija, morde, e é por onde a gente exercita então o nosso papel de cidadão (...)”(CSB/RJ)

“(...) saímos da boca fomos para o corpo, e do corpo fomos para a vida. É uma aprendizagem, a gente está aprendendo a fazer isso. Agora, a gente entende que quando a gente gera novas discussões, gera conhecimento, gera cumplicidade, gera exercício de cidadania, daqui a dez anos a gente vai estar com uma cidade saudável, e numa cidade saudável as pessoas estão sorrindo e com dentes”. (CSB/RJ)

“(...) A gente entendia que era importante à saúde bucal estar atendendo integralmente todas as pessoas, mas como atender todos sem gerar injustiças? Como fazer com que essas pessoas pudessem ter acesso ao serviço, sem ampliar a capacidade instalada? Porque também num governo só, você não duplica a capacidade instalada. Com certeza a gente sabe que já tem conhecimento científico suficiente para entender que não é cadeira que gera controle de doença. E então neste sentido, passamos a exercitar

novas tecnologias, tecnologias leves onde os conteúdos de promoção e prevenção passaram a ser os carros chefes.” (CSB/RJ)

A proposta da Coordenação Nacional de Saúde Bucal de reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção apresenta como eixo de reorientação do modelo o conceito de cuidado. Este eixo de reorientação busca responder a uma concepção ampliada de saúde, que não está centrada somente na assistência, mas sobretudo na melhoria da qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco à saúde. A reorientação se dará através da incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (Brasil, 2004b).

“A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica a responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. (...) Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades” (Brasil, 2004b:3).

É fundamental para a organização do novo modelo de saúde bucal proposto pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que sejam pensadas as linhas do cuidado da criança, do adolescente do adulto e do idoso, a partir da criação de fluxos que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde. Estas ações, devem por sua vez, estar centradas

no acolhimento, na informação, no atendimento e no encaminhamento – referência e contra-referência (Brasil, 2004b).

Com base nessa análise, podemos afirmar que a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal busca responder ao conceito ampliado de saúde. Em relação à estratégia de saúde da família, que é o objeto desta pesquisa, temos que o modelo de reorientação proposto pela política nacional de saúde bucal pressupõe a incorporação do PSF como uma importante estratégia de reorganização da atenção básica. Deste modo, podemos confirmar o pressuposto do estudo que considera que o PSF representa uma das formas de atender a melhoria da qualidade de vida.

A reorientação do modelo de saúde bucal traz consigo a necessidade de diálogo entre o serviço e os usuários, e também a idéia responsabilização, de vínculo, de intersetorialidade, entre outras:

“(...) A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas” (Brasil, 2004b: 3 – 4).

A coordenação de saúde bucal do município do Rio de Janeiro considera um *“(...) equívoco quando alguns programas, algumas secretarias contratam, para a equipe de saúde da família, profissionais de outras cidades, e aí eles não tem nem como se entender enquanto cidadãos daquele lugar. Eles não conhecem exatamente as variáveis problemáticas daquele lugar, a cultura do lugar, a relação entre as pessoas, ela não se dá porque ela precisa ter um tempo antes do trabalho, depois do trabalho, tem que ter*

aquelas festas, a festa junina daquela comunidade, a festa do dia das mães, a festa da escola, a festa da paz, o carnaval naquele lugar. Como é o carnaval naquele lugar? Então assim, na verdade, as relações não se dão só nas relações de trabalho, elas se dão nas relações intersetoriais. E um sucesso de trabalho em saúde hoje, não se tem mais dúvida, é na intersetorialidade. Nós somos a ponta do iceberg. A gente recebe o que a vida não deu conta. A vida é trabalho, prazer, sexualidade. Não deu conta? Vai pipocar tudo na saúde. Ai não vai ter jeito, e também fingir que a gente vai resolver tudo sozinho. Mas para isso a gente vai ter que arrumar parceiros”.

“(...) Nós temos visto em alguns municípios, tomado conhecimento por informações de quem está envolvido, pelos que estão envolvidos, que muitas prefeituras estão apenas aumentando o horário dos profissionais que já são contratados da secretaria. Isso é um grande erro porque esse profissional que vai atuar nesse programa do PSF é um profissional com perfil diferente, com formação diferente, não é um profissional de curativo como é feito ai que resolve o problema e não faz a prevenção e não tem um programa para resolver e erradicar a doença”. (CRO/RJ)

As diretrizes apontam ainda para a ampliação e qualificação da atenção básica no âmbito da assistência, de forma a possibilitar o acesso a todas as faixas etárias. Além do aumento da oferta de serviços e da garantia de atendimento nos outros níveis hierárquicos de modo a que se busque a integralidade da atenção (Brasil, 2004b).

“Para a Saúde Bucal esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de

ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal” (Brasil, 2004b).

4.3 Tendências do cuidado em saúde bucal

As tendências do cuidado em saúde bucal são apresentadas nesta terceira categoria. Aqui, buscamos sistematizar as perspectivas futuras para a Odontologia, com base nos documentos e nas expectativas dos grupos estudados.

O conceito do cuidado representa, como vimos anteriormente, o eixo da reorientação do modelo de saúde bucal na proposta da política nacional de saúde bucal que tem o nome fantasia de Brasil Sorridente (Brasil, 2004a).

Figura 1: Logo – Brasil Sorridente



Figura 2: Manual Brasil Sorridente

O BRASIL SORRIDENTE é o nome fantasia da Política de Saúde Bucal do Governo Federal, que engloba diversas ações visando a melhoria da saúde dos dentes, e da boca como um todo, de milhões de brasileiros.

A expressão máxima de uma pessoa com saúde bucal é o sorriso, que aliás, também é marca registrada do povo brasileiro. É desejo do BRASIL SORRIDENTE fazer que cada brasileiro possa mostrar em seu sorriso, mais que bom humor inabalável, saúde.

Nada mais natural que expressar simbolicamente o BRASIL SORRIDENTE como um sorriso estilizado numa esfera verde. Esta marca, ao mesmo tempo que representa uma pessoa sorrindo, faz leve referência à bandeira nacional, usando o verde em lugar do azul. O verde da saúde. O verde tão identificado com o Brasil.

Agregado a esta logomarca, encaixa-se o conceito "A saúde bucal levada a sério", que explica a função do BRASIL SORRIDENTE e estabelece um marco na política pública de saúde bucal no Brasil.

Em conjunto, todos estes elementos formam uma marca forte, simples e ricamente simbólica, garantindo uma identidade consistente e facilmente reconhecível ao BRASIL SORRIDENTE.

A Política Nacional de Saúde Bucal do Governo federal foi lançada em março de 2004 pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva e pelo ministro da Saúde Humberto Costa em Sobral, no Ceará, com o nome fantasia de Brasil Sorridente. Este é o primeiro programa criado pelo governo federal voltado para o setor e envolve um investimento de R\$1,3 bilhão até o fim de 2006. Até então a atuação do governo federal se resumia ao repasse de recursos para cada equipe, de profissionais, montada pelo município. Este investimento corresponde a um aumento de quase sete vezes a verba para o custeio das ações em saúde bucal, passando de R\$84,5 milhões em 2003 para R\$553,2 milhões em 2006. (Brasil, 2004a; CFO, 2004a).

O PSF é assumido pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal como fundamental à organização da atenção básica no SUS. Com esta nova política, os incentivos para as Equipes de Saúde Bucal subiram de R\$ 15.600,00 para R\$ 20.400,00 na modalidade I e de R\$ 19.200,00 para R\$ 26.400,00 na modalidade II (incentivos anteriores vide quadro 4). Além disso, serão disponibilizados mais R\$ 1.000,00 (para todas) as equipes já implantadas, para a compra de instrumental utilizado na confecção de próteses. O incentivo de implantação (parcela única) passa a ser de R\$ 6.000,00 (Brasil, 2004a).

Para as equipes de saúde bucal modalidade II (inclui, além do atendente de consultório dentário, um técnico em higiene dental - THD) será fornecido ainda um novo equipo odontológico para que possam atuar em dois consultórios, um para o cirurgião-dentista e outro para o THD, possibilitando um aumento da assistência e resolutividade da equipe (Brasil, 2004a).

O coordenador de Saúde Bucal do MS afirmou durante a III Conferência Nacional de Saúde Bucal que *“a partir de agora, o acesso aos serviços odontológicos será ampliado, por meio das equipes de saúde bucal do programa Saúde da Família. Os*

investimentos serão aplicados prioritariamente nas áreas de atenção especializada, incluindo a prótese dentária. A parte preventiva também ganhará força nos próximos anos. As equipes do PSF vão ser parte nesse esclarecimento à população. Cada uma passa a ser responsável por 4,5 mil pessoas fixas. “O usuário do posto de saúde não vai ser atendido por qualquer dentista. Ele vai ter uma equipe que vai cuidar dele. Isso cria uma intimidade, um vínculo com o profissional muito mais eficiente” (CFO, 2004d).

Observamos diante do exposto a consolidação da estratégia do PSF neste governo. *“Se o impulso inicial aconteceu no fim do governo Itamar Franco e a primeira fase de implantação tenha se efetivado nos dois governos de Fernando Henrique, não há dúvida de que o PSF está assistindo à sua consolidação definitiva no governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Desde janeiro de 2003, o Ministério da Saúde investe fortemente no crescimento do número de equipes, tendo, inclusive, aumentado os recursos destinados às equipes de Saúde Bucal. De dezembro de 2002 a abril de 2004, o PSF cresceu 66%. Já entre as equipes de Saúde Bucal, nesse ano e meio o crescimento foi de 85%. Essa diferença em favor das equipes formadas por cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental se explica pela histórica carência da população nessa área, revelada em detalhes pela pesquisa Saúde Bucal/Brasil, concluída no início deste ano pelo Ministério da Saúde (...)” (CFO, 2004c).*

“(...) O conselho vê com muito otimismo, e nós estamos participando disso esperando cooperar de alguma maneira, elogiar quando necessário, cobrar quando for preciso para que a gente possa ver o resultado. Eu vejo na internet, quando a gente busca, que tem um número x de equipes né? A do PSF com uma equipe de saúde bucal, era 2 para 1 agora é 1 para 1, mas na realidade não corresponde com o que eles estão informando no papel e através da mídia. Porque é um número de equipes que na prática a gente não vê. Falou-se em uma importância que seria paga aos profissionais, falou-se na

carga horária, mas poucos municípios estão verdadeiramente fazendo. Volto a dizer que o conselho vê com otimismo porque se os governos e as secretarias colocarem em prática aquilo que foi colocado, montado nesse programa, e com certeza a gente vai ter resultados positivos. Existe verba para isso”. (CRO/RJ)

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quando entrar setembro
E a boa nova andar nos campos
Quero ver brotar o perdão
Onde a gente plantou
Juntos outra vez
Já sonhamos juntos
Semeando as canções ao vento*
Beto Guedes & Ronaldo Bastos

Objetivamos com esta pesquisa trazer contribuições para a discussão sobre o modelo de formação em odontologia e sua adequação ao modelo de atenção vigente, a partir da inserção da saúde bucal no PSF. Esta nova e recente inserção – são apenas quatro anos enquanto política nacional – representa para a profissão um rompimento com o paradigma dominante, trazendo para o campo da odontologia inúmeros desafios e oportunidades.

Estes primeiros anos do novo milênio têm sido bastante fecundos para a Odontologia em todos os sentidos. De um lado são divulgados números relativos à saúde bucal que nos permitem perceber como está o quadro de saúde da população brasileira; do outro, temos presenciado a inclusão, cada vez mais concreta, da Odontologia na agenda governamental, que é verificada principalmente através do Brasil Sorridente.

Além disso, observamos que o PSF se consolida a cada dia como uma estratégia governamental de reorientação da atenção básica e tem se configurado como uma das principais respostas do Ministério da Saúde à grave crise que se apresenta na área da saúde. Como vimos essa crise se dá, principalmente, em função da manutenção de uma concepção de saúde, baseada na prática curativa, que desconsidera os determinantes da realidade em

que se insere e os fatores que influenciam a qualidade de vida. Concepção esta, que continua presente em muitas de nossas escolas de formação.

A inclusão da Odontologia no PSF significou a abertura da profissão para uma realidade, até então, pouco explorada, que se estabelece fora do consultório odontológico. O PSF representa ainda um importante mercado de trabalho para os odontólogos. O mercado privado hoje é muito restrito e o profissional precisa buscar novas formas de atuação e uma das alternativas que se apresentam hoje é o trabalho nas equipes de saúde da família.

A reorientação do modelo de assistência, neste caso o PSF, descortina um campo de práticas para o qual o odontólogo (assim como a maioria dos profissionais de saúde) não está habilitado. As novas práticas em muito diferem da abordagem tecnicista e curativa tradicional sinalizando assim, para a necessidade de uma nova organização do processo de trabalho e incorporação de novos conhecimentos, cujo eixo está centrado na vigilância em saúde.

Essas novas práticas exigem que o profissional de saúde tenha habilidades para trabalhar em equipe, para criar vínculos com a comunidade. Este profissional deve também ser capaz de compreender a realidade social, cultural e econômica de onde estiver inserido, ser resolutivo e dirigir sua atuação para a transformação da realidade de sua comunidade.

Além desta apropriação de conhecimentos, que permitirá que a profissão rompa com seu atraso histórico e com os limites da atenção individual e curativa, é necessário que o processo se dê em todas as profissões de saúde, rompendo assim o paradigma disjuntivo cartesiano enraizado no modelo de formação e atenção odontológica.

É urgente que o modelo de formação hegemônico seja repensado buscando adequar-se à realidade social brasileira. A implementação das diretrizes curriculares

nacionais representa uma possibilidade de mudança neste modelo de formação. Contudo, esta implementação deve se dar de forma crítica e contextualizada para que não reproduza o modelo atual, com apenas uma nova roupagem.

Além disso, as instituições de classe e seus respectivos conselhos precisam ser colaboradores ativos para que a mudança na formação e conseqüentemente no modelo de atenção ocorram. A iniciativa não pode ser apenas das instituições formadoras e dos gestores, esses órgãos devem ser co-participantes da mudança.

Finalmente, com este trabalho esperamos ter contribuído de alguma forma para a sistematização da discussão visando colaborar para a mudança desta lógica fragmentada de atenção, que faz com que tantos sejam excluídos e desvaloriza a cada dia a nossa profissão.

*Quero ver crescer nossa voz
No que falta sonhar
Já choramos muito, muitos se perderam no caminho
Mesmo assim não custa inventar uma nova canção
Que venha nos trazer
Sol de primavera abre as janelas do meu peito
A lição sabemos de cor
Só nos resta aprender*

Beto Guedes & Ronaldo Bastos



Fonte: <http://www.cro.org.br>

REFERÊNCIAS

- Abeno, 2002a. Análise sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia. *Revista da ABENO*; 2(1): 31 – 34.
- Abeno, 2002b. Análise sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia. *Revista da ABENO*; 2(1): 35 – 38.
- Aguiar, A. C., 2001. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: *A educação profissional em saúde e a realidade social* (Arruda, B. K. G. org.), pp. 69 – 86, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).
- Almeida, M.J., 1999. *Educação Médica e Saúde – Possibilidades de mudança*. Londrina: UEL / Rio de Janeiro: ABEM .
- Andrade, L. O. M., 2001. *SUS passo a passo: Gestão e Financiamento*. São Paulo: HuciteC / sobral: UVA
- Barros, A. J. D. & Bertoldi, A. D., 2002. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(7):709 – 717.
- Brasil, 1988. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. IBGE, 1998. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.
- Brasil. Ministério da Educação, 2001d. Parecer nº CNE/CES 1300/01 de 06 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 07 dez 2001, seção 1, p. 25. 5. Brasil. Ministério da Educação.
- Brasil. Ministério da Educação, 2002a. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 mar 2002, seção 1, p. 10.
- Brasil. Ministério da Saúde, 1990a. Lei Orgânica de Saúde nº. 8080/90.
- Brasil. Ministério da Saúde, 1990b. Lei Orgânica de Saúde nº. 8142/90.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2000. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2001a. Guia prático da saúde da família. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 de abril de 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2001b. Portaria nº. 267, de 06 de março de 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2001c. Programa saúde da família. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 de abril de 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2002b. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2003a. Portaria nº. 396/GM de 4 de abril de 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2003b. Portaria nº. 673/GM de 3 de junho de 2003.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004f. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/pol_formacao_desenv.pdf> Acesso em: 15 de abril de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004a. Brasil Sorridente. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578> Acesso em: 10 de setembro de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004b. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004c. Informe da Atenção Básica 21: dez anos de saúde da família no Brasil. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em abril / 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004d. Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal na População Brasileira 2002/2003: Resultados Principais. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf> Acesso em: 11 de agosto de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004e. Quadro - Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planihpsf_marco_2004.pdf> Acessado em: 04 de maio de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, 2004f. Portaria nº. 74/GM de 20 de janeiro de 2004.

Buss, P. M., 2000. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163 – 177.

Buss, P. M., 2002. Promoção da Saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 6:50 – 63.

Buss, P. M., 2003 In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (Czerina, D. org.), pp. 15 – 38. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Calado, G. S., 2002. A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios. 121 p. Dissertação (Mestrado em Saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz.

Campos, C. E. A., 2003. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 569 – 584.

Carvalho, A. C. P., 2001. *Ensino de Odontologia em tempos de L.D.B.*. Canoas: Ed. ULBRA.

Castellanos, P. L., 1998. Los modelos explicativos del proceso salud – enfermedad: los determinantes sociales. In: *Salud Pública* (Martínez Navarro, F. e outros), pp. 81 – 102. Madrid: McGraw – Hill – Interamericana.

CFO. Conselho Federal de Odontologia, 2004a. Esperança para sorrir. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 de setembro de 2004.

CFO. Conselho Federal de Odontologia, 2004b. Queremos mais saúde. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 de setembro de 2004.

CFO. Conselho Federal de Odontologia, 2004c. Nos 10 anos do PSF, saúde bucal se consolida. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 de setembro de 2004.

CFO. Conselho Federal de Odontologia, 2004d. Saúde bucal e pública para todos. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 de setembro de 2004.

CFO. Conselho Federal de Odontologia, 2004e. Atenção especializada ampliada. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 de setembro de 2004.

Chagas, V. B. M., 2002. Serviço Social e Odontologia Social. Caminhos na Intervenção da Saúde Bucal. *Revista Odonto Ciência*: 140 – 145.

- Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004. Documento – base. Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Mimeo.
- Contandriopoulos, A.; Champagne, F. & Potvin, L. et al. 1999. *Saber preparar uma pesquisa. Definição, estrutura, financiamento*. 3ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec.
- Cordeiro, H., 2000. O desafio do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: uma contribuição para além dos pólos de capacitação. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 21:36 – 43.
- Cordeiro, H., 2001. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família. In: *A educação profissional em saúde e a realidade social* (Arruda, B. K. G. org.), pp. 87-119, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).
- Costac. C.; Unfer, b.; Oliveira, a. g. r. c.; arcieri, r. m.; saliba, n. a. & moimaz, s. a. s., 2000. Integração universidade comunidade: análise das atividades extra-murais em odontologia nas universidades brasileiras. *Revista do CROMG*: 146 – 153.
- Delors, J., 1999. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC. <<http://infoutil.org/4pilares/text-cont/delors-pilares.htm>> Acesso em: 10 de agosto de 2004.
- Deslandes, S. F., 2003. A construção do projeto de pesquisa. In: *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (Minayo, M. C. S. (org.); Deslandes, Neto, O. C. & Gomes, R.), pp. 31 – 50, Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Dharamsi, S. & MacEntee, M. I., 2002. Dentistry and distributive justice. *Society, Science and Medicine*; 55(2):323-9.
- Divulgação em Saúde para Debate, 2000. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 22:4 – 7.
- Feuerwerker, L. C. M., 2002. *Alem do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida / Rio de Janeiro: ABEM. 306 p.
- Feuerwerker, L. C. M., 2003. Educação dos profissionais de Saúde hoje. *Revista da ABENO*: 3(1): 24-27.
- Fontes, P. A; Martins, C. L., 2002. A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3:31-33.
- Fracolli, L. A. & Bertolozzi, M. R., 2001. Abordagem do processo saúde – doença das famílias ao coletivo. Disponível em: < http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto1_1.asp> Acessado em: 07 de junho de 2004.
- Freitas, H, M. R.; Janissek, R., 2000. *Análise Léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos*. Porto Alegre: Sphinx: Editora Sagra Luzzatto.
- Garrafa, V. & Moysés, S. J., 1996. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 13: 6 – 17.
- Gomes, R., 2003. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (Minayo, M. C. S. (org.); Deslandes, Neto, O. C. & Gomes, R.), pp. 68 – 80, Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Guimarães, M. M. & Badeia, M., 1996. Impacto da classe social nas extrações de dente. *Revista do CROMG*, P. 78 – 82.
- Gutierrez, P. R. & Oberdiek, H. 2001. Concepções sobre a saúde e a doença. In: *Bases da Saúde Coletiva* (S. M. Andrade, D. A. Soares & L. Cordoni Junior org.), pp.01-26, Londrina: Ed. UEL / Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Hobdel, M. H. & Sheiham, A. 1981. Barriers to the promotion of dental health in developing countries. *Society, Science and Medicine*, 15ª: 817 – 823.

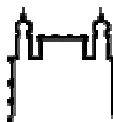
- Kaper, E., 1996. Gestão de Serviços Odontológicos: uma proposta. In: BONDIN, R. et al. Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade.
- Levcovitz, E.; Lima, L. D. & Machado, C. V., 2001. Políticas de saúde nos anos de 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2):269 – 291.
- Lima, 1992
- Lucas, S. D., 1995. Saúde bucal: reflexo das desigualdades sociais. *Revista do CROMG*: 10 – 12.
- Machado, M. H. (org.), 1995. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 226 p.
- Maranhão, E. A., 2004. A construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde. In: *A Implantação das diretrizes curriculares nacionais de odontologia: a experiência de Maringá* (Terada, R. S. S. & Nakama, L. org.), pp. 159 – 171. São Paulo: Hucitec / Londrina: Rede Unida / Brasília: ABENO.
- Marcenes, W. & Böneker, M. J. S., 2000. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica* (Buischi, Y. P. org.), pp. 73 – 98, São Paulo: Artes Médicas – EAP – APCD.
- Marcier, M. H. F. C., 2002. Para que a expansão do PSF seja consistente. *Revista Brasileira de saúde da Família*, 6: 32 – 35.
- Mascarenhas, M. T. M. & Almeida, C., 2002. O Programa Médico de Família de Niterói (PMNF): uma agenda para reflexão. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 26(60): 82 – 102.
- Medina, M. G.; Aquino, R. & Carvalho, A. L. B., 2000. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Revista divulgação em saúde para debate*, 21: 15 – 28.
- Mello, Mariângela Monteiro, 2004. As Diretrizes Curriculares Nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Londrina.
- Mendes, E.V. 1999. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 300p.
- Mendes, E.V. 2001. *Os grandes dilemas do SUS: TOMO I*. Salvador: Casa da Qualidade Editora.
- Minayo, M. C. S. (org.); Deslandes, S. F.; Neto, O. C.; Gomes, R., 2003. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Ed. Vozes, Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. S. 1999. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M., 2001. Qualidade de Vida e Saúde: Um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1):7 – 18.
- Mojon, P. & MacEntee, M. I., 1994. Estimates of time and propensity for dental treatment among institutionalized elders. *Gerodontology*, 11: 99 – 107.
- Morita, M.C., Kriger L., 2004. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da ABENO* 4(1): 17-21.
- Moysés, S. J., 2002. A Odontologia no Programa de Saúde da Família. In: *10 anos de PSF Curitiba: A história contada por quem faz a história*. Curitiba: Secretária de Saúde: 37 – 38.
- Moysés, S. J., 2004. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Revista da ABENO* 4(1): 30-7.
- Moysés, S. T. & Watt, R., 2000. Promoção de saúde bucal – definições. In: *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica* (Buischi, Y. P. org.), pp. 1 – 22, São Paulo: Artes Médicas – EAP – APCD.

- Neto, O. C., 2003. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (Minayo, M. C. S. (org.); Deslandes, Neto, O. C. & Gomes, R.), pp. 51 – 66, Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Paim, J. S., 2003. Modelos de atenção e vigilância da saúde In: *Epidemiologia & Saúde* (Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N.), pp. 567 – 585, Rio de Janeiro: MEDSI.
- Paim, J.S., 1999. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: *Epidemiologia & Saúde* (Rouquayrol, Z. & Almeida Filho, N), pp. 473 – 487. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Piancastelli, C. H., 2001. Saúde da família e a formação de profissionais de saúde. IN: *A educação profissional em saúde e a realidade social* (Arruda, B. K. G. org.), pp. 121 – 140, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP):.
- Piancastelli, C. H.; Saraiva, E. M. C.; Souza, M. F.; Cerveira, M. A. C. & Villas Bôas, M. L. C., 2000. Saúde da família e desenvolvimento de recursos humanos. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 21: 44 – 48.
- Pierantoni, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001, 6(2):.341-360.
- Pinheiro, R. & Matos, R. A., 2001. *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado da saúde. Instituto de Medicina Social*. Rio de Janeiro: IMS / UERJ / ABRASCO.
- Pucca Jr., G. A., 2004. Políticas de saúde bucal e a formação de um novo perfil profissional. In: *A Implantação das diretrizes curriculares nacionais de odontologia: a experiência de Maringá*. (Terada, R. S. S. & Nakama, L. org.), 149 – 158, São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida / Brasília: ABENO.
- Schraiber, L. B. & Mendes – Gonçalves, R. B., 1996. Necessidades de saúde e atenção primária. In: *Saúde do adulto: programa e ações na Unidade Básica* (Schraiber, L. B.; Nemes, M. I. B. & Mendes – Gonçalves, R. B.) São Paulo: HUCITEC.
- Schraiber, L. B., 1995. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cadernos de Saúde Pública* 11 (1):57-64.
- Schraiber, L. B., 1995. Qualitative research in health studies: methodological reflections on the oral account and narrative technique in a study on the medical profession. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 29(1): 63-74.
- Sheiham, A. & Moysés, S. J., 2000. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica* (Buischi, Y. P. org.), pp. 23 – 37, São Paulo: Artes Médicas – EAP – APCD.
- Sheiham, A. 2000. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: *Saúde Bucal Coletiva* (V. G. Pinto), pp.223-250, São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Souza, A. G. R. C. & Oliveira, E. C. F., 1998. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. Disponível em: < http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/pro_sau.pdf> Acessado em: 07 de julho de 2004.
- Souza, H. M., 2002. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*; II (6): 10 – 15.
- Souza, M.F.; Fernandes, A.S.; Araújo, C.L.; Fernandes, M. C., 2000. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Revista divulgação em saúde para debate*, 21: 7 – 14.
- Teixeira, C. (org) *Promoção e Vigilância da saúde*, 2002.
- Tobar, F. & Yalour M.R. 2001. *Como fazer teses em saúde pública – Conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Triviños, A.N.S., 1987. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Ed Atlas.

Viana, A L. D. & Dal Poz, M.R.,1998. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. *PHYSIS. Saúde Coletiva*, 8 (2): 11 – 48.

ANEXOS

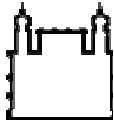
ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: ABENO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO E CRO RJ – CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA/RJ



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública

1. Como a (ABENO / CRO RJ) vê as atuais tendências do cuidado à saúde bucal?
2. Como esta instituição pensa uma formação em Odontologia que esteja adequada à realidade do mercado brasileiro, buscando não somente modificações curriculares do ponto de vista metodológico, mas sobretudo, a introdução de novos conhecimentos?

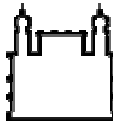
ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL / MS



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública

1. Como a CSB / MS vê as atuais tendências do cuidado à saúde bucal?
2. Qual o perfil esperado dos odontólogos que devem integrar as ESF?
3. Há interesse do MS em fomentar cursos de capacitação e formação de profissionais para este perfil?

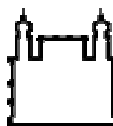
ANEXO 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL / SMS – RJ



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública

1. Como a CSB / SMS - RJ vê as atuais tendências do cuidado à saúde bucal?
2. Qual o perfil esperado dos odontólogos que devem integrar as ESF?
3. Há interesse da SMS – RJ em incorporar novos profissionais com este perfil?

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr (a),

O Senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “Contribuições para a discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF” para responder em nome de (nome do ator). A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, o senhor pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Escola Nacional de Saúde Pública.

O objetivo geral deste estudo é discutir a formação do profissional de Odontologia a partir dos desafios das novas exigências de sua inserção no PSF. Os objetivos específicos são:

- Discutir as concepções contemporâneas do processo saúde-doença e suas implicações para Odontologia.
- Levantar o estado da arte da discussão de formação em Odontologia / PSF.
- Discutir o perfil do profissional de Odontologia, adequado aos desafios do PSF na realidade brasileira.
- Identificar tendências do cuidado à saúde bucal.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a entrevistas semi-estruturadas, relativas ao grupo do qual faz parte.

Esperamos com esta pesquisa colaborar para a formação de recursos humanos em saúde, fornecendo elementos para a discussão do modelo de formação em Odontologia e propondo algumas mudanças. Desta forma, não identificamos nenhum risco nesta pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas de forma a resguardar a sua identificação, para isto os dados serão relativos ao grupo ou instituição que representa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Comprometemo-nos com a utilização e publicação dos dados somente no âmbito da pesquisa e respeitando o sigilo previsto pela lei.

Renata Rangel Silva de Albuquerque

Pesquisadora:

Renata Rangel Silva de Albuquerque
Rua Jacob Schneider, 64 – Taquara
Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 22725-160
Tel (21) 87589963 / 24401461
E-mail: renatarangel02@yahoo.com.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola
Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:**

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 321
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 21041-210
Tel e Fax (21) 2290-0085 e 2590-3789 r: 2054
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXO 5 – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, EM ATUAÇÃO - COMPETÊNCIA MARÇO/2004

UF	NÚMERO E PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS							POPULAÇÃO							Nº ACS	Nº ESF	Nº ESB
	TOTAL	Com ACS 1	%Com ACS	Com ESF 2	% Com ESF	Com ESB 3	%Com ESB	TOTAL 4	Acomp p/ ACS 5	%	Acomp p/ ESF 6	%	Acomp p/ ESB 7	%			
DF	1	0	0	0	0	0	0,0	2.145.839	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0
GO	246	241	98,0	237	96,3	216	87,8	5.210.335	3.326.605	63,8	2.747.484	52,7	2.145.451	41,2	6.971	872	414
MS	77	76	98,7	75	97,4	62	80,5	2.140.624	1.688.919	78,9	901.726	42,1	849.526	39,7	3.060	268	138
MT	139	134	96,4	131	94,2	103	74,1	2.604.742	1.799.223	69,1	1.224.849	47,0	835.860	32,1	3.525	371	151
C.OESTE	463	451	97,4	443	95,7	381	82,3	12.101.540	6.814.747	56,3	4.874.059	40,3	3.830.837	31,7	13.556	1.511	703
AL	102	101	99,0	97	95,1	86	84,3	2.887.535	2.122.313	73,5	1.864.914	64,6	1.539.465	53,3	4.337	609	280
BA	417	411	98,6	250	60,0	147	35,3	13.323.212	10.246.856	76,9	3.920.931	29,4	2.515.598	18,9	19.876	1.180	408
CE	184	184	100,0	175	95,1	167	90,8	7.654.535	5.389.688	70,4	4.272.792	55,8	3.568.854	46,6	10.551	1.269	603
MA	217	212	97,7	159	73,3	90	41,5	5.803.224	5.275.555	90,9	2.477.832	42,7	1.292.159	22,3	11.245	742	197
PB	223	223	100,0	215	96,4	205	91,9	3.494.893	3.170.151	90,7	2.910.332	83,3	2.659.445	76,1	6.930	988	562
PE	185	185	100,0	175	94,6	94	50,8	8.084.667	6.503.545	80,4	4.308.482	53,3	2.284.593	28,3	12.382	1.275	354
PI	222	214	96,4	211	95,0	205	92,3	2.898.223	2.747.053	94,8	2.351.187	81,1	2.299.829	79,4	5.898	778	440
RN	167	164	98,2	154	92,2	142	85,0	2.852.784	2.365.737	82,9	1.842.954	64,6	1.725.866	60,5	4.983	597	353
SE	75	75	100,0	70	93,3	52	69,3	1.846.039	1.611.885	87,3	1.337.760	72,5	1.010.178	54,7	3.063	415	185
NORDESTE	1.792	1.769	98,7	1.506	84,0	1.188	66,3	48.845.112	39.432.783	80,7	25.287.184	51,8	18.895.987	38,7	79.265	7.853	3.382
AC	22	19	86,4	17	77,3	11	50,0	586.942	479.285	81,7	326.134	55,6	221.385	37,7	960	97	36
AM	62	59	95,2	44	71,0	28	45,2	2.961.801	2.356.848	79,6	1.104.831	37,3	473.175	16,0	4.971	322	73
AP	16	13	81,3	4	25,0	2	12,5	516.511	497.531	96,3	120.750	23,4	89.700	17,4	1003	35	13
PA	143	133	93,0	76	53,1	27	18,9	6.468.928	4.924.896	76,1	1.286.742	19,9	377.624	5,8	10.244	378	55
RO	52	46	88,5	40	76,9	22	42,3	1.431.777	918.246	64,1	319.315	22,3	219.318	15,3	1.801	94	34
RR	15	11	73,3	11	73,3	8	53,3	346.871	251.322	72,5	236.696	68,2	56.492	16,3	476	71	9
TO	139	138	99,3	130	93,5	111	79,9	1.207.014	1.205.281	99,9	866.300	71,8	750.562	62,2	2.989	288	149
NORTE	449	419	93,3	322	71,7	209	46,5	13.519.844	10.633.409	78,7	4.260.768	31,5	2.188.256	16,2	22.444	1.285	369
ES	78	78	100,0	63	80,8	46	59,0	3.201.722	2.066.511	64,5	1.115.011	34,8	695.418	21,7	4.369	353	125
MG	853	743	87,1	705	82,6	256	30,0	18.343.517	10.273.404	56,0	8.838.337	48,2	3.551.688	19,4	18.745	2.614	592
RJ	92	84	91,3	79	85,9	30	32,6	14.724.475	3.470.938	23,6	2.953.676	20,1	704.609	4,8	6.321	887	114
SP	645	473	73,3	437	67,8	173	26,8	38.177.742	9.263.112	24,3	7.111.919	18,6	2.450.427	6,4	16.512	2.122	420
SUDESTE	1.668	1.378	82,6	1.284	77,0	505	30,3	74.447.456	25.073.965	33,7	20.018.943	26,9	7.402.142	9,9	45.947	5.976	1.251
PR	399	381	95,5	336	84,2	205	51,4	9.798.006	5.461.184	55,7	3.938.120	40,2	2.654.428	27,1	10.114	1.204	465
RS	496	425	85,7	317	63,9	146	29,4	10.408.540	3.197.911	30,7	2.106.771	20,2	882.263	8,5	6.022	667	192
SC	293	289	98,6	286	97,6	233	79,5	5.527.707	4.054.551	73,3	3.169.643	57,3	1.961.998	35,5	8.129	1007	389
SUL	1.188	1.095	92,2	939	79,0	584	49,2	25.734.253	12.713.646	49,4	9.214.534	35,8	5.498.689	21,4	24.265	2.878	1.046
BRASIL	5.560	5.112	91,9	4.494	80,8	2.867	51,6	174.648.205	94.668.550	54,2	63.655.488	36,4	37.815.911	21,7	185.477	19.503	6.751

1- Agente Comunitário de Saúde 3- Equipe de Saúde Bucal 5- Estimativa com base de cálculo em 575 pessoas por ACS, limitada a população total 7- Estimativa com base de cálculo em 6.900 pessoas por ESB, limitada a população total
2- Equipe de Saúde da Família 4- População estimada - IBGE 2001 6- Estimativa com base de cálculo em 3.450 pessoas por ESF, limitada a população total Fonte: SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

Fonte: Brasil, 2004e.

