Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

CAROLINA CARVALHO M. PINTO

*Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia
Saúde da Família: a percepção do cirurgião dentista*

Ribeirão Preto

2008

CAROLINA CARVALHO M. PINTO

*Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia
Saúde da Família: a percepção do cirurgião dentista*

Dissertação apresentada junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP - USP para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Ribeirão Preto

2008

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pinto, Carolina Carvalho M.

Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia
Saúde da Família: a percepção do cirurgião dentista
121 p.: il.; 30cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na
Comunidade.

Orientadora: Forster, Aldaísa Cassanho

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família 3. Saúde
Bucal. 4. Competência Profissional. 5. Odontólogos. 6. Equipe
Interdisciplinar de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carolina Carvalho M. Pinto

Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia Saúde da Família: a percepção do cirurgião dentista

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção
do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*D*EDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que é minha fonte inspiradora e minha razão de viver. Amo todos vocês.

Agradecimentos

A **Professora Aldaísa Cassanho Forster**, pela orientação pertinente e ao mesmo tempo carinhosa durante todo o caminhar desta pesquisa.

Aos **10 cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto**, por terem aceitado participar desta pesquisa, colaborando para construção do conhecimento.

As **secretárias do Departamento de Medicina Social** da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pela gentileza, ajuda e solicitude.

Ao **Dr. Sidney Marcel Domingues** pela colaboração na execução das entrevistas e pelas pertinentes sugestões para este estudo.

A **Solange Pedersoli** pela simpatia, aconchego e ajuda na formatação de desse trabalho.

Ao **Professor Amaury Lelis Dal Fabbro**, pelas valiosas sugestões no processo de qualificação e pró-forma da dissertação.

Ao **Professor Antônio Carlos Duarte de Carvalho** por ter colaborado com a conveniência de suas correções no processo de qualificação.

Ao **Professor Carlo Henrique Goretti Zanetti**, pelo aceite ao nosso convite para participar da Banca Examinadora da Dissertação e pelas valiosas orientações no processo da pró-forma.

Ao **Professor Wilson Mestriner Júnior** por ter aberto as portas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto –USP para que eu pudesse estagiar e construir o objeto de estudo desta pesquisa. E também por ter colaborado no processo de qualificação.

A minha coordenadora no município de Luiz Antônio, a **Dra. Lílían S. Pimentel Nogueira** pela amizade, força e compreensão pelas minhas ausências para construção deste estudo.

Ao meus queridos **vô Gouvêa e vó Isaura**, pelo amor, dedicação e exemplo de conduta em minha vida.

Aos meus irmãos **Chiquinho e Du** por todo apoio, paciência e carinho.

A minha amiga **Regina** pela dedicação, força e exemplo de vida.

Ao meu querido companheiro, amigo e fisioterapeuta, **Dr. Paulo Miguel Casillo**, pelo carinho e pelas palavras de incentivo e sabedoria.

Aos meus pais por terem me ensinado valores de responsabilidade, por serem exemplo de vida e conduta: Vocês são minha fonte de inspiração eterna!!!! Amo vocês!!!

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto por ter me acolhido para esta jornada.

A todos que colaboraram direta e indiretamente neste trabalho.

RESUMO

PINTO, C. C. M. **“Trabalho em equipe e competência profissional na Estratégia Saúde da Família: a percepção do cirurgião dentista”**. 2008. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2008.

A Saúde Bucal deve ser entendida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e que está relacionada com as condições de saneamento; alimentação; moradia; trabalho; educação; renda; transporte; lazer; liberdade; e acesso à terra, aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1993). Um ator nesta história se torna primordial, o cirurgião dentista, responsável por proporcionar padrões adequados de saúde bucal para o conjunto da população de um país, de uma região, ou de uma localidade; procurando formular estratégias e linhas de ação que permitam a construção de uma saúde de base coletiva. Esta investigação tem por objetivo analisar a percepção do cirurgião dentista da equipe de saúde Bucal (ESB) sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Saúde Bucal; com enfoques no trabalho em equipe e nas suas competências na ESF. Constitui-se em um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa dos dados. Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada com os 10 cirurgiões dentistas que trabalham na equipe de saúde bucal da ESF do município de Ribeirão Preto. As entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Para interpretação dos dados nos baseamos na análise de conteúdo preconizada por BARDIN (1977). Com relação aos resultados da caracterização do sujeito, constatamos que todos os CDs entrevistados egressaram da graduação há mais de 14 anos, com média de 24,4 anos de formação acadêmica. Com relação à idade, os profissionais, possuem média de 46,2 anos, a maioria é do sexo masculino e também casado. Eles possuem uma média de tempo de trabalho na ESF de 29,9 meses, todos os profissionais possuem especialização e somente um entrevistado não possui formação voltada para a área de Saúde Pública. Da análise das entrevistas realizadas com os cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família emergiram dois temas principais: o trabalho em equipe e as competências profissionais para o trabalho na ESF. Estes dois temas são de grande importância para o cirurgião dentista, para que este possa proporcionar uma elevação dos níveis de saúde da população, principalmente da saúde bucal.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Saúde Bucal, Competência Profissional, Odontólogos, Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

PINTO, C. C. M. **“Team work and Professional competence in the Family Health Strategy: the surgeon dentist’s perceptions”**. 2008. 121f. Dissertation (Master Degree). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Oral health must be understood as integral and inseparable part of the individual’s general health and is related to sanitary conditions, eating, housing, work, education, income, transport, leisure, freedom, and access to land, health services and information (BRASIL, 1993). The surgeon dentist is an essential actor in this scenario, responsible for providing adequate standard levels of oral health to the population of a country, region or local, seeking to elaborate strategies and actions that allow the construction of collective health. This investigation aims to analyze the surgeon dentist’s perception regarding the Oral Health Group (ESB) on the Family Health Strategy (ESF) in Ribeirão Preto, SP, Brazil. Interviews will be fully recorded and transcribed. Data interpretation is based on content analysis by Bardin (1977). Regarding the subjects’ characterization, we verified that all the SD interviewed are graduated for more than 14 years, with an average of 24,4 years. The professionals are, in average, 46,2 years old and the majority is male and married. They work for an average of 29,9 months in the ESF, all have specialization and only one interviewed is not specialized in Public Health. From the analysis of their reports emerged two main themes: team work and professional competences for the work at ESF. These two themes are of great importance for Surgeon dentists, so they can support improved health levels for the population, especially oral health.

KeyWords: Primary Health Care. Family Health, Oral Health, Professional Competence, Dentists, Patient Care Team

LISTA DE SIGLAS

ACD –	Atendente de Consultório Dentário
ACS –	Agente Comunitário da Saúde
APS –	Atenção Primária à Saúde
CEB –	Câmara da Educação Básica
CEO –	Centro de Especialidades Odontológicas
CD –	Cirurgião Dentista
CFO –	Conselho Federal de Odontologia
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
CNE –	Conselho Nacional de Educação
CNES –	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONEP -	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
DGES -	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRS-XIII –	Departamento Regional de Saúde XIII
ESB –	Equipe de Saúde Bucal
ESF –	Estratégia Saúde da Família
IDHM –	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OIT –	Organização Internacional do Trabalho
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPAS –	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS –	Programa dos Agentes Comunitários da Saúde
PNSB –	Política Nacional de Saúde Bucal
SEAD –	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEGTES -	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS –	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SINASC –	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIM –	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISVAN –	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS –	Secretaria Municipal de Saúde
THD –	Técnico em Higiene Dental
UBS –	Unidade Básica de Saúde
USF –	Unidade de Saúde da Família
WHO –	World Health Organization

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 -	Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil em Março de 2008..	25
Mapa 2 -	Região Administrativa de Ribeirão Preto em 2007.....	50

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	16
2	INTRODUÇÃO	19
	2.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	20
	2.2 A Odontologia e a Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	26
	2.3 Trabalho em saúde e competência profissional	35
	2.4 O trabalho em equipe na Saúde da Família	41
3	OBJETIVOS	45
	3.1 Geral	46
	3.2 Específicos	46
4	PERCURSO DA PESQUISA	47
	4.1 Tipo de pesquisa	48
	4.2 Quanto à abordagem	48
	4.3 Campo da Pesquisa	49
	4.4 Critérios de Seleção do Sujeito.....	51
5	COLETA DE DADOS	52
	5.1 Entrevistas	53
	5.2 O Estudo Piloto	54
	5.3 Procedimentos Éticos	54
6	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	56
7	RESULTADOS/DISCUSSÃO	58
	7.1 A Saúde Bucal na ESF no município de Ribeirão Preto	59

7.2 Caracterização do Sujeito	59
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	106
ANEXOS	117
APENDICES	120

1 APRESENTAÇÃO

O objeto dessa investigação se centra na questão da percepção do cirurgião dentista (CD) da Equipe de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o trabalho em equipe e as suas competências dentro da Atenção Primária à Saúde (APS).

Partimos do pressuposto que os CDs que trabalham na ESF encontram muitas dificuldades, não somente com relação aos princípios do SUS. Existem barreiras a serem por eles transpostas, como a sua própria formação especializada, a falta de experiência para o trabalho em equipe, pouca capacitação para trabalhar a saúde bucal coletiva com o indivíduo e a comunidade, dificuldade em trabalhar as informações em saúde e principalmente, não saberem, ao certo, suas reais competências na ESF. Tudo isto faz com que eles sejam, muitas vezes, excluídos de todo o processo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um grande potencial para contribuir com as propostas e responsabilidades apontadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), na construção de um modelo de saúde mais humanizado e resolutivo (BRASIL, 2001a).

Entretanto, a ESF ainda encontra alguns obstáculos a serem transpostos. Segundo Aleixo (2002), o maior deles é a pouca qualificação dos trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, que acaba por limitar a implementação desta estratégia.

A base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população são os trabalhadores do setor saúde. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção (NOB/RH-SUS, 2004).

O cirurgião dentista (CD) como profissional integrante do contexto saúde, não

¹ Segundo os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, **Trabalhadores do SUS** são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS (NOB/RH-SUS – Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS. Resolução nº 330 de 4 de Novembro de 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf . Acesso em: 22 set. 2008).

poderia ficar de fora destes questionamentos, pois cada dia mais a saúde bucal desponta como uma preocupação, tanto no enfoque da promoção e prevenção, quanto tratamento e recuperação.

Apesar disso, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são ainda, pouco incorporados à atitude profissional do CD para saúde bucal, em boa parte dos sistemas locais de saúde.

Torna-se então, um grande desafio transformar a atenção em saúde bucal num direito de todos os cidadãos brasileiros, independentemente da idade, escolaridade ou classe social (SILVEIRA FILHO, 2002).

2 INTRODUÇÃO

2.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Em 1978, a OMS formulou um dos conceitos mais conhecidos de Atenção Primária à Saúde (APS):

[...] A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (WHO, 1978, p.7)

Com essa proposição da APS como doutrina universal na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma Ata no ano de 1978, ficaram definidos como elementos essenciais da APS a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar, a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável; e a valorização da medicina tradicional.

Segundo Starfield (2002), a APS deve otimizar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual. Essa mesma autora, já havia mostrado a importância da APS em um trabalho realizado com 12 nações industrializadas ocidentais, quando pode verificar que países com uma política voltada para a APS, possuem maior probabilidade de apresentar melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD, 1994).

Este conceito parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na

tecnologia, na especialização e na supremacia do hospital, como ainda é o caso do Brasil. Tanto é verdade que Mendes (2002), constatou a existência de três interpretações para a APS: a atenção primária à saúde como **atenção seletiva**, a atenção primária à saúde como **o nível primário do sistema de serviços de saúde** e a atenção primária à saúde como **estratégia de organização do sistema de serviços de saúde**. Afirma ainda, que essas três decodificações, além de serem encontradas em vários países, podem conviver dentro de um mesmo país.

Neste contexto de transformações e novas proposições para a melhoria da saúde no mundo, vale destacar a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986. Neste encontro chega-se ao “diagnóstico de esgotamento do modelo assistencial” vigente no país, modelo este, que possui a visão de saúde como sendo um método de intervir no processo da doença e se aprova um relatório (Reforma Sanitária Brasileira) que viria a servir de base para a elaboração da seção da saúde da nova Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1986a).

A Constituição Federal de 1988 inclui, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde no capítulo “Seguridade Social”. Ela reconhece através do Art. 196 que *a saúde é direito de todos e dever do Estado*. No Art.198 a Constituição estabelece que *as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único*, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Esse sistema de saúde visa a inclusão da população em um quadro de melhores indicadores de saúde e de qualidade de vida. E é neste contexto que a APS se faz importante, buscando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e do meio ambiente.

Neste momento se faz importante uma observação: o conceito de APS é mais encontrado na literatura internacional, em nosso país utiliza-se o termo Atenção Básica (AB). Segundo a definição do Ministério da Saúde em 2006,

[...] Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006a, p. 12).

A APS representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 2001a).

Para organizar a APS é criada a ESF, para alterar o modelo assistencial, ou seja, construir um modelo de saúde privilegiando a integralidade e a humanização da atenção através do trabalho interdisciplinar e multiprofissional de equipes de saúde que estabeleçam vínculos de responsabilização com população (BRASIL, 2001a).

[...] A estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados, é estabelecida tendo em vista um objetivo, determina o desenvolvimento da ação em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto, procura reunir informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso. Programa é a determinação a priori de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo, é eficaz apenas em condições externas estáveis. (MORIN, 2004, p. 64).²

A ESF foi criada, em 1994, pelo Ministério da Saúde e está estruturada a partir de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), que trabalham com base nos princípios de caráter substitutivo do antigo modelo, buscando a integralidade da assistência, a hierarquização e territorialização, por meio do cadastramento da clientela, num trabalho realizado com uma equipe multiprofissional. A USF pode ser o antigo Posto

² Embora o autor tenha colocado a estratégia como oposição ao programa, entende-se que ela é uma forma de desenvolver uma política de saúde.

ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. A USF funciona como porta de entrada do sistema, e o que não pode ser resolvido ali, é encaminhado para serviços mais especializados (BRASIL, 2001a).

Segundo Aleixo (2002), a ESF possui um bom potencial para estruturar a APS em nosso país. Ribeiro, Pires e Blank (2004) complementam esta assertiva, dizendo que a ESF propõe uma ruptura com o modelo assistencial atual (modelo biomédico) e que constrói uma nova prática, com uma dimensão ética.

Afirmção que aponta a necessidade de superar um modelo de saúde que não percebe a visão holística da saúde e a APS como modelo de assistência, ou parte importante dele, que a OMS recomenda para enfrentar as iniquidades e distorções do sistema de saúde biologicista e centrado na doença. Nesse movimento de mudança a ESF tem mostrado sua potência na construção do sistema de saúde que está definido na constituição e legislação brasileira (BRASIL, 2001a).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a ESF deve estar embasada em uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. As equipes trabalham com uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias, e recomenda-se que cada uma preste assistência, em média, a 3000 habitantes e no máximo a 4000 habitantes (BRASIL, 2006a).

O Brasil possuía, segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 1994 um total de 55 municípios com a ESF. Entretanto, houve uma grande expansão (Gráfico 1), pois em março de 2008, o país possuía um total de 27.886 equipes

coabrindo³ um total de 5.141 municípios e 16.372 ESB cobrindo um total de 4.339 municípios (Mapa 1).

FONTE: BRASIL, 2008a - <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

Gráfico 1. Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil entre 1994 e Março de 2008

³ Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo subsídios para analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais à população; auxiliar na elaboração do Planejamento e da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde. (PPI); e auxiliar no Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.101 de 12 de junho de 2002. 2002a. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/servicos-de-alta-complexidade/PORTARIA_1101.pdf. Acesso em: 31 mai. 2008).

FONTE: BRASIL, 2008a - <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

Mapa 1. Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil em Março de 2008

Com essa estratégia, a família passa a ser a unidade de cuidado, e isto implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades (BRASIL, 2001a).

Para Romanelli (2003), as famílias dispõem de um repertório cultural específico, por meio da qual atribuem significado à saúde e à doença, que muitas vezes se contrapõe aos saberes e aos procedimentos da medicina. A família é instituição relevante quanto aos cuidados dispensados à saúde e à doença de seus integrantes, o que se deve, principalmente, às relações afetivas e personalistas expressas nesses cuidados.

Este mesmo autor explica ainda, que a família não pode ser reconhecida com um grupo organizado de uma única maneira, pois ela se insere em uma classe ou camada social e organiza suas relações internas e externas de acordo com determinado repertório cultural.

o entendimento dessa diversidade de arranjos é importante, já que as possibilidades de cuidados com a saúde e de atendimento aos doentes são condicionados por esses arranjos, como também pelo repertório cultural da mesma (ROMANELLI, 2003).

A família influi na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes no processo de saúde, risco e doença”. Isto faz com que o papel da família, em saúde, se torne inquestionável, já que a gênese de condutas de risco para a saúde e a adoção de doença tem base na estrutura e dinâmica familiar (BOURDIEU, 1996).

A ESF é um projeto amplo, que se preocupa com o indivíduo como um todo, inserido num contexto familiar e dentro de uma realidade específica. Avalia, dentre todos os aspectos da saúde integral, as questões ligadas à saúde bucal, considerando a influência de outros fatores, além das características biológicas individuais, ligadas ao estilo de vida e hábitos, como também as características geográficas e sócio-econômicas, e acesso a recursos materiais e sociais (MOYSÉS; WATT, 2000).

2.2 A Odontologia e a Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

A saúde humana sofreu uma grande revolução durante o século XX. Segundo o relatório da OMS, esta revolução é resultado da geração e aplicação de novos conhecimentos; incremento na ingestão de alimentos; melhoria do saneamento e da água e do processo de urbanização (WHO, 1999).

Outro fato ocorrido no mesmo período, com relação à saúde bucal, foi o crescente consumo de açúcar, principalmente nos países ocidentais, consequência do incremento na ingestão de alimentos mais elaborados (cariogênicos). Esta nova dieta favoreceu a expansão dos níveis de ataque pela cárie dental, se concentrando nas crianças e adolescentes, até atingir níveis nunca antes vistos (PINTO, 2000).

A Saúde Bucal deve ser entendida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e que está relacionada com as condições de saneamento; alimentação; moradia; trabalho; educação; renda; transporte; lazer; liberdade; e acesso à terra, aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1993).

Neste momento torna-se necessário pensar as relações entre odontologia e saúde bucal. Pinto (2000) cita que a odontologia, principalmente durante as três últimas décadas do século XX, se tornou mais eficiente e de melhor qualidade, capaz de oferecer alternativas técnicas de crescente sofisticação e praticidade para solucionar os problemas de saúde bucal (mesmo os mais complexos). Entretanto, o avanço tecnológico da odontologia no século XX não contribuiu adequadamente para a melhoria do padrão de saúde bucal.

Este fato pode ser explicado pela “embriaguez histórica” que caracteriza a reação da odontologia frente ao mundo que ela, apesar de sentir e sofrer, não é capaz de investigar, compreender e explicar (ZANETTI, 2000).

Como prática social, a odontologia deve justificar sua existência e como profissão é criticada por sua ineficácia epidemiológica; são igualmente criticados seu alto custo de produção/reprodução, o elitismo e o exagerado tecnicismo. Soma-se a tudo isso a crise interna da profissão (educação e mercado de trabalho) (BOTAZZO, 2003).

No Brasil dos anos 1980, em decorrência da crise econômica, inicia um processo de desregulação do mercado de trabalho, marcado, nessa primeira etapa, por um movimento contraditório: de um lado, uma desregulação impulsionada pela tendência de desestruturação do mercado de trabalho; de outro, ocorre uma tentativa de regulação⁴

⁴ A regulação do trabalho pode ser entendida como a síntese de dois fatores determinantes: a estruturação do mercado de trabalho (relacionada ao desenvolvimento econômico do país e ao avanço das relações de produção) e a regulamentação do mercado de trabalho (relacionada ao grau de organização política e social de nação) (CARDOSO, J. C. **Crise e desregulação do trabalho no Brasil**. IPEA – Texto para discussão, n. 814, Brasília, 2001).

motivada pela regulamentação desse mercado, por meio da Constituição de 1988. Esse processo é mais evidenciado nos setores produtivos, mas também vem sendo notado nos setores de serviços, dentre eles a saúde (BRASIL, 2007a).

Segundo Nogueira (2006), apesar da desregulação do mercado de trabalho em saúde, existe o aspecto da flexibilização do setor. Para o autor este fato é observado no setor público, que se comporta como um forte indutor de empregos como é o caso do SUS no Brasil.

Este processo ocorrido no mercado de trabalho também afetou a odontologia brasileira, que se encontra em franca, acelerada e irreversível reorganização. Entretanto, os CDs lançados nesse mercado em dissolução, nunca foram estimulados a refletir sobre a sucessão de fatos, com alguma consequência e propriedade sociológica, antropológica, histórica, econômica e política devido a sua (de) formação acadêmica (ZANETTI, 2000).

Segundo Zanetti (2002), a odontologia ainda não reconhece o seu atraso como ciência e prática social. Isto porque, para sua comunidade acadêmica, as limitações de seus objetos, sua episteme e sua hermenêutica não são claras e nem tratadas como problemas a serem superados. Para este mesmo autor, o atraso gerou limitações na própria capacidade de auto-análise. Para superar essa fixação (ou atraso) é necessário elaborar uma “reflexão de segundo nível”⁵ que tenha capacidade de explicar a própria odontologia.

Ainda segundo Zanetti (2002), a base de sustentação científica da odontologia é o conjunto de conhecimentos aplicados e de aplicação do conhecimento. Abrir a odontologia, sem reducionismos, à pluralidade das ciências e à pluralidade da sociedade é ampliá-la para grandes debates internos e externos aos quais, toda e qualquer ciência necessita estar submetida para se manter viva.

⁵ “Discussão de segundo nível porque toma a própria odontologia (ciência) como objeto empírico que carece de justificação teórica (relação sujeito/objeto) e hermenêutica (na relação parte/todo ou nós/eles)” (ZANETTI, C. H. G. A formação do cirurgião dentista. In: ANGELIM, A. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, p. 21-41, 2002).

As discussões para uma melhora da odontologia que refletisse nos padrões de saúde bucal da população⁶ tiveram início com as transformações proporcionadas pela VIII Conferência Nacional de Saúde e em seguida, pelas Conferências Nacionais de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi realizada em conjunto com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Não havia, até aquele momento, na história da odontologia, registro semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Alguns temas importantes foram discutidos já nesta ocasião, como: o diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil; a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde; a adoção de uma Política de Recursos Humanos em Saúde Bucal; formulação de um Programa Nacional de Saúde Bucal; e o financiamento do Setor de Saúde Bucal (BRASIL, 1986b).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, representou um dos mais importantes fóruns de discussão da saúde bucal no país, apresentando críticas severas ao pensamento e à prática neoliberal modernista; permitindo a aprovação de diretrizes e estratégias, levando em conta a saúde bucal como direito de cidadania. Baseado neste aspecto, vários temas foram discutidos e rediscutidos, como o novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento e o controle social (BRASIL, 1993).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal se realiza, em 2004, numa conjuntura marcada pelo agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais – o que gerou grande expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas pudessem finalmente, se concretizar, dentre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal. O tema central desta conferência, “Saúde Bucal: acesso e qualidade,

⁶ Cabe ressaltar, que para estas discussões, importa tão somente que o conhecimento quando aplicado como tecnologia clínica, dê resultados. Isto porque não se faz uma ruptura epistemológica completa para com o senso comum (ZANETTI, C. H. G. A formação do cirurgião dentista. In: ANGELIM, A. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, p. 21-41, 2002).

superando a exclusão social”, foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (BRASIL 2004a).

Para um melhor entendimento da odontologia Narvai (1992), conceitua os termos atenção e assistência odontológica. Ela caracteriza assistência odontológica pelo conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não, enquanto a atenção em saúde bucal se configura em um conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. Já a atenção à saúde bucal é constituída, por um conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal.

Ele afirma ainda que tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa etc.) (NARVAI, 1992).

A limitação na cobertura e na resolubilidade das práticas em saúde bucal baseia-se, em parte, na histórica dependência de insumos e ferramentas de trabalho, necessárias ao desenvolvimento das atividades curativas, e insuficientes para atender às diferentes demandas de saúde (SANTOS; ASSIS, 2006).

Para o estabelecimento da atenção primária à saúde bucal, a prática odontológica deve incorporar novas “tecnologias” e recursos humanos preparados para o desenvolvimento de ações coletivas; sem os quais não será possível obter impacto na cobertura à população e nem alterar suas características epidemiológicas (BRASIL,

2004a).

Atento a essa necessidade, o Ministério da Educação propõe, em 2003, as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2002b).

Matos e Tomita (2004) desenvolveram um estudo, visando oferecer uma contribuição à compreensão de como estas mudanças foram percebidas e sua possível atuação como indutoras de um novo olhar de formadores e estudantes de odontologia, principalmente no que diz respeito à atuação do cirurgião dentista na ESF. Segundo os autores, a percepção dos formadores mostra espaço para mudanças institucionais visando à adequação do currículo em direção às propostas da Lei de Diretrizes e Bases.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de Saúde Bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção neste contexto, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na ESF. O cirurgião dentista também passou a fazer parte da equipe de saúde da família, como estratégia de mudança do modelo, em 2000 (BRASIL, 2000).

No ano de 2004, o número de equipes de saúde bucal na ESF em todo país já havia dobrado, chegando a 8.999 equipes, distribuídas em 3.200 municípios. Em março de 2005, verificou-se um acréscimo de mais de 121% no número de equipes de Saúde Bucal, em comparação com 2002. Esse incremento elevou a cobertura populacional de 26 para mais de 49 milhões de pessoas (BRASIL, 2005a).

Existem duas modalidades de equipes de saúde bucal (ESB), segundo a Política

Nacional de Atenção Básica. A ESB na modalidade I é composta por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário e na modalidade II é composta por um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental. As ESB possuem um trabalho integrado a uma ou duas equipes de saúde da família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as equipes de saúde da família às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes. Essas equipes devem compartilhar conhecimentos e participar ativamente das ações necessárias na APS (BRASIL, 2006a).

O ponto de partida para o conhecimento sobre o coletivo das famílias e suas necessidades de saúde para a tomada de decisão são as informações em saúde.

A informação assumiu um forte papel estratégico, com a entrada da sociedade moderna na era da informática. A informação em saúde é um recurso imprescindível na identificação de necessidades de saúde da população, contribuindo para a busca de soluções.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Sistema de Informação em Saúde é definido como “mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para organizar e operar os serviços de saúde e também para a investigação e o planejamento com vistas ao controle das doenças.” (MORAES, 1994, p. 26)

Atualmente existe uma grande quantidade de informações geradas no país, para os mais diversos fins, provenientes de grandes bancos de dados nacionais. Os sistemas de informações mais utilizados no momento são o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) e SIAB (Sistema de Informação em Atenção Básica), sobre o qual faremos algumas breves considerações.

O SIAB é um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004b, p.9)

As informações para o SIAB são obtidas nas visitas às comunidades, em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelas ESF e pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).

As avaliações do estado de saúde das populações têm sido, muitas vezes, baseadas em indicadores clínicos, principalmente no que diz respeito à saúde bucal. Para Pinto (2000) uma informação de que 90% dos habitantes de uma certa região apresentam cárie dental ou doença periodontal não permite, por si só, elaborar qualquer programação de atendimento curativo ou preventivo, pois não fornece uma idéia de intensidade desses fenômenos nos variados grupos que compõem cada comunidade. Os Sistemas de Informação devem funcionar como um coletor de dados epidemiológicos, tudo dentro da filosofia de uma interação humanizada com a comunidade, mas com relação à saúde bucal ainda existe bastante dificuldade em fazê-lo.

A OMS, em parceria com diversas instituições e entidades odontológicas, desenvolveu o Projeto SB Brasil, de investigação sobre as *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002 - 2003*. Os resultados dessa pesquisa suscitaram ampla discussão que veio contribuir para a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada *Brasil Sorridente*, contemplando as diretrizes do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção em todos os níveis no âmbito do SUS (BRASIL, 2004c).

A Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, em 2004, apresentou um documento com as suas diretrizes para a reorganização da atenção à Saúde Bucal no âmbito do SUS. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal têm como, eixo condutor de reorientação do modelo, o conceito do cuidado, trazendo consigo a

proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Dentre os pressupostos propostos por essas diretrizes está a incorporação da Saúde da Família como importante estratégia na reorganização da APS (BRASIL, 2004d).

Todo esse processo de trabalho em saúde bucal deve estar pautado na interdisciplinaridade e multiprofissionalismo; integralidade da atenção; intersetorialidade; ampliação e qualificação da assistência; condições de trabalho e parâmetros (BRASIL, 2004d).

Visando o princípio da integralidade, a atenção especializada também foi contemplada pela Política Nacional Saúde Bucal, já que até o lançamento desta política, em 17 de março de 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor (BRASIL, 2004d).

No âmbito da assistência, além da ampliação e qualificação da atenção básica, as diretrizes da Política Brasil Sorridente apontam também, para a ampliação do acesso à todas as faixas etárias e para a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção, além da equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal (BRASIL, 2004d).

Esta PNSB apresenta, como principais linhas de ação, a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) (BRASIL, 2006b).

A implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) vem

diretamente ao encontro à necessidade de ampliação da Atenção Especializada. Os CEO foram instituídos em 2006 pela Portaria 599/GM de 23 de Março de 2006, que os definem como:

[...] estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Tipo Clínica Especializada/ Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais” (BRASIL, 2006c, p.1).

Apesar das visíveis tentativas de mudança do modelo de saúde bucal, existem as limitações de um sistema de saúde falido, por seu alto custo e baixa eficácia. As ações inovadoras de base preventiva ainda são incipientes e não ameaçam a sólida hegemonia com que o modelo biológico-curativista é exercido (PRADO; TOMITA, 2003).

2.3 Trabalho em saúde e competência profissional

Desde as origens do SUS já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, já se destacavam as questões de recursos humanos⁷ e em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho (MOTA et al., 2001).

A força de trabalho nos serviços de saúde não é apenas uma reunião de

⁷ Um avanço importante da estruturação da política de gestão do trabalho no Brasil foi a assimilação do conceito de Gestão do Trabalho em substituição ao de Recursos Humanos, que se objetiva pelo deslocamento da sua vinculação à ciência da administração. Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos de mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como ser social e a sociedade (PIERANTONI, C.; VARELA, T.; FRANÇA, T. **Recursos humanos e gestão do trabalho**: da teoria para a prática. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil, Estudos e Análises, v.2, p.51-70, 2004).

trabalhadores não-especializados, semi-especializados, semi-profissionais e profissionais, como a análise da modalidade ocupacional e a da força de trabalho se inclinam a tratá-la, mas sim uma organização social das ocupações coordenadas obrigatoriamente. Encontra-se muitas vezes uma estrutura hierárquica da autoridade, mas é profissional e não administrativa, baseada mais na autoridade da “*expertise*”⁸ imputada do que na autoridade do cargo administrativo (FREIDSON, 1998) .

Durante o longo período de 1950 até meados de 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde voltava-se para o financiamento e a organização da rede de serviços do SUS. A questão da gestão do trabalho, ainda que presente na retórica como fundamental, não se traduzia em foco de atenção vinculado à organização da produção do próprio trabalho na sociedade. A discussão sobre um novo paradigma do trabalho nas sociedades pós-industriais, que se instala com mais nitidez nas décadas de 1980 e 1990, a partir da reestruturação produtiva⁹, recoloca a centralidade do trabalhador nesse processo, ampliando a discussão sobre gestão do trabalho (BRASIL, 2007a).

Nesse quadro de mudanças e de novas estratégias de gestão, há um certo consenso, segundo Garay (2006), no que se refere a uma maior valorização do trabalhador qualificado. Para a autora, o perfil do novo trabalhador adequa-se as novas funções que cada trabalhador deverá desempenhar, atentando-se ainda a possibilidade de transferibilidade entre setores ou até mesmo a construção de formas alternativas de

⁸ Freidson conceitua “*expertise*” (conhecimento complexo) como uma autoridade implícita no princípio ocupacional, ou seja, um trabalhador pode obter o controle sobre seu próprio trabalho porque conseguiu persuadir outros de que ele e somente ele tem competência para fazê-lo (FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.).

⁹ Termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial nos últimos tempos, pela introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando-se alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível. Entre as mudanças organizacionais, destacam-se a redução substancial dos níveis hierárquicos, a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador, o trabalho em grupos, mão de obra com maior capacitação e disposta a participar, a aprendizagem, a autonomia, a cooperação, diferenciando-se da lógica da especialização intensiva do trabalho (GARAY, A. B. S. **Reestruturação produtiva e desafios de qualificação: algumas considerações críticas**. 2006. Disponível em: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>. Acesso em: 20 Set. 2008).

sobrevivência fora do mercado formal de trabalho. Entre as novas competências requeridas desse trabalhador destacam-se o aumento de escolaridade exigida, exigência de conhecimentos gerais, capacidade de planejar, capacidade de comunicação, trabalho em equipe, flexibilidade, acesso a mais informações, capacidade de decisão frente a problemas complexos, valorização de traços de personalidade (com responsabilidade, criatividade, iniciativa e espírito crítico).

Atualmente, palavras e locuções tais como “qualificação”, “competência” e “formação profissional” têm sido insistentes nas falas e documentos das mais diversas instituições sociais, em virtude das mudanças pelas quais vêm passando a sociedade brasileira, mudanças essas geradas pelas transformações técnico-organizacionais no âmbito do trabalho (MANFREDI, 1998).

Segundo Freidson (1998), é necessário o desenvolvimento de uma genuína sociologia do trabalho que trate, de maneira sistemática, de tópicos como a natureza e as variedades do conhecimento e competência especializados que são incorporados no trabalho, o papel desse conhecimento e competência especializados na diferenciação do trabalho em ocupações e suas maneiras pelas quais a diferenciação se torna organizada. Para este autor, o que distingue as ocupações umas das outras é o conhecimento e competências especializados necessários para a realização de tarefas diferentes numa divisão do trabalho.

Para Deluiz (1996; 2001), a noção de competências surge na Europa a partir dos anos 80 e vem substituir a qualificação, um conceito-chave na sociologia do trabalho. Para a autora, o conceito de qualificação está vinculado à escolarização e sua correspondência no trabalho assalariado, portanto relacionado aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador.

Para Freidson (1998) podíamos ver, já no início do século XX, um ponto em que

surgiu e floresceu um princípio específico de autoridade como alternativa antagônica à autoridade do cargo, um princípio inerente a uma sociedade verdadeiramente instruída. Ele refere-se à autoridade da “*expertise*” ou competência institucionalizada como o terreno especial para determinados tipos de organização ocupacional. A autoridade da “*expertise*” repousa antes no conhecimento e capacidades especiais que no exercício do cargo, repousa antes na habilidade produtiva, e até mesmo criativa, que na administração de homens trabalhadores. E sua afirmação é motivada pelo compromisso do trabalhador com aquilo que ele considera seu trabalho e sua especial capacidade de avaliá-lo porque ele é o único que o faz.

Competência, em seus enfoques semânticos, apresenta como um de seus sentidos: “[...] qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa [...]”, assumindo, assim, os significados de “capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade” (FERREIRA, 2004).

Segundo o Conselho Nacional de Educação (CNE) competência profissional é a “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (CÂMARA DA EDUCAÇÃO BÁSICA (CEB), 1999 - Resolução CNE/CEB Nº 04/99).

A noção de competência, segundo Witt (2005), sucede à de qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de formação no processo de reestruturação produtiva.

Para Ramos (2001, p. 283) “[...] a competência não substitui a qualificação, mas desloca a para um plano secundário, como forma de se consolidar como estratégia ordenadora da relação trabalho-educação”. Ele define, ainda, competência como uma noção apropriada ao pensamento pós-moderno, considerando competência um conceito

adaptativo e experimental. Conclui, portanto que competência é o mecanismo de adaptação dos indivíduos à instabilidade da vida, por construir os instrumentos simbólicos que permitem interpretar a realidade a seu modo e construir modelos significativos e viáveis para seus projetos pessoais.

As competências não devem ser entendidas como meras habilidades, atitudes, conhecimentos ou destrezas, já que um conjunto de habilidades não constitui por si só uma competência. As competências se definem em relação a situações de trabalho determinadas. Neste sentido, a emergência de competências implica um desenvolvimento crescente da autonomia do indivíduo (OIT, 2002).

Deluiz (1996) amplia o leque de novas competências requeridas ao trabalhador para além da dimensão cognitiva, intelectual e técnica, incorporando aquelas de natureza organizacional ou metódica, comunicativas, comportamentais, sociais e políticas.

O conceito de qualificação contém uma dimensão conceitual, segundo Mota et.al. (2001), que é expressa pela existência de uma certificação; uma dimensão social, expressa pelo conjunto de direitos advindos do processo de certificação; e uma dimensão instrumental, que se processa no ato do trabalho onde a subjetividade do trabalhador é referida. Estes autores definem competência como “uma sobrevalorização da dimensão instrumental da qualificação, a partir da revalorização da subjetividade do trabalhador no processo de trabalho”.

Pensando nisso, o Ministério da Saúde propôs algumas competências para os profissionais de saúde que trabalham na estratégia de saúde da família. Nela cada profissional possui suas próprias competências, porém há as que são comuns a todos eles. Segundo a Portaria N° 648/GM de 28 de Março de 2006 as competências globais podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local (BRASIL, 2006a).

O cirurgião dentista (CD) da ESB, também como os demais profissionais da equipe

da ESF, possui as suas competências específicas, segundo a Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006 (BRASIL, 2006a):

- I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o seguimento do tratamento;
- V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
- IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL 2006a).

Pensando nas competências exigidas para o profissional que trabalha na APS, Gontijo (2007), propôs um “Decálogo do Profissional de Saúde (cirurgião dentista) Competente, para atuar na Atenção Primária à Saúde. Esta autora organizou esse decálogo baseado em sua tese de doutorado, onde entrevistou 337 dentistas que atuavam em APS de 12 municípios da região do Triângulo Mineiro/Alto do Paranaíba do estado de Minas Gerais. O objetivo da pesquisa era identificar e analisar as competências gerais e específicas do cirurgião dentista na APS. O processo de construção das competências proporcionou sintetizar e sistematizar em 10 (dez) as competências que expressam, no mundo do trabalho, especialmente no contexto do SUS, as competências necessárias ao profissional de saúde, enfocando o cirurgião dentista com perfil para atuação na APS. O decálogo compreende as seguintes competências:

- “1- Acolher o usuário;
- 2- Assumir a responsabilidade sobre o trabalho, tomar a iniciativa, exercitar a criatividade, ter flexibilidade, de aprender, de ter abertura e adaptar-se às mudanças e desenvolver a auto-estima;
- 3- Dominar os conteúdos das atividades, das regras e dos procedimentos da sua área específica de trabalho;
- 4- Promover a ampliação do acesso à saúde bucal do usuário, com base na interação com a comunidade e em linhas de cuidado e de condições de vida;
- 5- Desenvolver o trabalho em equipe;
- 6- Assumir posição de liderança, no trabalho em equipe multiprofissional;
- 7- Possuir a capacidade de auto-planejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos protocolados e validados conjuntamente com a equipe, de gerenciamento de seu tempo e espaço;
- 8- Promover saúde e ter postura e visão preventiva.
- 9- Estar sempre atualizado e ser capaz de aprender continuamente;
- 10- Possuir responsabilidade e atitude social”. (GONTIJO, 2007, p.183-186)

2.4 O trabalho em equipe na Saúde da Família

Com a crescente especialização dos profissionais de saúde, houve uma perda da visão integral do indivíduo, e as decisões passaram a ser tomadas de maneira mecânica, a partir do diagnóstico inicial e baseados em protocolos considerados adequados. Este comportamento vem diminuindo a capacidade de resolver problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação ao resultado de suas práticas. Isto acaba por gerar uma perda de eficiência, custos crescentes e prolongamento indefinido da linha de atendimento. Para a solução desta prática, tem-se proposto combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização para todos os profissionais de saúde, bem como a constituição de um trabalho multidisciplinar em equipe (CAMPOS, 1997).

Para Malik et al. (1998), a saúde é multidisciplinar por excelência, o que transforma o trabalho em equipe, enquanto categoria fundamental, numa das questões mais frequentes no discurso dos profissionais da saúde.

Segundo estes mesmos autores, coexiste na área da saúde uma série de profissionais

com formação diferente, cada um com suas normas, parâmetros, visões de mundo e noções de ética. Em algumas instituições isso pode ser considerado o começo da formação da equipe multiprofissional; em outras, explica-se a partir daí a inviabilidade do trabalho multiprofissional; ainda em outras, admiti-se que é possível trabalhar com equipe multiprofissional, desde que seja sem o médico (entendido como categoria à parte) (MALIK et al., 1998)

Faz-se então necessário, neste momento, uma conceituação de equipe. Segundo Piancastelli et al. (2000), a concepção de equipe está vinculada à de processo de trabalho e, se justifica pela necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos e pela imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno tem imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e /ou complementaridade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos. Estes autores definem trabalho em equipe como “uma estratégia concebida pelo homem, para melhorar a efetividade do trabalho.

Peduzzi também traz o conceito do trabalho em equipe multiprofissional de saúde:

[...] o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação”. (PEDUZZI, 2001, p. 105).

Peduzzi (2001) apresentou uma tipologia de trabalho em equipe elaborada com base em uma pesquisa empírica sobre trabalho multiprofissional em saúde. A autora faz a distinção entre as duas noções que recobrem a idéia de equipe: a “equipe como agrupamento de agentes” e a “equipe como integração de trabalhos. Ela caracteriza a primeira pela fragmentação e a segunda, pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde.

O trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. No Brasil essa proposta de trabalho ganhou ênfase na área da saúde, nos anos 70, em decorrência da política de extensão de cobertura dos serviços de saúde, da expansão do mercado de trabalho em saúde e da mobilização de segmentos da sociedade civil e de atores sociais ligados ao setor no sentido de ampliar o acesso aos serviços e questionar o modelo de atenção à saúde (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2005).

Segundo Pinho (2006), a busca da qualidade no setor saúde através da integralidade da assistência é o fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Com isso, um grande destaque foi concedido ao trabalho em equipe multidisciplinar, porque os profissionais de saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficiente e eficaz. Este mesmo autor cita algumas possibilidades deste processo como o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos.

Estas possibilidades citadas acima vêm ao encontro com as questões sobre o trabalho em equipe apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que o identifica como um grande desafio para a ESF, principalmente com relação à integralidade do cuidado. Outro aspecto citado é a capacidade das equipes de atuar integrando as diversas áreas programáticas com a demanda espontânea, respondendo de forma equilibrada a essas duas demandas. Há ainda, a questão da necessidade de prover serviços para tratamento e reabilitação, mas também atuar nos controles de riscos e danos em seu território, prevenindo agravos e promovendo a saúde com ações de cunho

individual, de grupos e populacional. E por fim, a interação com a comunidade e a capacidade de ação intersetorial em seu território (BRASIL, 2007a).

O trabalho em equipe tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade, por estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde (BRASIL, 2008b).

Para Almeida e Mishima (2001, p. 151)

[...] a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

Segundo as autoras, há a necessidade de que ocorra esta integração, para que não repita o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a percepção do cirurgião dentista da equipe de saúde bucal sobre a Estratégia Saúde da Família e a Saúde Bucal; com enfoques no trabalho em equipe e nas suas competências.

3.2 Específicos

- 1- Analisar a percepção do cirurgião dentista da equipe de saúde bucal como integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família.
- 2- Analisar a percepção do cirurgião dentista da equipe de saúde bucal sobre suas competências na Estratégia Saúde da Família.

4 PERCURSO DA PESQUISA

4.1 Tipo de pesquisa

Constitui-se em um estudo descritivo exploratório, já que visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e o estabelecimento de hipóteses para futuros estudos.

4.2 Quanto à abordagem

O estudo possui uma abordagem qualitativa. A principal razão para utilizar a investigação qualitativa, segundo Debus (1994), é a de que proporciona uma maior profundidade de resposta e, conseqüentemente, maior compreensão dos dados obtidos. Este fato fica mais evidente quando se compara a abordagem qualitativa com as técnicas quantitativas.

Minayo (1994) entende as metodologias de pesquisa qualitativas “como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Para a autora o conceito de Metodologia Qualitativa, em uma visão crítica, induz a pensá-la não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada.

Para VÍctora, Knauth e Hassen (2000), a metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas, não sendo apenas um inventário sobre a vida de um grupo. As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não

previstos anteriormente.

Para Bogdan e Biklen (1997) a pesquisa qualitativa é descritiva, ou seja, os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação. Os dados incluem transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorandos e outros registros oficiais. Neste estudo faremos o uso das entrevistas transcritas.

4.3 Campo da Pesquisa

O campo da pesquisa selecionado foi o município de Ribeirão Preto que se situa no Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Os limites da cidade são dados pelos seguintes municípios (Mapa 2): ao sul, Guataporã; a sudeste, Cravinhos; ao norte, Jardinópolis; a leste, Serrana; ao oeste, Dumont; a noroeste, Sertãozinho; e ao nordeste, Brodósqui (RIBEIRÃO PRETO, 2007a).

Ribeirão Preto é o município pólo do Departamento Regional de Saúde XIII – DRS XIII, que é composto por 25 municípios. O estado de São Paulo é composto por 17 Departamentos Regionais de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2007).

O município possui uma área de 642 km², com uma população de 550.480 habitantes, densidade demográfica de 847,17 hab/km² e uma taxa de urbanização de 99,66%. Ribeirão Preto possui uma renda per capita de 3,57 salários mínimos e um Índice

de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM de 0,855¹⁰. A cidade conta também com 99,35% de coleta de lixo; 98,05% de abastecimento de água; 95,77% de esgoto sanitário e 60% de esgoto sanitário tratado (SEADE, 2007).

FONTE: Instituto Geográfico e Cartográfico, 2007. - http://www.igc.sp.gov.br/mapras_ribpreto.htm

Mapa 2. Região Administrativa de Ribeirão Preto em 2007

O município possui uma rede pública municipal, serviços filantrópicos, particulares de atenção à saúde, com 590 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES. (BRASIL, 2007b). Sendo que destes 590 estabelecimentos, existem 1 Central Reguladora de Serviços de Saúde; 37 Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde; 96 Clínicas Especializadas/

¹⁰ O IDHM é um índice sintético composto por quatro indicadores que medem o desempenho médio dos municípios em três dimensões do desenvolvimento humano: “vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e um padrão de vida decente” (PNUD. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/idh/>. Acesso em: 01. Out. 2008).

Ambulatórios de Especialidades; 307 Consultórios isolados; 1 Farmácia; 4 Hospitais Especializados; 11 Hospitais Gerais; 24 Policlínicas; 7 Postos de Saúde; 1 Pronto Socorro; 92 Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT isolado); 4 Unidades de Vigilância em Saúde; 2 Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar – Urgência e Emergência e 3 Unidades Móveis Terrestre (BRASIL, 2007c).

A cidade conta com 9.301 profissionais de saúde cadastrados no CNES. Na área odontológica existem 1 Técnico em Higiene Dental; 49 Auxiliares de Consultório Dentário; 422 Cirurgiões Dentistas Clínico Geral; 387 Cirurgiões Dentistas Especialistas e destes, 7 são especialistas em Saúde Pública (BRASIL, 2007d). A rede pública municipal conta com 3.421 profissionais em geral e destes, 224 são cirurgiões dentistas (RIBEIRÃO PRETO, 2007b).

4.4 Critérios de Seleção do Sujeito

Foi realizado um estudo censitário, pois foram selecionados todos os dentistas que estavam trabalhando nas equipes de Saúde Bucal da estratégia de Saúde da Família e que estivessem cadastrados no SIAB do município de Ribeirão Preto, perfazendo um total de 10 profissionais.

5 COLETA DOS DADOS

5.1 Entrevistas

Neste estudo a entrevista é a estratégia para a coleta de dados. Ela foi utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, nos permitindo desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os dentistas da ESB percebem, através de suas vivências, o trabalho em equipe multiprofissional na ESF. A entrevista também foi a abordagem escolhida para analisar, através da sua percepção, como o dentista (re) elaborou seu papel como profissional da área de Saúde Bucal na realidade de uma equipe ampliada no contexto da APS e da ESF.

A entrevista na pesquisa qualitativa é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo, segundo Minayo (1994). Elas podem ser de vários tipos, constituindo um espectro que vai desde uma conversa informal até um questionário padronizado.

Este trabalho fez uso da entrevista semi-estruturada. Segundo Triviños (1987), este tipo de entrevista, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Ele entende a entrevista semi-estruturada, em geral, como aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

As entrevistas seguiram um roteiro (Anexo A). Este roteiro serviu com um instrumento guia para orientar a entrevista, tendo um papel facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, constando apenas itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto (MINAYO, 1994).

Neste instrumento constaram, primeiramente, as questões gerais da identificação e caracterização do sujeito (nome, idade, sexo, estado civil, equipe em que trabalha, tempo de trabalho na ESF, ano e local da titulação e qualificação profissional). A segunda parte do instrumento consta de questões norteadoras relativas ao trabalho em equipe e à percepção do profissional sobre suas competências na ESF.

As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador, um cirurgião dentista devidamente orientado e treinado para a aplicação do roteiro.

Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo material fornecido pelo informante. As entrevistas foram, então, gravadas e transcritas com a autorização do sujeito, através de um termo de consentimento por ele assinado (Apêndice A). A transcrição foi feita de forma literal, garantindo, assim, a fidedignidade das informações.

5.2 O Estudo Piloto

Antes de colocar em andamento a pesquisa foi realizado um piloto das entrevistas com um CD da estratégia de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. Este piloto teve por objetivo orientar e treinar o entrevistador, adequar melhor o roteiro da entrevista, observar o tempo gasto com a mesma e o grau de profundidade das respostas. Lembrando que a entrevista realizada como piloto, também foi utilizada na análise dos dados.

5.3 Procedimentos Éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas e aprovadas pelas normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na

resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda ressaltar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, principalmente junto às instituições envolvidas, uma vez que se espera contribuir para a organização e planejamento de ações de saúde no âmbito do SUS.

Para a realização desse trabalho foi formulado um termo de consentimento livre e esclarecido para o entrevistado (Apêndice 1). O projeto passou por uma apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e todos os procedimentos que se fizeram necessários com relação à ética em pesquisa, foram realizados (Anexo B).

6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE **CONTEÚDO**

Primeiramente foi realizada uma caracterização geral dos CD que trabalham nas equipes de Saúde Bucal da ESF a partir das variáveis: idade, sexo, estado civil, equipe em que trabalha, tempo de trabalho na ESF, ano da titulação e qualificação profissional.

Para a interpretação dos dados qualitativos, nos baseamos na análise de conteúdo preconizada por Bardin (1977), que consiste em três etapas.

1- A *pré-análise*: é a fase de organização dos dados, onde foi feita a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, levando em consideração os objetivos iniciais do presente estudo, foram selecionadas as entrevistas realizadas com os cirurgiões dentistas de ESB da ESF do município de Ribeirão Preto. Realizamos a leitura flutuante das entrevistas transcritas na íntegra, uma a uma, para estabelecer um contato com os documentos e nos deixar invadir por impressões e orientações, a saber: exaustividade (contemplando todos os aspectos contidos no roteiro); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (que sejam obedecidos os critérios de escolha em relação aos temas, técnicas e interlocutores); pertinência (os documentos que forem analisados devem adequar-se aos objetivos do trabalho).

2- *Exploração do material*: refere-se à exploração do material empírico com a realização da codificação dos dados, sendo que em primeiro lugar faz-se o recorte do texto, nas determinadas unidades de registro. Em segundo lugar, foi feita a escolha das regras de contagem, ou separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o inusitado presente nesses recortes; em terceiro lugar, realizam-se a classificação e agregação dos dados, que no caso deste estudo foram agregados em temas.

3- *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: nesta etapa buscou-se a consolidação das convergências, divergências e o inusitado dos dados, de modo a analisar os achados à luz do quadro teórico.

7 RESULTADOS/DISCUSSÃO

7.1 A Saúde Bucal na ESF no município de Ribeirão Preto

Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO) Ribeirão Preto possui um total de 1.672 cirurgiões dentistas (CFO, 2008).

Com base nos parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos pela OMS e pela OPAS, a Portaria N°1.101 de 12 de Junho de 2002 do Ministério da Saúde preconiza a proporção de 1 dentista pra cada 1500 à 5000 hab (BRASIL, 2002).

Baseada na população do município é de 550.480 habitantes (SEADE, 2007) temos uma proporção de 329,23 dentistas/hab. Este número mostra o grande número de odontólogos na cidade.

Ribeirão Preto teve sua ESF implantada no ano de 2001, com apenas 2,6% de população coberta pelo programa e no ano de 2004, contava com uma cobertura de 9,3% (BRASIL, 2005b). O município conta hoje com 13,1% de cobertura e 21 equipes implantadas, cobrindo um total de 72.450 habitantes. A cidade também possui ESB implantadas. No SIAB do município, se encontram cadastradas 10 equipes de Saúde Bucal e todas na modalidade I (BRASIL, 2007e).

A porcentagem de cobertura é de 7,5%, abrangendo uma população de 41.400 habitantes (BRASIL, 2007f).

7.2 Caracterização do Sujeito

Com relação aos resultados da caracterização do sujeito, constatamos que todos os CDs entrevistados egressaram da graduação há mais de 14 anos, com média de 24,4 anos de formação acadêmica. Com relação à idade, os entrevistados, possuem idade mínima de 36 e máxima de 58 anos com média de 46,2 anos, a maioria é do sexo masculino e também casados.

A média de tempo de trabalho na ESF de 29,9 meses; todos os profissionais possuem especialização e somente um entrevistado não possui formação voltada para a área de Saúde Pública.

Acreditamos que esta qualificação profissional possa contribuir para o processo de mudança de modelo, entretanto, cabe lembrar, que esta qualificação não significa competência profissional para trabalhar na ESF, como foi discutido nesse trabalho.

Discussão

Da análise das falas obtidas pelas entrevistas realizadas com os cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família emergiram dois temas principais. Assim passamos para análise e discussão destes dados, apresentando o Tema 1.

Tema 1: A percepção do cirurgião dentista sobre suas competências na ESF

No setor de saúde, as alterações decorrentes das novas tecnologias e das novas formas de organização do trabalho estabelecem como imperativos:

[...] a compreensão global do processo de trabalho, a maior articulação entre os diversos setores para o desenvolvimento de modelos voltados para a qualidade de vida, a maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área de saúde. (BRASIL, 2001b, p. 32).

Em relação ao agente de saúde, representado na equipe da ESF pelo CD, reforçamos a necessidade de direcionar sua atuação para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Acreditamos que estas competências poderão proporcionar uma elevação dos níveis de saúde da população. Para isto, é preciso que a formação desse profissional seja

direcionada para contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referências e o trabalho em equipe.

Para Freidson (1996) as qualidades de um profissional, amplamente informado e de conhecimento abrangente, advêm de uma educação que não permite apenas informação técnica, mas, de forma ainda mais importante, os gostos, as idéias gerais e as teorias propostas pelos grandes pensadores, moralistas e artistas do passado. Este autor afirma: *“Uma educação desse tipo produz gente culta e preparada para enfrentar flexível e inteligentemente uma variedade de problemas – pessoas em certo sentido amadoras, mais generalistas do que especialistas”* (FREIDSON, p.150, 1996).

O debate sobre competências profissionais alcançou o setor saúde, principalmente no que se refere ao campo da formação profissional, sendo esse debate definido pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nº 9.393 de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996).

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar preparados para desenvolver

[...] ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo”. Esses profissionais devem assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. (CNE, 2002, p.1).

Silveira Filho (2002) traz que o perfil esperado do cirurgião-dentista que atua na ESF é o de um generalista em formação, com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos. Para este autor o papel do CD expressaria uma combinação entre especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social,

analogamente à que cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência. Ele afirma ainda que, para tal, o profissional precisa incorporar novas habilidades, competências e racionalidades para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar.

Amoretti (2005) enumera algumas características do perfil predominante do profissional médico: essencialmente positivista; fortemente especializado; marcadamente individualista; resistente a trabalhar em igualdade de condições com as outras profissões da área da saúde; onipotente na crença da cura das doenças; crítico do SUS; nenhum compromisso com a organização do SUS; pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional; fraca formação humanística, psicológica, sociológica e filosófica; não comprometido com aspectos políticos e sociais que propiciem a busca de soluções para os problemas de saúde da população; fraco conhecimento da realidade situacional, do ambiente e das condições de vida das famílias nas comunidades; e resistente a mudanças e, geralmente, defensor da manutenção do “status quo” vigente na saúde.

Entretanto, vale destacar, segundo Amoretti (2005), que estas características criticáveis não são exclusivas da formação do médico. Elas também estão presentes na educação das demais profissões da área da saúde, incluindo a odontologia.

Ou seja, este é o profissional que não possui perfil para o ser um CD competente para trabalhar na APS.

Amoretti (2005), neste mesmo trabalho afirma que o perfil dos novos profissionais está se delineando por exigências da sociedade, e cita algumas das características vocacionais necessárias para o mesmo, tais como: desenvolvimento de uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e de suas práticas; ampliação de conhecimentos humanísticos em ciências sociais, antropologia e filosofia, capazes de propiciar esta reflexividade crítica; manutenção e renovação permanente dos conhecimentos científico-

tecnológicos; aumento dos conhecimentos baseados na epidemiologia, para a assistência resolutive das patologias prevalentes nas populações; maior participação coletiva na gestão do sistema público de saúde; conhecimentos de comunidade, família e técnicas grupais; ampliação dos conhecimentos e das práticas multidisciplinares e interdisciplinares necessárias ao trabalho em equipe multiprofissional e integração com os profissionais das demais profissões da área da saúde.

Na verdade o que o autor cita como perfil do profissional para a APS, se confunde com as competências, ou seja, para ser um profissional competente é necessário que se tenha um perfil com essas qualidades.

Ao analisarmos a fala dos entrevistados podemos observar que eles percebem o perfil como uma das características do profissional competente, bem como citam algumas características desse perfil:

“Eu acho que o perfil, pra você trabalhar com saúde da família tem que ter perfil. Isso é fundamental. Não adianta ter só especialização, ou gostar, ou pelo dinheiro...” (E2)

“[...] e pra trabalhar na atenção primária com estratégia de saúde da família tem que ter o perfil, gostar de [...] estar fazendo reuniões, de estar participando de grupos educativos, de estar, ali, junto com a população, tentando.... enfrentar problemas.” (E2)

“[...] eu acho que é por isso que entra aquela história de perfil mesmo, [...] tem pessoas que [...] gostam de chegar, sentar e tratar. Não gostam de ter esse contato com o paciente, de promover [...] uma palestra de [...] se apresentar e colocar, e trazer um vínculo maior.” (E3)

“É [...] eu acho que ele tem que ter [...] essas noções mesmo [...], de ter vínculo com a paciente, de gostar de ter esse trabalho de saúde pública, [...], tem que gostar de [...] fazer um trabalho coletivo, [...] de conversar com as pacientes, de [...] ter esse vínculo, é [...] simpatia aí [...] de colocar, de acreditar, [...]” (E5)

Para se atuar de forma competente é necessário assumir uma postura ativa diante das situações de trabalho, assim como utilizar e transformar conhecimentos de modo a aplicá-los na prática (ARAÚJO, 2007).

Para os CD entrevistados, percepção de competência vai além do perfil e esbarra na iniciativa profissional:

“Então, a competência, eu acho que como tudo [...] ela tem essas questões que [...] é bem relativo também, [...] Eu acho que vai muito da iniciativa, da [...] presença de espírito de cada um, [...] da pessoa ta envolvida com o trabalho, [...].”(E7)

“E hoje [...] eu vejo que a competência e iniciativa tão intimamente ligados [...]”(E7)

A afirmação anterior vem ao encontro com as competências identificadas por Gontijo (2007). Para ela, o cirurgião dentista competente assume a responsabilidade sobre o trabalho, toma a iniciativa, exercita a criatividade, tem flexibilidade de aprender, de ter abertura e adapta-se às mudanças e desenvolve a auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.

E discute ainda que o profissional de saúde competente em APS deve possuir a capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos protocolados e validados conjuntamente com a equipe, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho (GONTIJO, 2007).

Em nossa investigação observamos que os CD falam também desta dimensão das competências e afirmam:

“Eu me vejo participante e com expectativas, [...] então eu to sempre participando e [...] pedindo, [...] to me incluindo, assim, as pessoas [...] também estão[...] me aceitando bem, [...] e eu to tentando buscar esse espaço dentro da [...] equipe e contribuir, como participante....”(E5)

“[...] fazendo também uma avaliação da equipe, [...], que a gente [...] deve falar em algum momento pra buscar [...] “olha [...] o que eu tenho feito, tem dado resultado? Tem surtido efeito? O que tem de legal? O que ta indo legal? O que nós precisamos apertar, [...]?” (E10)

A flexibilidade é uma importante competência que deve ser apresentada pelos CD na APS. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, os profissionais de saúde “devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o

gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (CNE 2002).

Deluiz (1996), ao analisar as mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas, observa os processos de “acumulação flexível”, caracterizado pela emergência de um trabalho revalorizado, no qual o trabalhador multiquificado, polivalente, exerce, na automação, funções muito mais abstratas e intelectuais, implicando cada vez menos trabalho manual e cada vez mais manipulação simbólica. A autora complementa ainda que “é também exigido deste trabalhador, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças”.

Neste estudo as falas a seguir abordam esta dinâmica das competências frente às mudanças no mundo do trabalho para funções abstratas e intelectuais:

“Todos são responsáveis por tudo, [...]. E eu acho que isso é muito interessante, porque eu começo [...] existindo, um começa a ver o trabalho do outro, um às vezes troca o papel do outro, então ele [...] é claro, por exemplo, que o dentista não vai fazer o papel do médico e vice-versa, não é nesse sentido, [...] não vou entrar na questão do mérito da competência específica [...], ou habilitada pra isso, não é nesse sentido. Mas eu falo competência assim [...] dos problemas que tão aparecendo e [...] qualquer um às vezes pode fazer [...] vamos ouvir, vamos ver do que se trata, porque muitas vezes é possível você fazer sim, tá. Dá pra fazer, não fere ninguém, não fere nenhum, [...] limite, [...] ético, [...] e tem muita coisa que você pode é [...] tá agilizando, [...] Tá nas minhas mãos, [...] nesse momento eu posso resolver?”(E7)

A flexibilidade é entendida, segundo Peduzzi (2001), como a coexistência de ações de responsabilidade das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Isto quer dizer que os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos

campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.

Acreditamos que a flexibilidade como competência na APS, vem ao encontro dos conceitos de “campo” e “núcleo” de competência descritos por Campos (1997).

Para este autor “núcleo é o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade”. O “núcleo” seria os elementos de singularidade que definem a identidade de cada profissional, ou seja, marcaria a diferença entre os membros de uma equipe.

Em nossa investigação estes aspectos analisados por Campos (1997) aparecem nas falas dos entrevistados quando mencionam as singularidades específicas para o trabalho do CD:

“[...] nós temos algumas portarias que regulamentam, [...] as ações do cirurgiões-dentista, do auxiliar e do técnico em saúde bucal. Não só portarias, a âmbito do Ministério da Saúde, mas também estaduais [...] O que tem acontecido, é que [...] pra exercer plenamente [...] essas atribuições, [...] nos faltam[...] estrutura e material.” (E9)

“Muito bem, agora [...] o que entendo como atribuições e competências? Nós temos um trabalho de núcleo, que seria a atuação no consultório, a própria equipe, um trabalho eminentemente curativo, que como eu te falei a demanda é muito grande[...].” (E9)

Por “campo” definiu-se como os saberes básicos, ou seja, as responsabilidades e conhecimentos comuns a várias profissões ou especialidades, tais como: conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relação profissional paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e prevenção (CAMPOS, 1997).

Os entrevistados percebem também, os saberes básicos que necessitam ter para poder trabalhar no sistema de saúde:

“Então, nós precisamos trabalhar junto à comunidade, à população e às pessoas pra gente ter [...] um trabalho melhor no sistema nosso [...] de saúde.” (E10)

“Porque o paciente da saúde da família ele te procura mais, então você tem que tá com essa visão de tá atendendo [...] solicitação dele, às vezes, até nem mesmo [...] da tua área específica. Ele te procura pra trocar informações, às vezes até de outras coisas, mas [...] acho que é de

competência essa atenção, esse acolhimento que a gente tem que ter com o paciente.” (E6)

“Então eu acho que a gestão nossa, desse pessoal que trabalha na área da saúde é essa [...] é cuidar do paciente como um todo mesmo, ver ele como um ser humano, o problema [...] que ele tem de fora, da doença física.” (E1)

Podemos observar nas colocações dos entrevistados uma visão reducionista do processo saúde/doença. Este fato pode ser explicado, segundo Zanetti (2002) pela ruptura epistemológica¹¹ incompleta, ou seja, não foi contemplada uma nova relação do “sujeito” cognoscente com o “objeto” empírico para a produção do conhecimento

Neste momento faz-se importante as colocações de Zanetti (2002) sobre os objetos empíricos tradicionais da prática médico-odontológica. As “doenças” e as “tecnologias clínicas” foram capturados como objetos teóricos, adquirindo status científico nos marcos da ciência que se institucionalizava ao longo do século XIX. Segundo este mesmo autor, a opção pela aplicação, pelas “tecnologias clínicas”, resultou em uma teorização de “baixo alcance”, pelos baixos níveis de abstração, formalização e manejo teórico-conceitual. Assim sendo, a ciência odontológica é paradigmaticamente insuficiente para lidar com objetos complexos.

As questões do compromisso e da responsabilização também emergiram das falas dos entrevistados:

“Eu acho que [...] ele precisa [...] ter compromisso, ter compromisso com ele mesmo, compromisso com os colegas, [...] enfim, ter compromisso com horário, ter compromisso [...] responsabilidade, [...] com o trabalho, com o colega, ele sabe que se ele faltar ele vai sobrecarregar o colega, enfim, ele ter compromisso com ele, com a profissão, [...] com a Unidade da Saúde, com os familiares que ele atende, enfim, é isso.” (E10)

¹¹ Conceito utilizado por BORDIEU em livro editado em 1968 (BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. **A profissão do sociólogo**: preliminares epistemológicas. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2002).

Diante do exposto e nos baseando nos diferentes autores aqui apresentados, acreditamos que o CD competente implica-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Santos & Assis (2006) discutem os aspectos da responsabilização diante dos desafios do processo saúde-doença é uma soma dos demais agenciadores, é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

Ainda, segundo o CNE (2002), os CD devem “realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.”

A III Conferência Nacional de Saúde Bucal, em seu relatório final, propõe efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população em nível nacional, estadual e municipal, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legais e pelo efetivo controle social (BRASIL, 2004a).

Destacamos as falas dos CD que reforçam a preocupação com a integralidade da atenção à saúde:

“E as atividades curativas, lógico, [...], dentro da atenção básica e a

parte de prevenção. Eu acho que[...] engloba [...] quase tudo, [...], essa parte aí [...] só que dessa forma você ta pegando tudo e não escapa nada, porque você ta tanto no individual quanto no coletivo.” (E3)

“Bom, as competências [...] seriam [...] o atendimento, tanto individual quanto do coletivo, essa parte da promoção de saúde, de ter [...] envolvimento, com vínculo, que eu acho que [...] dá algo mais pro atendimento.” (E3)

“[...] competência, assim, primordial, é [...] a atenção [...] ao indivíduo como um ser integral, [...], um todo. Isso daí é fundamental, você tem que vê ele como um todo, você tem que ver os hábitos, aonde mora, as condições sociais, a parte [...] psicológica, tudo isso é voltado, assim, para seu trabalho também, porque se você não tiver essa visão fica muito difícil você ta trabalhando com a pessoa e voltar àquela visão antiga que tem aqui, não é, isso [...] sem essa visão global e, assim, [...] do ser humano como um todo, é impossível você trabalhar como dentista na saúde da família. Isso eu acho que [...] é competência nossa.” (E6)

“O dentista, como trabalhador de saúde [...] tem a obrigação, [...], de atuar, como eu já disse, na promoção da saúde, na prevenção da doença, no diagnóstico também, atuar [...] no tratamento, fazendo a reabilitação daquele caso...” (E10)

Acreditamos que para que o profissional possa ter compromisso e responsabilização ele precisa estar motivado e inserido no contexto do processo de educação permanente. Este fato vem ao encontro às falas a seguir:

“Primeira coisa que eu acho, atenção primária à saúde [...] tem que ter o mais [...] motivado, pra isso, certo. E[...] essa motivação ela tem que ter um suporte, [...] pra que ela seja continuada, ou seja, o que ta muito em moda, educação permanente, educação continuada.” (E9)

“[...] a gente precisa ter essa visão mais aberta mesmo e [...] isso a reciclagem eu acho que é muito importante, a educação continuada mesmo, tanto com algumas coisas práticas, sabe, e como a parte teórica também. Eu acho que isso seria importante [...]” (E3)

Para Gontijo (2007), o profissional competente é aquele que esta sempre atualizado e que é capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, aprendendo a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente priorizam as áreas estratégicas da

Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal e é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (BRASIL, 2006c).

A idéia de que os processos educacionais são contínuos ou permanentes é antiga. Entretanto, só no início do século XX é que formalmente se organizaram programas de educação continuada. A partir de então, cresce no mundo o reconhecimento da necessidade de se instituírem programas de educação permanente. Apesar desse crescente consenso, as dificuldades de se implantar/implementar programas que de fato respondam às necessidades de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho tornam-se cada vez mais evidentes (MOTA. ET.AL., 2001).

No setor saúde, segundo Ricas (1994), os termos continuada e permanente, embora não opostos, conferem especificidade ao processo ensino/aprendizagem. O termo continuada para este autor *“englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais.”*

Segundo Motta (1998), o termo permanente, largamente difundido pela OPS, *“teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem”.*

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, os CD devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Para que, desta forma, esses profissionais aprendam a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros

profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais (CNE, 2002).

As transformações das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde culminaram no desenvolvimento da proposta da Educação Permanente em Saúde, que a partir de 2003 adquire estatuto de política pública no país, constituída como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) lançou a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL 2004e).

A Política de Educação Permanente propõe que os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde tomem como referência as necessidades das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho. Estruturados a partir da problematização da atenção e da gestão setorial em saúde, na prática, a formatação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos não estaria mais centrada nas mãos das instituições formadoras. A proposta implica em pactuar as prioridades a partir das necessidades, tendo os movimentos sociais e os estudantes da área da saúde também como interlocutores (BRASIL, 2004e).

A Política Nacional de Saúde Bucal traz como um de seus pressupostos, a definição de uma 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 (BRASIL, 2004d).

A educação permanente nos remete ao conhecimento técnico do profissional de

saúde. Este aspecto também emergiu, como percepção de competência, das entrevistas dos CD, como podemos observar:

“Então[...] tem que ter [...] uma formação que ele consiga fazer uma extração, ele fazer uma restauração, é [...]porque às vezes acontece de ter dificuldade, principalmente nessa parte de cirurgia, que eu vejo que tem vários profissionais que nem fazem ou tem [...] receio de fazer.” (E3)

“[...] é claro que a competência profissional, que é a parte técnica, de estar atendendo [...] a todo momento que ele precisar. [...]Eu acho que a gente tem que ter [...]essa compreensão[...] a parte técnica de atendimento, [...] que é uma coisa, como eu disse, é uma coisa básica.” (E6)

“[...] tem aquela competência técnica, [...], que essa ninguém vai discutir, não vai questionar.” (E7)

Para Freidson (1998) o conhecimento não é um espírito desencarnado, ele é expresso nas atividades dos homens. Aqueles que são empenhados no processo de criar, comunicar e aplicar conhecimento são identificados e se identificam com grupos ocupacionais reconhecíveis, cada vez mais organizados. Ainda segundo este autor o conhecimento em si não dá um poder especial: somente o conhecimento exclusivo dá poder a seus detentores. E tal poder é obtido precisamente no princípio ocupacional de organização, pelo qual o recrutamento, o treinamento e o desempenho do trabalho de criar, disseminar e aplicar conhecimento são controlados pelas “ocupações de conhecimento”.

O profissional competente domina os conteúdos das atividades, das regras e dos procedimentos das áreas específicas do trabalho: atividades no plano individual, a anamnese, o diagnóstico e planejamento adequado (tendo uma visão do usuário em sua totalidade) para correta execução dos procedimentos odontológicos. Já no plano coletivo, domina as habilidades para compreender os processos, tem capacidade de entender os sistemas e as redes de relações e a tem capacidade de obter e usar as informações (GONTIJO, 2007).

Para trabalhar com APS, além da competência técnica, os profissionais de saúde deverão estar preparados para assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o

bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (CNE, 2002).

Esta afirmação pode ser ilustrada com a fala a seguir:

“Bom, [...] eu vejo assim, a primeira coisa que o cirurgião-dentista tem que fazer é [...] munir a equipe de conhecimentos básicos pra eles poderem ta atuando [...]. É [...] então, por exemplo, [...]tem parte educativa, parte de funcionamento, fluxo, a equipe tem que ta muito bem orientada, e isso cabe ao cirurgião-dentista, ta, “oh, como que a coisa funciona? Qual é a regra? A princípio como é que a gente vai [...] tem [...] tentando seguir a regra?”, porque isso é importante [...]que vão ter casos [...] que não vão se encaixar, nessa regras, e quando esses casos acontecem, como nós vamos abordar? Como nós vamos resolver? Ta. E isso eu acho que é muito importante o dentista [...]ta passando isso pra equipe” (E7).

Em seu “Decálogo do Profissional de Saúde (cirurgião dentista) competente”, Gontijo (2007), afirma que para atuar na APS o profissional assume posição de liderança no trabalho em equipe multiprofissional. Para a autora ele reconhece o momento certo pra agir, comunicar-se com clareza, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e motivando todos do grupo, tudo isso sempre tendo em vista o bem estar da comunidade.

O conhecimento da realidade local e da situação de saúde da comunidade, também foi uma competência percebida pelos profissionais entrevistados em nossa investigação, no sentido de orientar a tomada de decisão:

“Eu acho que primeiramente na estratégia de Saúde da Família, deveria de ser feito um levantamento, tipo [...] um levantamento epidemiológico da área, pra depois se definir [...] quais as metas [...] paciente de risco, de doença periodontal, gestante [...]” (E1)

“[...] eu acho que ele tem que organizar, tem que ajudar a organizar essa demanda, [...] identificar famílias de risco, [...] então, tentar esse [...] trabalho coletivo, [...], preventivo, junto com a equipe [...]” (E5)

“[...] onde tiver necessidade, começando com [...] restaurações, tratamento de canal [...] mas acho que primeiro tem que ser [...] não chegar [...] no bairro, [...] sem ter noção nenhuma de como era a área [...] que a gente ia atender. Você não sabia [...] se tinha gestante, se não

tinha, se tinha muito adolescente, se tinha criança, então o tratamento era [...] aleatório, ah!! o paciente da rua tal precisa de tratamento...” (E1)

Segundo o Ministério da Saúde, é primordial que os membros da ESF conheçam a realidade das famílias, identificando problemas e situações de risco, elaborando, juntamente com a comunidade, um plano de enfrentamento das dificuldades e valorizando a relação usuário ESF (BRASIL, 2001a).

O conhecimento da realidade local é imprescindível para promover a ampliação do acesso à Saúde Bucal do usuário, com base na interação com a comunidade e em linhas de cuidado e de condições de vida (GONTIJO, 2007).

Para Aerts et al. (2004), o CD participa do processo de identificação dos problemas dos diferentes grupos populacionais do território sob responsabilidade de seu serviço de saúde, atuando em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação de lideranças locais na vigilância da saúde bucal.

O texto da PNSB traz como pressuposto utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento, ou seja, deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde (BRASIL, 2004d).

Dentro do elenco de percepções sobre competência profissional do CD na APS, que emergiam das entrevistas realizadas, vamos abordar a questão da educação em saúde. As falas seguintes ilustram a questão da importância da educação em saúde para a mudança do modelo:

“mas eu acho que se os dentistas que estiverem inseridos mostrarem um trabalho bom, como é importante a saúde bucal dentro da saúde geral, acho que aí pode começar a abrir portas....”(E2)

“Então, o que acontece é isso, é [...] a mesma mentalidade da [...] do usuário, que entrou no sistema, passa algum tempo ele sai com [...] a mesma mentalidade, não foi agregado nada. Então, nenhum tratamento odontológico, seja ele ortodontia, implante, ou uma restauração de resina, uma restauração de amálgama, ela vai dar certo no médio e longo prazo, se o paciente [...] tiver o mesmo comportamento. Então, a prioridade pra esse paciente não é o tratamento em si, é claro que ele é importante, mas é você tá [...] mudando seu tipo de concepção.” (E7)

“[...] agora o que cabe a nós é educar a população, pra que eles aprendam a usar esse espaço, de uma forma, [...] diferente de como eles usavam o outro espaço, não por culpa deles, porque eles foram educados desse jeito, [...], eles foram educados a usar dessa forma, agora, nós também temos que educá-los a usar de uma forma um pouco diferente, dentro da proposta que a gente [...] tá elaborando, é lógico que essa proposta também tem que ser conversada com a população, não adianta só eu [...] ah, eu acho que o melhor é isso, [...], e às vezes a coisa não funciona dessa forma, [...]” (E7)

Na esfera da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe.

Para a mudança de modelo através da ESF, é necessário um processo de sensibilização da comunidade. Se este processo não se tornar efetivo e não for contínuo, a comunidade permanecerá resistente a esta transição, tendo dificuldades de entendimento, aceitação e colaboração (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

A necessidade de mudança faz da educação, instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável, e elemento fundamental no contexto da atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

Segundo Alves (2005), educação em saúde é um recurso utilizado para atingir a vida cotidiana das pessoas, através do conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde e intermediado pelos profissionais de saúde. Isto porque a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde.

A educação em saúde compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a de possibilitar ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia (BRASIL, 2004e).

No contexto do SUS, a educação é construída pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo. É um instrumento de transformação social quando proporciona a formação do homem, o agente de mudança, crítico, criativo, reflexivo, capaz de assumir no conjunto das lutas sociais a sua condição de agente ativo de transformação da sociedade e de si próprio, na conquista de direitos e justiça social e na adoção de novas práticas de interlocução, participação e articulação das ações para além dos espaços institucionais (BRASIL, 2004a).

O texto da PNSB, os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios (BRASIL, 2004d).

O desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com a saúde envolve o fortalecimento da autoconfiança e da auto-estima. Para tal, é necessário auxiliar as pessoas a identificar e analisar seus problemas, possibilitando um maior controle sobre informações e recomendações que lhes são apresentadas e, conseqüentemente, a melhora de sua saúde bucal. A educação em saúde, nesse sentido, avança com a proposta do “*empowerment*”, que significa potencializar as características individuais para o controle e busca da saúde (AERTS et al., 2004).

A educação em saúde bucal fornece instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o

empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006d).

Podemos observar nas falas abaixo o aspecto do fortalecimento e sensibilização no processo de educação em saúde, através do empoderamento:

“[...] acreditar que [...] os pacientes são capazes também, porque às vezes a gente [...] subestima a paciente. Você vai falar, oh você pode cuidar [...] dos seus dentes, eu vou te ajudar. Eu acho que o dentista tem que se colocar, muito assim, como orientador e como [...] ele ta contribuindo, ele vai ajudar, [...], então, [...] limita o dano [...]” (E5)

“[...] a gente hoje faz educação aí com escolas de 4 a 6 anos, eu tive que chamar os pais primeiro, não adianta a gente só ficar ensinando a técnica pra criança, massificando, sem sensibilizar todos os atores, então você tem que sensibilizar os pais, [...] eu acho que foi um trabalho bacana, houve uma boa adesão, [...], e houve toda uma mudança [...] de comportamento. Mas também a gente precisa chamar as pessoas pra responsabilidade, pra não cair no assistencialismo.”(E7)

“[...] a gente precisa, [...] começar a valorizar esse aspecto, o aspecto educacional. A estratégia Saúde da Família ela resgata muito disso, ela resgata a [...] humanização, ela resgata você inserir no ambiente domiciliar, ela resgata [...] tudo isso, [...] você sensibiliza, você compadece, você tenta até agilizar por outras formas, mas tem sempre que fazer prevalecer que, em primeiro lugar a responsabilidade é [...] da família, ela não pode terceirizar a saúde e a educação dela mesma e de seus filhos, ta. Aonde isso acontece, não dá certo, [...]” (E7)

O Caderno de Atenção Básica nº 17, que aborda a saúde bucal faz referência a educação em saúde, onde salienta a importância da revisão das práticas pedagógicas e cita alguns aspectos importantes da educação em saúde bucal: respeito à individualidade; contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança; respeito à cultura local; respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática; ética; autopercepção de saúde bucal; reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde e o uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário (BRASIL, 2006d).

Este mesmo documento mostra também alguns aspectos na educação no nível

coletivo, ou seja, as atividades educativas precisam ser voltadas para a população como um todo; identificar no território possíveis grupos para serem trabalhados a partir de critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis; formar grupos para a problematização das questões de saúde bucal, integração e a democratização do conhecimento a partir de um encaminhamento individual; e incluir as atividades educativas na rotina do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da Equipe Saúde da Família, a partir de critérios de risco ou da identificação do núcleo familiar como um fator determinante no processo saúde-doença (BRASIL, 2006d).

Nessa direção, Campos (1997) argumenta que os serviços de saúde que pretendem de fato se responsabilizar pelos problemas de saúde precisam ter, por base, a ampliação do que ele denomina de “coeficiente de autonomia” dos sujeitos-usuários. A prática em saúde alguns aspectos peculiares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de conquistar resultados mais concretos no processo do cuidado.

O “coeficiente de autonomia” é resultado do grau de confiança, apego, identificação e sentimento de acolhimento, alcançados através do aprender/ensinar a maneira de se viver a vida, a saúde ou a doença (SANTOS & ASSIS, 2006).

Acreditamos que o “coeficiente de autonomia” do indivíduo, em resumo, é obtido através do vínculo e do acolhimento desenvolvidos entre o profissional/usuário e equipe/usuário.

As falas a seguir ilustram a importância do vínculo para o processo de educação em saúde:

“[...] quando o paciente tem o vínculo ele volta, [...] às vezes acontece dele falar coisas que ele não tem coragem de falar pro médico, ele fala pro cirurgião-dentista e [...]isso daí só permite se você está aberto também ,[...] porque se você não estiver aberto, o paciente não vai ter espaço de novo, pra as vezes falar alguma coisa.” (E3)

“[...], eu acho que é importante a gente ter esse vínculo [...] essa empatia

com [...] os pacientes pra [...] esse pessoal acreditar naquilo que a gente faz, porque senão fica muito vazio [...], oh você tem que fazer isso, tem que fazer aquilo e aí fica, assim, o meu trabalho só, como aquele trabalho curativo ali...” (E5)

Assim, o debate em torno da atenção integral converge para um modelo de prestação de serviços de saúde concebido a partir de dispositivos de mudança, de vínculo e acolhimento, que podem ser apreendidos como atos comunicacionais, ao receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas à demanda ao longo do percurso realizado pelos usuários na busca pela saúde (SANTOS & ASSIS, 2006).

Segundo Merhy (2002), as “tecnologias leves” compreendem as relações de produção de vínculo, autonomização e acolhimento. As tecnologias “leve-duras” se caracterizam pelos saberes e rotinas bem estruturados que se operam no processo de trabalho em saúde, e as “tecnologias duras” referem-se não somente aos equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, mas também a normas e estruturas organizacionais.

O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário (BRASIL, 2004d).

Oliveira (1998), referindo-se ao trabalho do antropólogo, enfatiza o caráter constitutivo do olhar, do ouvir e do escrever, na elaboração do conhecimento. São três etapas de apreensão dos fenômenos sociais, tematizando-as, ou seja, questionando-as como algo merecedor de reflexão. O olhar funciona como uma espécie de prisma por meio do qual a realidade observada sofre um processo de refração. Ele deve ser desinteressado, indagador e não enviesado. Entretanto, o olhar por si só não seria suficiente. Não é possível alcançar, apenas pelo olhar, o significado das relações sociais. O ouvir é um complemento

do olhar e implica em entender os fatos a partir do universo do indivíduo. E por fim, o escrever, que traz os fatos vistos e ouvidos para o plano da discussão, o que configura o final do produto.

Tomo as idéias deste autor para fazer um paralelo com o cirurgião dentista, principalmente no seu trabalho na APS. Este profissional faz uso desses atos cognitivos, como um antropólogo, na busca de se conhecer as reais necessidades da comunidade e dos indivíduos para a criação de vínculos.

Segundo Gontijo (2007), acolher o usuário é uma das características do profissional competente. É necessário conhecer a história de cada um deles, através da escuta presente e atenta. Respeitar saberes, crenças, valores culturais e morais dos usuários. Ter atitude comprometida e visão integral do usuário, na busca de soluções e para a condução de seus problemas, com respeito e dignidade, favorecendo o vínculo e o respeito profissional/usuário.

Para Santos & Assis (2006), o vínculo estreita-se com o acolhimento ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários.

Acreditamos que o vínculo é um aspecto imprescindível no empoderamento do indivíduo no processo de educação em saúde.

Entretanto, podemos observar que alguns CD entrevistados percebem a questão da educação em saúde como competência, entretanto uma educação verticalizada:

*“Ensinar essas crianças da escola a escovar dente, [...], porque Ribeirão Preto já tem flúor na água, a gente [...] aqui com as crianças que não podem comprar a escova, a gente doa as escova, [...] conversa com as mães, conversa com as mães gestantes, faz o grupo [...] com as crianças [...] quando elas nascem [...] a gente vem, explica pra mãe como tem que fazer, como é que tem que [...] fazer pra criança não ter cárie, nada.”
(E4)*

“Então, [...] eu costumo dizer até pra [...] mães, pras crianças que vêm aqui, olha, seu filho tá fora de moda, quando tá com cárie, porque, realmente, não é pra ter [...], porque [...] a gente tem uma orientação, eu

acho que [...] tem bastante profissional, aqui em Ribeirão Preto...” (E5)

Para Vasconcelos (2001), existem alguns mecanismos estranhos na assistência à saúde oficial que se procura superar, como por exemplo, o “autoritarismo do doutor”, o biologicismo, o desprezo ao saber e à iniciativa do doente e familiares, a imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais e a propaganda embutida dos grupos dominantes. Ele define esse tipo de educação como “toca boiada”, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isto, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça).

As falas dos entrevistados convergem para uma educação autoritária:

“Porque hoje você vive [...] com todos os atendimentos que a gente dá, ter cárie ainda, e tem muita, justamente porque o pessoal [...] não leva muito a sério, certo. Isso até que um ponto que até chega às vezes até a gente se desestimular, o dentista, tá, porque você faz, faz, faz e você não vê melhora, entendeu. E às vezes você fala pro paciente, oh, não tá fazendo direito, não sei o que, o paciente, às vezes, até acha ruim com você. Achando que você tá chamando ele de porco [...]. Então, você tem que saber falar, às vezes, pra você não provocar um [...] desarranjo [...] com os pacientes.” (E4)

“Se tem uma escova de dente, tem uma pra família toda, então, [...] é uma situação, realmente, [...] de educação, [...] e também dessa responsabilidade, porque eles acham assim, às vezes eles chegam, falam assim, oh não tem vaga dentista, mas eu tô cheio de cárie, como se essa fosse uma responsabilidade nossa.” (E5)

“O paciente chego de novo com o mesmo problema. Mesmo assim, sabe, eu falo, eu gosto, então pra mim não é problema ter que falar, então é uma coisa que flui, quando eu vejo eu já tô fazendo e [...] cobrando ao mesmo tempo, falando, cobrando. Nas próximas é [...] Jolha!! você lembra que eu te falei assim [...] melhorar aqui, tal, então [...] eu gosto de fazer isso, então por isso que fica, talvez, fácil pra mim.” (E3)

“[...] por parte da população é assim, eles são refratários à informação e à educação e [...]” (E9)

Alves (2005) critica o modelo de educação em saúde, pois acredita que não são considerados os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao

tomar os usuários como objeto de práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, segundo o autor, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença.

A questão de se tomar o usuário como objeto de uma prática educativa que não leva em consideração o saber popular em saúde emergiu das falas dos CD entrevistados, em nossa investigação:

“[...]melhora a disciplina do paciente, porque não ta fazendo o que você manda, né, às vezes o paciente.....vai ter paciente que tem....tem interesse e faz o que você pede...” (E4)

“ [...]o saber ele é lento mesmo, a gente sabe que isso vai levar muito tempo pra mudar toda essa cultura. E não vai ser de amanhã, de hoje pra amanhã.....e tem que eu acho que ir repetindo mesmo, porque uma hora [...], às vezes a gente consegue que a coisa mude [...], então vamos levando...”(E3)

Na prática, segundo Araújo & Dimenstein (2006), os profissionais de saúde apresentam muitas dúvidas de como fazer educação em saúde. Muitas vezes atuam como intermediários de informações e de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais, nem sempre observando a realidade local.

As falas a seguir ilustram a dificuldade encontrada pelos CD em como fazer educação em saúde:

“[...] por mais que você fale, por mais que você tente fazer prevenção, o pessoal [...] não leva muito a sério. Tanto é que [...] a gente faz tratamento aqui, cada seis meses a pessoa volta. Geralmente, a pessoa volta [...] ela não ta escovando o dente direito, as crianças não tão escovando o dente direito [...] a prevenção que as pessoas combinam de fazer e não fazem [...] escovação...” (E4)

“Ainda tem, [...] a questão da educação, ainda é difícil quando você chega na casa, cadê as escovas de dente???[...] eles começam a procurar, e aí você acha, é uma só pra todo mundo. Eles não tem ainda aquela noção mesmo de higiene, [...] básica mesmo, [...], então come todo mundo com o mesmo garfo, [...] e isso vai sendo disseminado, então um pouquinho que a gente vai falando, [...] mas isso tem que ser mesmo um trabalho, assim, de equipe [...], com a enfermeira, com a médica, o dentista.” (E5)

Apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado (ARAÚJO & DIMENSTEIN, 2006). Estes autores explicam que os métodos preventivos tradicionais estão alicerçados em percepções do modo de aprender baseado na memorização de informações, o que não satisfaz o objetivo maior, que é a transformação do conhecimento em algo com revelação expressiva, capaz de efetivar-se em geração de autonomia dos próprios cuidados com a saúde.

A afirmação anterior vem de encontro com a de Freire (1996), que explica que educar é proporcionar autonomia de escolhas, uma cultura de vida, associando a idéia de autonomia à idéia de liberdade e de força pessoal e coletiva para intervenção na realidade de escolha dos próprios caminhos.

Tema 2: A percepção do cirurgião dentista sobre o trabalho em equipe na estratégia saúde da família

Acreditamos que para haver uma mudança efetiva nos padrões de saúde bucal da população, a odontologia precisa integrar-se com outras áreas do desenvolvimento humano e que o trabalho em equipe contribui de forma efetiva para o cotidiano da odontologia dentro da APS. O trabalho em equipe na Saúde da Família surge, então, como estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços e que para isso requer a compreensão dos vários setores da saúde para lidar com a complexidade da APS.

É nesse sentido que se justifica compreender a percepção do cirurgião dentista em relação ao trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família nos seus diversos aspectos.

O conceito de equipe é definido por Maybi (2000) como um “conjunto de pessoas que, além de trabalharem juntas, cooperam entre si, partilhando objetivos comuns”. Segundo ela, torna-se uma equipe quando, numa mesma organização, as pessoas unem-se,

independentes do processo do qual fazem parte para alcançarem o mesmo objetivo.

Peduzzi (2001), em seu estudo, construiu uma tipologia referente às duas modalidades de trabalho em equipe: “equipe agrupamento”, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e “equipe integração”, em que ocorre articulação das ações e a interação dos agentes. Entretanto, em ambas estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade do valor atribuído a esses trabalhos; as tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva.

Isto porque, segundo Freidson (1998), a educação formal, muito embora estabeleça qualificações para o trabalho, não explica suficientemente o comportamento real de indivíduos no trabalho para que seja satisfatório por si mesmo. Cada ambiente de trabalho possui sua própria fonte de influência sobre o trabalho de profissionais individuais.

Neste sentido, contemplamos o que os cirurgiões dentistas perceberam com relação a tipologia do trabalho em equipe na modalidade agrupamento e na modalidade integração.

Selecionamos as falas a seguir no sentido de ilustrar a percepção do CD relativa ao trabalho em equipe na modalidade agrupamento:

“[...] por eu não acreditar muito no programa, eu me vejo [...] excluído. Eu [...] me vendo no programa, na equipe, agora, quanto à participação do pessoal que compõe a equipe [...] não. Eles me chamam para as reuniões, querem que eu participe ativamente da [...] definição da micro-área, converso com os agentes comunitários, mas eu, particularmente, me sinto excluído. (E1)

“[...] a gente tem um relacionamento direto com médico, com enfermagem, a respeito [...] de pacientes que possuem [...] hipertensão, que tenham diabetes, é [...] ainda mais eu que faço mais a parte de cirurgia, [...] a gente aqui no [...] Saúde da Família tem um contato direto, o grupo todo, o médico, enfermagem, odontologia, você entendeu e a gente [...] uma reunião semanal, aqui toda quarta-feira a gente tem reunião com o grupo todo, onde são passados, pra [...] todos o que foi feito, os diagnósticos feitos, entendeu, quais são os problemas, o que ta dando certo, o que não ta dando certo, pra gente [...] gente conversar, a gente [...] fazer com que o serviço saia melhor”.(E4)

“Então, incluído nós todos somos, participantes também, [...] embora eu já esteja quase no final de odontologia, porque eu já to pra aposentar, eu tenho mais de 32 anos [...] de trabalho, trabalhando como dentista, mas eu me sinto bem [...] a gente atua muito [...] a gente [...] já ta incluído certinho, não tem problema nenhum não”. (E4)

Como equipe integração as falas dos entrevistados apontam que:

“O trabalho em equipe é fundamental, é tudo. Eu acho que é a base da equipe bem [...] articulada. É [...] tudo, porque assim, não adianta a dentista [...] isolado dentro do consultório, que é o que acontecia com a gente, meio que isolado, um trabalho, [...] numa unidade básica convencional, sem o saúde da família, aí quando [...] tem o saúde da família, essa equipe tem que estar super articulada. Então, eu acho que o trabalho em equipe, a equipe estar junta, trabalhando junto, o médico com o dentista, com o enfermeiro, é fundamental, senão [...] eu acho que não [...] evolui [...] a gente não dá tudo o que a gente podia, sabe, oferecer pra população”. (E2)

“o dentista pode contribuir muito, [...] nessa equipe, e que ele tem que aprender também, a trabalhar em equipe, porque a nossa profissão é muito individual, então a gente precisa saber também, ouvir [...] os outros membros da equipe. E se posicionar de uma maneira [...] eu acho que todos na equipe são muito importantes e a gente deve [...] tem funções diferentes, mas um pra contribuir pro outro, [...]. Então, eu acho que tem a mesma importância de todos da equipe”. (E5)

Piancastelli et al. (2000) também aborda o funcionamento das equipes que, segundo eles, podem apresentar diferenças significativas em função do tipo de trabalho que está sendo executado. Os autores também identificam dois grupos que, ou podem tornar-se equipes, ou permanecerem apenas como grupos, e que existem elementos fundamentais que marcam essas diferenças. Os elementos identificados por esses autores para a transformação de um grupo de trabalhadores em equipe de trabalho são complementaridade; interdependência; sinergismo das ações; disposição de compartilhar objetivos, decisões, responsabilidades e resultados; construção, em conjunto, de um plano de trabalho com definição da responsabilidade de cada membro do grupo, para alcançar os objetivos; e necessidade de aprimorar as relações interpessoais e de valorizar a comunicação entre os membros da equipe.

A equipe na ESF está organizada em um “Espaço Coletivo” que “é um lugar e um

tempo específico em que ocorrem encontro entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes” (CAMPOS, 2000, p.232).

Para Castro e Dias (2007), o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família está relacionado com várias questões novas para os trabalhadores como Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade, Comunicação e Processos de trabalho, além de reações indesejáveis como os conflitos na equipe.

Segundo Peduzzi (2001) os trabalhos que se agregam ao trabalho do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à promoção da integralidade em saúde, mas essa diversificação técnica acaba por gerar também desigualdades quanto à sua valorização social entre os agentes de trabalho. Ela afirma que a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e entre os agentes-sujeitos do trabalho. Na situação do trabalho coletivo em que há menor desigualdade entre os diferentes trabalhos e os respectivos agentes, ocorre maior integração da equipe. Para a autora, “quanto mais próximo o estatuto do sujeito ético-social estiver dos agentes, maiores as possibilidades de eles interagirem em situações livres de coação e de submissão, na busca de consensos acerca da finalidade e do modo de executar o trabalho”.

Observamos que outras falas abordam os aspectos do trabalho do CD como isolado:

“[...] às vezes, nos programas [...] nas programações melhor dizendo, [...]a odonto fica um pouco, assim, não é esquecida, mais, por exemplo, eu tenho [...] feito palestra pra grupo de gestantes, já fiz palestra pra grupo de diabéticos, mas [...] se não houver uma insistência da nossa parte, às vezes fica um pouco minimizada a importância da odontologia. Isso é fato.(E9)

A rede de relações apresentadas na fala traz a reprodução das práticas em saúde, denunciando as assimetrias entre os diferentes sujeitos.

Autores como Teixeira (2006), discutem que o modo de trabalho do cirurgião dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras

áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Assim, suas ações permanecem isoladas. Esta autora afirma que são perceptíveis os indícios dessa prática isolada em contextos como o da estrutura dos serviços de saúde, o que reforça a divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem. Este aspecto também pode ser observado nas falas dos entrevistados.

Freidson (1998) identifica a existência de uma mentalidade clínica entre os profissionais de saúde com prática de atendimento isolado. É uma mentalidade baseada no individualismo como elemento dominante na orientação e no comportamento profissional, razão pela qual constrói seu próprio mundo de experiências clínicas e assume responsabilidade pessoal e individual pela forma como lida com seus casos. Esse tipo de prática médica leva ao uso de padrões particularistas de avaliação de seu próprio trabalho, com preponderância do papel que o cliente desempenha na relação com o profissional, em detrimento das normas atribuídas ao profissionalismo.

Santos & Assis (2006) reforçam a questão do isolamento e das práticas em saúde, ou seja, analisa que os trabalhadores das diversas áreas cristalizam, através da divisão técnica do trabalho, um afastamento daquilo que julgam não ser de sua competência. Portanto, aprisionam o campo do cuidado, predominantemente inter-relacional, em uma atividade marcada pelo individualismo e o fracionamento dos atos terapêuticos.

Em nossa investigação, outra fala segue essa direção:

“Porque nós, dentistas, nós fomos formados, [...] pelo âmbito ainda da formação, você pode dizer isso, é [...] em 4 paredes, [...], dentro de um consultório, [...], e nós temos uma certa dificuldade [...] em trabalhar com a equipe, porque nós não [...] aprendemos assim, [...]. É [...] isso é novo pra mim, [...]” (E10)

A questão do isolamento do cirurgião dentista está associada à sua formação acadêmica. Isto por que o ensino de odontologia brasileiro foi fortemente influenciado pelo modelo americano, ou seja, se desenvolveu a partir de uma concepção voltada para o

aperfeiçoamento da técnica e do ensino artesanal. Em um conflito entre o prevenir e o curar, a odontologia se desenvolve como um apêndice da medicina, crescendo sobre a égide de uma profissão que pretende se consolidar como resposta a necessidade de tratar doenças existentes (HADDAD et al., 2006).

Por muito tempo a autonomia universitária, que num sentido favorável tanto a protegeu de intromissões, teve como efeito colateral indesejável a possibilidade de que a academia se afastasse da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira (BRASIL, 2006e).

A questão da influência da universidade na dificuldade do CD para trabalhar na ESF pode ser observada nas falas a seguir:

“[...] infelizmente essa formação do especialista é uma coisa que ainda a gente carrega. Ta mudando, ta tendo mudança curricular, eu sei que [...] essa participação da universidade ta sendo de uma forma [...] diferente, mas [...] o ideal seria o generalista mesmo, [...], se a [...] formação fosse maior nesse sentido, eu acho que a qualidade da saúde pública seria melhor, porque o [...] que a gente precisa é ter uma visão mais generalista e é isso que eu acho que falta hoje.” (E3)

“[...] nós fomos formados, [...] com uma visão técnica, [...], somente, [...], de ta tratando aquele paciente e [...], assim, não se preocupando, [...], com o meio que ele vive, as condições sociais, é [...] um trabalho assim, [...] de envolvimento com esse paciente, [...] o tratamento era feito tecnicamente, a pessoa dispensada, e você [...] não conseguia mais ter contato com a pessoa. A pessoa ia embora e você, às vezes, nem sabia mais dela, [...]” (E6)

De acordo com Matos & Tomita (1994), além de o ensino odontológico tradicional basear-se em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das Faculdades de Odontologia, a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema frequentemente discutido entre estudantes e professores, o que resulta em uma formação eminentemente técnica e voltada para o mercado privado. Hoje, este mercado encontra-se saturado, sendo altamente competitivo e constituído por profissionais distanciados das necessidades de saúde da população.

Para Morita & Kriger (2004), as mudanças no perfil epidemiológico das doenças bucais, as novas práticas baseadas em evidências científicas e, principalmente, a promoção da saúde no seu conceito ampliado, exigem a formação de um profissional generalista, tecnicamente competente e com visibilidade social. Isto significa formar um cirurgião dentista capaz de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade que vive a população.

Com o objetivo de mudar o perfil do egresso do curso de odontologia, o Conselho Nacional de Educação instituiu, em 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Segundo as diretrizes, o profissional formado deve ter perfil generalista, humanista, com visão crítica e reflexiva, 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 (CNE, 2002).

Acreditamos que este profissional, além de todos os requisitos relacionados acima, saiba trabalhar de forma integrada e multidisciplinar.

Nogueira (2008) destaca que a integração é um ideal que visa não só a criar laços de solidariedade entre os diversos trabalhadores, mas também entre as diversas formas e trabalho, com seus graus variáveis de autonomia e de interdependência. Este autor propõe requisitos para a integração da equipe multiprofissional como a criação de espaços para a discussão e vivência de construção de projetos assistenciais comuns; programar discussões de casos, reuniões periódicas, de supervisão e planejamento; e buscar identificar e incorporar à rotina certas demandas antevistas pelos membros da equipe.

A integração não fica restrita apenas ao setor de trabalho, mas envolve o âmbito intersetorial, numa visão que transpasse o núcleo de trabalho da equipe. A interajuda, por

meio de atitudes recíprocas, possibilita um trabalho mais eficaz, promovendo o crescimento das relações entre as pessoas, que podem ser melhores como profissionais e como seres humanos (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003). Segundo estes autores, parcerias formais e informais, com organização e ações intersetoriais são bem vindas para qualificar o trabalho desenvolvido nas equipes de saúde da família e facilitar a resolutividade dos problemas existentes. É fundamental que exista a ação intersetorial de maneira normatizada, interligada e funcional, assegurando uma maior eficácia na prestação de serviços para a comunidade.

Destacamos, através das falas dos CD, a importância de ser contemplada, na ESF, a intersetorialidade como atributo da APS e um princípio do SUS:

“Porque a saúde da família não vai trabalhar só saúde. A gente trabalha com a intersetorialidade [...]” (E2)

“[...] a gente trabalha numa área que [...] tem muita [...] escassez de recursos, mas a escassez tá aqui, mas existem recursos em outros locais, você pode buscar. Então, o setor público tem [...] alguns contrastes, alguns paradoxos. Muitas vezes, ele não te dá [...] recurso, mas ele também não te impede de buscar, tá, então se você quiser [...]” (E7)

Nogueira (2008) afirma que para que haja um efetivo trabalho em equipe, é necessário que exista um plano comum ou “projeto assistencial” previamente definido pelos membros da equipe em livre discussão sobre quais são os problemas e quais devem ser os objetivos da ação coletiva.

O “projeto assistencial comum” é um sinalizador da integração da equipe, ou seja, é uma característica do trabalho em equipe na modalidade integração. Segundo Peduzzi (2001), “trata-se de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico, que não pode ser ignorado por ser o modelo dominante da atenção à saúde, mas procede à reelaboração que configura outro projeto comum”. Esta mesma autora afirma que nesse “projeto assistencial

comum” os agentes devem estar de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo.

Entretanto, em nossa investigação, o que emergiu das falas dos cirurgiões dentistas foi a falta de um “projeto assistencial comum”, para desenvolver o trabalho em equipe:

“Então, o retorno era muito pouco, sabe, nas reuniões de equipe [...] os casos [...] apresentados pelos agentes comunitários, eram às vezes casos [...] simples, [...] então, [...], o retorno, as reuniões, muitas vezes a finalidade da reunião da equipe [...] não tinha [...], assim, um término, não tinha uma conclusão. De cada reunião fazia a mesma coisa, não se tirava nada de [...] aproveitável, [...].” (E1)

“Mas, justamente, por causa dessa parte aí, sugar esse tempo, pra [...] parte de curativo, porque você sai pra visita. Já é um tempo que você tá fora da unidade. Aí, você volta, você tem palestra, você tem várias atividades e você sempre acaba uma coisa ou outra, ficando, sem você conseguir, ali, ficar perfeito [...]. Então, no caso [...] da participação em grupo, há uma dificuldade, inclusive, até dos horários. Porque, por exemplo, eu às vezes to com um horário mais disponível, o médico aquela hora é pico. É [...] então era muito complicado eu falar da reunião, de alguns [...] momentos era mais fácil fazer isso mesmo, é bater na porta, esperar o [...] outro paciente sair, aí entrar, trocar uma idéia daquele caso e depois ela atender aí uma hora que [...] fosse um intervalo dela e meu, daria certo da gente conversar”. (E3)

É necessário que haja um “projeto assistencial comum” para que se possa produzir algum “Valor de Uso”¹², ou seja, atenção a saúde. Para tanto é necessário que haja um grupo de pessoas ou uma equipe que se organize para tal finalidade, os “Coletivos Organizados para a produção”. Os “Coletivos Organizados constituem-se em função de sua própria reprodução e do atendimento de desejos e interesses de seus membros. Eles têm três finalidades: a produção de bens ou serviços com “Valor de Uso”; a constituição de sujeitos; e a própria reprodução de Coletivos. A produção de “Valores de Uso” articula-se,

¹² Marx valeu-se deste conceito para analisar a mercadoria. Ela teria duas faces: um valor de troca e um valor de uso. O Método da Roda, proposto com Campos (2000), amplia o sentido desse conceito aplicando-o ao resultado do trabalho em geral e não apenas dos casos em que o produto se transforma em mercadoria. Os bens e serviços produzidos em sistemas públicos - atenção à saúde, educação, cuidados em geral, também teriam uma dupla face: uma certa utilidade social – capacidade potencial de atender as necessidades - , o denominado valor de uso; e, ao mesmo tempo, um certo modo de controle social. Todo bem ou serviço produzido, quer seja no mercado, quer em sistemas públicos, tem um valor de uso, uma capacidade potencial de atender as necessidades sociais (CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000).

portanto, com a constituição de Sujeitos e de Coletivos. O que caracteriza um “Coletivo Organizado” é a capacidade de análise e de Co-gestão¹³, objetivando o cumprimento da finalidade tríplice descrita (CAMPOS, 2000).

Para que se possa garantir a qualidade em saúde é necessário, segundo Campos (1997), que haja uma combinação harmônica de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores, ou seja, inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais. Este autor pressupõe autonomia como liberdade, mas para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros. A autonomia responsável somente aconteceria quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com uma certa tarefa. Ele acrescenta ainda, a necessidade de se descobrir múltiplas combinações de graus da autonomia e de responsabilidade atribuídas aos profissionais.

Peduzzi (2001), ao estudar o trabalho em equipe, descreveu três concepções distintas quanto à autonomia técnica: “na primeira o profissional trabalha com a noção de autonomia plena, buscando alcançar o mais amplo espectro de independência na execução de suas intervenções; na segunda, ignora o âmbito de autonomia no qual realiza seu trabalho; e, na terceira, apreende o caráter interdependente da autonomia técnica do conjunto de agentes”. A autonomia profissional pode ser interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outro agente, dada a complementaridade dos trabalhos especializados.

¹³ A democracia institucional depende da instituição de sistemas de co-gestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das Instituições; as Equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contrapoderes com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e de contratos (CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000).

Podemos observar em nosso estudo, que há predominância, entre os entrevistados, da noção de autonomia plena, que segundo Peduzzi (2001) é característica do trabalho em equipe tipo agrupamento, pela complementaridade objetiva dos trabalhos especializados que convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente.

Citamos uma fala representativa deste aspecto abordado sobre a equipe agrupamento:

“Normalmente, o agente comunitário fazia a visita [...] e falava [...] ó [...] doutor [...] a fulana tá precisando [...] tá reclamando de atendimento odontológico. A gente agendava [...] uma visita, com dia marcado pra essa família e analisava o caso dela, individual, aí, dependendo do caso, levava pro grupo como equipe, ou então se fosse só o problema [...] odontológico, resolvia [...] só no âmbito do consultório odontológico mesmo, com [...] a equipe odontológica, independente se o outro dentista fazia parte do PSF ou não”. (E1)

Para Freidson (1998) o status das profissões viria dessa autonomia. Ela requer a capacidade de uma profissão controlar a área de conhecimento, tendo monopólio sobre o campo, sem depender de outras de outras profissões para a sua prática rotineira. Portanto, segundo este autor, a autonomia articula-se com outros aspectos que garantem sua preservação e eficácia.

Os aspectos relativos à comunicação também emergiram da fala dos dentistas. Acreditamos que a comunicação é um fator de extrema importância para a integração da equipe.

Araújo (2007) cita que na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem.

Silva (2005), discutindo sobre a interação entre os profissionais, relata que a prática comunicativa é caracterizada pela busca de consensos, pela qual os profissionais podem

argüir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum. A interação é [...] entendida como construção de consensos, em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais.

Peduzzi (2001) afirma que a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorreriam por meio da mediação simbólica da linguagem, ou seja, a comunicação entre os profissionais é denominador comum do trabalho em equipe. Esta autora define que a comunicação manifesta-se de três diferentes formas:

A primeira delas é a “comunicação externa ao trabalho”, ou seja, quando a comunicação não é exercida ou é exercida apenas como instrumentalização da técnica, com um padrão restrito de comunicação entre os profissionais. Em ambas não há o agir-comunicativo.

A fala a seguir ilustra este tipo de comunicação:

“Mas, [...] como é uma equipe muito [...] grande, [...] são três equipes médicas e duas de saúde bucal, é [...] muitas vezes não há comunicação [...] a comunicação é falha, não é, a comunicação pessoalmente é falha, os programas, às vezes, não coincidem, [...], um exemplo, pode-se programar uma palestra pra hipertensos, na área médica ou na área de enfermagem, muitas vezes a [...] odonto tem o que dizer também, porque nós atuamos com anestésicos todos os dias, não é, e às vezes tem uma falha nessa comunicação, nessa programação conjunta. Mas, são coisas, assim, não são críticas, mas colocações que [...] a gente ao longo do tempo vai procurar [...] melhorar”. (E9)

Acreditamos que a questão do respaldo profissional dentro da equipe de saúde vem de encontro com esta forma de comunicação entre os agentes. Nas falas dos entrevistados fica bem caracterizado que a questão do trabalho em equipe se restringe apenas ao respaldo dos demais profissionais da equipe, ou seja, uma comunicação externa ao trabalho:

“[...] antigamente o dentista ficava no posto de saúde, ficava sozinho. Agora não, agora [...] melhorou por causa disso, justamente porque [...] você fica mais a par da saúde [...] do seu paciente, [...], você tem respaldo de médico, [...], é [...] isso aí. Então, que [...] melhorou muito,

bem melhor, porque [...] quando a gente ficava [...] separado [...] não tinha [...] esse acesso [...] atendimento dentista, enfermeira [...]” (E4)

“Eu precisei do médico, eu corri atrás do médico. Eu precisei da enfermeira, eu corri atrás da enfermeira. E, ali, naquela hora, ela me ajudou. Mas, eu vejo assim, chegar e ter uma exposição de um caso que a ação fosse conjunta, aí eu acho mais complicado.” (E3)

O segundo tipo é a “comunicação de caráter estritamente profissional”, onde os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Embora haja certa forma de comunicação, nesse caso, também não há agir-comunicativo.

A comunicação de caráter estritamente profissional pode ser observada na fala a seguir:

“Hoje, a cada medida que vai passando o tempo, a gente vai se incluindo, [...], a gente vai se tornando cúmplice do colega, vai percebendo, [...], algumas coisas que acontecem, [...] e tem que tomar muito cuidado também nessa relação, [...], que a cumplicidade [...] ela não pode ser uma coisa pra você [...] ficar pactuando coisas erradas [...]” (E7)

O terceiro tipo é a “comunicação intrínseca ao trabalho em equipe”, que se resume na elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo cultura comum. Ou seja, elaboram um projeto assistencial comum na perspectiva do agir-comunicativo. Para a autora será um agir-comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo de participação e de intervenção.

A fala abaixo segue o sentido da “comunicação intrínseca ao trabalho em equipe”:

“[...] tem que existir a cumplicidade, mas você também tem coisas que você às vezes tem que é [...] não tudo, mas eu acho que tem coisas que você tem que chegar pro colega e falar, olha, [...] isso não tá legal, vamos fazer de outra forma, vamos abordar de outra maneira, a gente também não pode, [...], acho que a gente tá aqui pra desempenhar um papel, a gente tem que tá sempre revendo o que a gente faz, [...]” (E7)

A reunião de equipe faz parte da rotina do trabalho no PSF para facilitar a comunicação, troca de experiências, expectativas, melhorar convivência e avaliação quantitativa. Assim, a comunicação se torna um fator importante para o funcionamento da equipe. Cardoso (2004) cita que é a comunicação adequada que faz um aglomerado de profissionais sem vínculo se tornar um grupo de trabalho, integrado, com um sistema de parcerias e complementaridade, onde a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade características do ser humano. Os membros devem estar preparados para lidar com o novo e até mesmo o oposto.

Em nosso estudo, podemos identificar nas falas do CD, a questão da importância das reuniões em equipe:

“Geralmente, em reuniões, e a gente leva [...] todos os casos são discutidos [...] com a equipe toda, agente comunitário [...]” (E2)

“Agora, existe [...] uma reunião de grupo também, que você também procura agregar o que [...] vai ser feito, que tipo de grupos, o atendimento, a visita, como que vai ser feito o trabalho, quando der [...] férias de algum profissional como é que é feito essa [...] substituição, como é que tu dá a cobertura, o respaldo pra população. Então, é [...] problemas que aparecem, no próprio grupo, tem uma reunião pra isso, ou estâncias educativas, grupo de gestante, grupo de [...] saúde bucal, [...] clínica do bebê, [...], então, como que tudo isso funciona a gente discute no grupo junto com o médico, a enfermeira, os auxiliares de enfermagem, auxiliar de odonto e os agentes comunitários, tá. Agora, tem uma reunião só pra discussão de casos [...]” (E7)

No decorrer das entrevistas, dois sentimentos antagônicos emergiram com grande importância das falas dos cirurgiões dentistas: potência vs. impotência. A fala abaixo demonstra o sentimento de potência com relação ao trabalho em equipe na ESF:

“E essa troca permite que você dê uma tranquilidade, também, pro paciente, porque [...] outra coisa muito corriqueira é [...] o problema do câncer bucal. Eles chegam [...] eles vêm, assim, já de uma forma que [...] fica assim assustado de falar [...] se tem alguma coisa e, às vezes, é alguma coisa normal, que é própria anatomia, tal, é [...] só isso. Você

fala, não!!! Tranquilo, é isso daqui mesmo, tá tudo normal. A pessoa já vai tranquila embora, o médico, também, já fica mais tranquilo. Então, [...] eu acho muito importante. Isso daí, eu acho que é fundamental pra todos [...]" (E3)

Cecílio e Lima (2003), afirmam que as equipes se sentem com potência, se vêem produtivas quando conseguem se articular de alguma forma dão respostas, operam o cotidiano e ajudam as pessoas.

Mas lidam também com um sentimento muito forte de impotência, de sensação de não conseguirem realizar o que seria necessário fazer ou de não fazerem adequadamente o seu trabalho, como podemos observar na fala abaixo:

"De campo ainda fica a desejar, porque nós não temos, dentro da estratégia, um norteamento, uma [...] padronização dessas ações. Num [...] se pode falar em visita domiciliar pra um dentista, sendo que você tem muita dificuldade pra olhar a boca de uma pessoa, não é? Você tem dificuldade, além do acesso, que tem alguns lugares que são difíceis, quando é difícil a própria [...] família não se encontra no local..." (E9)

Para estes autores está sensação é devida tanto por insuficiente governabilidade do nível local para o enfrentamento de determinadas questões, como pela falta de "ferramentas conceituais" que permitam explorar o cotidiano de outra forma, "desatar potencialidades", deixar aflorar a criatividade e potência latente nos coletivos.

"Então, são [...] coisas assim, aquilo que depende da gente, da organização do serviço, vai bem. O que depende [...] de gestão, o que depende de outras áreas, isso [...] é mais custoso".(E10)

Outro aspecto relativo ao trabalho em equipe, apontado pelos entrevistados, foi a dificuldade em lidar com a comunidade, principalmente em relação à compreensão da Estratégia Saúde da Família. A comunidade tem dificuldade em visualizar a importância da prevenção (modelo curativo) e compreender o funcionamento da estratégia. Entretanto,

acreditamos que para que se possa implantar a essa estratégia, é necessário um trabalho de transição de um modelo de saúde para o outro, ou seja, um processo de sensibilização da comunidade. Isto se faz necessário, para que ela possa estar articulada ao trabalho em equipe, entendendo a importância de sua participação na construção de outro modelo.

Num exame entre profissionais de saúde e pacientes, Freidson (1998) identifica tensão e conflito em vez da imagem funcionalista da harmonia e complementaridade. Os profissionais adotam uma postura de afastamento em relação aos doentes ao mesmo tempo que pregam a indispensabilidade da cooperação destes com o tratamento. Os pacientes prefeririam estar sob os cuidados de profissionais mais envolvidos com seus problemas, além de obter mais informações sobre a sua doença. A posição social de paciente e o tipo de organização da prática médica são relevantes nos resultados obtidos nas negociações que caracterizam a relação profissional de saúde/paciente.

Caso esse trabalho não seja efetivo e não se torne contínuo, a comunidade permanece resistente a esta transição, tendo dificuldade de entendimento, aceitação e colaboração (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

As falas dos entrevistados ilustram a questão da dificuldade em lidar com a comunidade e a importância da sensibilização da mesma:

“E [...]quando eu digo suporte, quando eu digo facilitadores, eu quero dizer também que eu valorizo muito a educação em saúde pra população. E isso ainda é muito mal [...] absorvido pela população. Outra coisa, já que nós estamos falando disso, eu acho que [...]o que precede a instalação de uma equipe de saúde bucal, ou uma equipe médica, deve ser muito bem trabalhado nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Comissões Locais de Saúde, antes de se instalar essas equipes. Porque senão você coloca uma equipe capacitada pra fazer alguma coisa que a população nunca viu, não está acostumada, você quer mudar um paradigma meio na raça, meio na marra, e vira uma coisa mista, que prepondera o pronto atendimento. Essa é a experiência, que nós temos visto. Haja visto os conflitos [...] sempre com a população, em relação à implantação do programa ou da estratégia”.(E9)

“[...] então [...] o importante, eu acho, que a educação precisa começar [...] na equipe, [...] na unidade, porque às vezes um fala uma coisa, outro fala outra [...], as pessoas [...] não entendem bem a estratégia, às vezes você vai sair pra uma visita, ah! Mas já tá fechando a unidade e [...]

acha que saúde bucal é só [...] o tratamento curativo ali, ah!” (E5)

A histórica exclusão dos cidadãos das arenas de decisão tem impossibilitado a tomada de consciência em relação a importância de sua participação; talvez a forma de abordagem não consiga conquistar a atenção e o interesse da comunidade. Essa falha também pode estar associada ao formato acadêmico em que os encontros coletivos têm se desenvolvido, por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras. Ou seja, as reuniões são propostas às pessoas da forma descontextualizadas, nem sempre condizente com as reais necessidades dos territórios sociais, espaços de atuação das referidas equipes (SANTOS & ASSIS, 2006).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como eixo de análise a APS e todo o percurso metodológico foi no sentido de analisar a percepção do cirurgião dentista da ESB sobre a estratégia Saúde da Família e a Saúde Bucal; com enfoques no trabalho em equipe e nas suas competências na ESF.

Evidenciamos que todos os CD entrevistados egressaram da graduação há mais de 14 anos , com uma média 24,4 anos. Com relação à idade, os profissionais, possuem uma média de 46,2 anos, a maioria é do sexo masculino e também casados. Eles possuem uma média de tempo de trabalho na ESF de 29,9 meses, todos os profissionais possuem especialização e somente um entrevistado não possui formação voltada para a área de Saúde Pública.

Interessante salientar que esta qualificação profissional pode contribuir para o processo de mudança de modelo, entretanto, cabe lembrar, que a qualificação não significa competência profissional para trabalhar na ESF, como foi discutido nesse trabalho.

Observamos que os entrevistados percebem o perfil como uma das características do profissional competente, entretanto esta competência vai além do perfil e esbarra na iniciativa profissional e nos saberes básicos que necessitam ter para poder trabalhar no sistema de saúde, bem como o compromisso e a responsabilização.

Salientamos que o CD competente implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Acreditamos que para que o profissional possa ter compromisso e responsabilização

ele precisa estar motivado e inserido no contexto do processo de educação permanente, ou seja, estar sempre atualizado e ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, aprendendo a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais.

A educação permanente nos remete ao conhecimento técnico do profissional de saúde. Este aspecto também emergiu como percepção de competência, das entrevistas dos CD.

O conhecimento da realidade local e da situação de saúde da comunidade, também foi uma competência percebida pelos profissionais entrevistados em nossa investigação, no sentido de orientar a tomada de decisão.

Destacamos que os entrevistados reforçam a preocupação com a integralidade da atenção à saúde.

Dentro do elenco de percepções sobre competência profissional do CD na APS, que emergiam das entrevistas realizadas, vale destacar a questão da educação em saúde. Na esfera da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe.

Ressaltamos aspecto do fortalecimento e sensibilização do usuário no processo de educação em saúde, através do empoderamento. Acreditamos que o “coeficiente de autonomia” do indivíduo, em resumo, é obtido através do vínculo e do acolhimento desenvolvidos entre o profissional/usuário e equipe/usuário, ou seja, vínculo é um aspecto imprescindível no empoderamento do indivíduo no processo de educação em saúde.

Entretanto os CD entrevistados perceberam a questão da educação em saúde como verticalizada, convergindo até para uma educação autoritária. Podemos observar que isso se deve ao fato de se tomar o usuário como objeto de uma prática educativa que não leva em consideração o saber popular em saúde.

Observamos também que apesar do esforço realizado para a mudança de hábito, não se consegue obter o impacto desejado, e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado. Mas podemos salientar que os CD possuem uma dificuldade em como fazer educação em saúde.

É interessante salientar que para haver uma mudança efetiva nos padrões de saúde bucal da população, a odontologia precisa integrar-se com outras áreas do desenvolvimento humano e que o trabalho em equipe contribui de forma efetiva para o cotidiano da odontologia dentro da APS. O trabalho em equipe na Saúde da Família surge, então, como estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços e que para isso requer a compreensão dos vários setores da saúde para lidar com a complexidade da APS.

É nesse sentido que se justifica compreender a percepção do CD em relação ao trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família nos seus diversos aspectos.

Nessa investigação evidenciamos a tipologia do trabalho em equipe nas duas modalidades: “equipe agrupamento” e “equipe integração”. Em ambas estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade do valor atribuído a esses trabalhos; as tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva.

Evidenciamos que os entrevistados abordaram o trabalho do CD como isolado, ou seja, o modo de trabalho do cirurgião dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Isto pode ser evidenciado pela rede de relações apresentadas pelos entrevistados, que trazem a reprodução das práticas em saúde, denunciando as assimetrias entre os diferentes sujeitos.

Ressaltamos em nosso trabalho a importância do profissional trabalhar de forma

integrada e multidisciplinar, bem como contemplando a intersetorialidade como atributo da APS e um princípio do SUS.

Contudo, o que emergiu dos entrevistados foi a falta de um “projeto assistencial comum” para desenvolver o trabalho em equipe, pois havia uma predominância da noção de “autonomia plena”, que segundo Peduzzi (2001) é característica do trabalho em equipe do tipo agrupamento.

Salientamos que os aspectos relativos à comunicação também emergiram da fala dos dentistas. Acreditamos que a comunicação é um fator de extrema importância para a integração da equipe.

Observamos em nossa pesquisa que a questão do trabalho em equipe se restringe apenas ao respaldo dos demais profissionais da equipe, ou seja, uma comunicação externa ao trabalho.

Evidenciamos também um segundo tipo de comunicação, a “comunicação de caráter estritamente profissional”, onde os agentes dão destaque à dimensão das relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem e operam sobreposição das dimensões pessoal e tecnológica. Embora haja certa forma de comunicação, nesse caso, também não há agir-comunicativo.

Cabe ressaltar ainda, a “comunicação intrínseca ao trabalho em equipe”, que se resume na elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo cultura comum. Ou seja, elaboram um projeto assistencial comum na perspectiva do agir-comunicativo.

É interessante salientar que a reunião de equipe faz parte da rotina do trabalho no PSF para facilitar a comunicação, troca de experiências, expectativas, melhorar a convivência e avaliação quantitativa. Assim, a comunicação se torna um fator importante para o funcionamento da equipe.

Observamos que dois sentimentos antagônicos emergiram com grande importância das falas dos cirurgiões dentistas: potência vs. impotência. Evidenciamos que as equipes se sentem com potência, se vêem produtivas quando conseguem se articular de alguma forma dão respostas, operam o cotidiano e ajudam as pessoas. Entretanto lidam também, com um sentimento muito forte de impotência, de sensação de não conseguirem realizar o que seria necessário fazer ou de não fazerem adequadamente o seu trabalho.

Evidenciamos que as dificuldades apontadas pelos entrevistados são no sentido de lidar com a comunidade, principalmente em relação à compreensão da Estratégia Saúde da Família. Observamos que para alterar esse quadro é necessária uma sensibilização da comunidade.

Ressaltamos com esta investigação, a importância da implementação de esforços focados no trabalho em equipe na ESF e nas competências profissionais para os integrantes do núcleo de saúde bucal, especificamente o CD. Acreditamos que as Instituições de Serviço e de Ensino precisem canalizar esforços em busca de fortalecer os compromissos sociais e políticos mais relevantes para a categoria odontológica.

Após todas essas considerações concluímos que a tônica do trabalho em equipe na ESF e das competências para o profissional em saúde, em especial o cirurgião dentista, perpassa pela busca de maior engajamento social, propiciando a valorização, da sua contribuição com a sociedade nos aspectos relativos à saúde bucal.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Rev. Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, Ano I, n.1, p. 1-16, Jan./Jun. 2002.

ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, p. 150-153, ago., 2001.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev.2005.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.136-146, maio/ago., 2005

ARAÚJO, D. Noções de competência e organização curricular. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 32-43, jun., 2007.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Editora Porto, 1997. 335p.

BOTAZZO, C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira, A. C., (org). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.17-27.

BOURDIEU, P. **O espírito de família**. In: BOURDIEU, P. **Razões práticas sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirro, p.124-135, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1986a.

_____. **Constituição Federal.** 1988. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao>. Acesso em: 23 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal.** 1986b. Disponível em:
http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_doc_ofic/icnsb.pdf. Acesso em: 02 Jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal.** 1993. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23648. Acesso em: 20 jun. 2006.

_____. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** 1996. Lei 9394/1996 – 20/12/1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 27 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Incentivo financeiro à reorganização da atenção em saúde bucal.** 2000. Portaria n.º 1.444, de 28 de Dezembro de 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/legislacao/atencao_bas.html. Acesso em: 20 Jun. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família,** 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Profae. Formação: humanizar cuidados de saúde –** uma questão de competência. Brasília, 2001b.

_____. Ministério da Educação. **Câmara de Educação Superior, Conselho Nacional de Educação.** 2002b. Resolução CNE/CES 3, de 19 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES032002.pdf>> . Acesso em: 21 dez. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Bucal.** 2004a. Disponível em:
http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_doc_ofic/icnsb.pdf. Acesso em: 02 Jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB: indicadores 2003.** 6. ed. rev. e atual. Brasília, 2004b.

_____. SB Brasil: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. **Informe da Atenção Básica**, ano 5, n. 23, jul./ago., 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004d. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 15 mar. 2007.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente**. PORTARIA Nº198/GM Em 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde**. 2005a. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 Out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Indicadores Municipais de Saúde**. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion.cfm>. Acesso em: 08 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2006a. Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006 – Anexo I. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/saude_da_familia.php. Acesso em: 27 Jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125&janela=2. Acesso em: 23 Jan. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Portaria nº 599/ GM de 23 de Março de 2006**. 2006c. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portarias_esb/portaria599_23_03_06.pdf. Acesso em: 20 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** - n. 17. Saúde Bucal. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação – Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 162p.: Il (Série F. Comunicação e Educação em Saúde.)

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **O papel da atenção primária na construção do SUS**. In: Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007a. 232p

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Net. **Estabelecimentos de Saúde Cadastrados no Município de Ribeirão Preto**. 2007b. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=35&NobmeEstado=SAO%20PAULO. Acesso em: 17 Abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Net. **Estabelecimentos de Saúde Cadastrados no Município de Ribeirão Preto**. 2007c. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=35&VMun=354340. Acesso em: 17 Abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Net. **Indicador Profissional do Município de Ribeirão Preto**. 2007d. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp?VEstado=35&VMun=354340. Acesso em: 17 Abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família no município de Ribeirão Preto**. 2007e. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php. Acesso em: 25 Jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Consolidado de equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família**. 2007f. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/cidades_atendidas.php. Acesso em: 18 Abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Situação da Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde**. 2008a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acesso em: 20 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Equipes de Saúde**. 2008b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>. Acesso em: 08 jan. 2008.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais Na Equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 7, n., 1, p.1-10, Jan./Jun., 2004.

CASTRO, F. M.; DIAS, R. B. **Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/> Acesso em: 05 jan. 2008.

CEB. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4 de 8/12/1999**. Brasília, 1999.

CECILIO, L. C. O.; LIMA, M. H. J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo para a integração de equipes e humanização do atendimento na rede básica. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec,, 2003, p.159-182.

CFO. Conselho Federal de Odontologia. Sistemas de Cadastro. **Total geral pelos municípios de 05 de maio de 2008**. 2008. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/municipios_brasil.pdf. Acesso em: 31 mai. 2008.

CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de Março de 2002. Seção 1, p.10.2.

DEBUS, M. **Manual para excelencia em la investigación mediante grupos focales**. Washington DC: Health Com Agency for International Development. 1994.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.15-21, mai./ago., 1996.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-16, mai., 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio**. CD-ROM Versão 5.11a. Positivo Informática, 2004.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do

discurso e do conhecimento formais. **R. Bras. de Ciências Sociais**, v. 11, n. 31, p. 141-154, jun. 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GONTIJO, L. P. T. **Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP, 2007. 228p. : Il

HADDAD, A. E. et al. A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.119-152: Il (Série F. Comunicação e Educação em Saúde.)

INSTITUTO GEOGRÁFICO E CARTOGRÁFICO. **Mapa da Região Administrativa de Ribeirão Preto**. 2007. Disponível em: http://www.igc.sp.gov.br/mapras_ribpreto.htm. Acesso em: 17 Abr. 2007.

LODI, D. L. P.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. **Boletim Saúde**: Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 67-79, jul./dez., 2003.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**, ano XIX, n.64, p.13-49, set., 1998.

MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez., 2004.

MAYBI; SIMONE; ADRIANE. **Team Building**: como construir equipes eficazes. 2000. Monografia (Especialização em Recursos Humanos)- Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2000.

MENDES, E. V. Origem e Consolidação da Atenção Primária à Saúde e suas Interpretações na Prática Social. In: MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. cap.1, p. 9-12, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (Org.), **Agir em saúde**: um desafio para o público. São

Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal- definições. In: BUISCHI, S. P. **Promoção da saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/ EAP-APCD, 2000. p.1-22.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128p.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, [S.1], v. 4, n. 1, p.17-21, 2004.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde** : da política do consenso a construção do dissenso. 1998, 227f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Rev. Olho Mágico**, cidade, v. 8, n. 3, set./dez., 2001. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso em: 10 abr. 2008.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal**: assistência ou atenção? Oficina do Grupo de Trabalho “Odontologia em SILOS – Sistemas Locais de Saúde”. Rede Cedros, 1992. Mimeografado.

NOGUEIRA, R. P. **Regulação de vínculos institucionais externos**. Brasília; set. 2pp míneo-resumo disponível em: <http://www.pessoalsus.inf.br/>, 2002, Problemas de Gestão e Regulação do trabalho no SUS, disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp/>, 2006. Acesso em: 01 out. 2008.

NOGUEIRA, R. P. **O Trabalho em Equipe na Área de Saúde**. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/simpaula.htm>. Acesso em: 04 fev. 2008.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. **Certificação de Competências Profissionais** - Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências – Referenciais Metodológicos – Reedição Brasília: OIT, 2002. 288 p.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. In: OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. Brasília/São Paulo: Paralelo, cap.1, p.17-35, 1998.

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

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. (facilitadoras). **O trabalho em equipe na formação e na prática dos profissionais de saúde**. Oficina 28: VI Congresso Nacional da Rede Unida, 2005. Disponível em: www.ufmg.br/redeunida/oficinas/OFICINA%2028%20-%20Com%20Logo.doc. Acesso em: 20 mar. 2008.

PIANCASTELLI, C. H.; FARIA, H. P.; SILVEIRA, M. R. O trabalho em equipe. In: SANTANA, J. P. (org). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família; colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família de UFMG: NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000. 88p.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Rev: Ciências & Cognição**, v. 8, p. 68-87, 2006. Disponível em: www.cienciasecognição.org Acesso em: 22 mar. 2008.

PINTO, V. G. Identificação de Problemas. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

PRADO, S. U. U.; TOMITA, N. E. Ensino aprendizagem no estágio de odontologia em saúde coletiva: percepção de acadêmicos e docentes. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**, 7., 2003, Brasília. **Livro de Resumos ...** Brasília: ABRASCO, 2003. p.726.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Dados sobre a cidade**. 2007a. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP/I71principal.asp?PAGINA=/CRP/DADOS/LOCAL/I01localacesso.htm>. Acesso em: 17 Abr. 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. **Relação Sintética de Servidores por Função.** 2007b. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/il6principal.asp?pagina=/ssauade/rede/il6indprof.htm>. Acesso em: 20 abr. 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 438-446, 2004.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade**: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. 1994. 232 f. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

ROMANELLI, G. **O processo saúde-doença em famílias de baixa renda e ação do Estado**. Bauru: Mimesis, v. 24, n. 1, p.109-123, 2003.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SEADE- FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. **Perfil Municipal de Ribeirão Preto.** 2007. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Acesso em: 17 ago. 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Regionais de Saúde.** 2007. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/estrutura_departamentos_de_saude.mmp#topo. Acesso em: 18 Abr. 2007.

SILVA, I. Z. Q.; LENY A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Revista Interface**, Botucatu, v. 9, n.16, p.25-38, set./fev., 2005

SILVEIRA FILHO, A. D. S. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Atenção à Saúde, Ano II, n.6, p. 36-42, Dez, 2002.

STARFIELD, B. Primary Care: Is it essential? **Lancet**, Brasília, n. 344, p. 1129-33, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1997.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos estudar. In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes. Cap.8, p.351-368, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Rev. Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, p. 121-126, fev., 2001.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, cap. 2-3, p. 25-44, cap. 6, p. 61-78.

ZANETTI, C. H. G. **A crise e a perda de sustentabilidade da Odontologia brasileira: perspectivas para uma Agenda 21 da Saúde Bucal**. Anteprojeto de tese apresentado à comissão de seleção do doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, outubro, 2000. Disponível em: http://www.saudebucalcoletiva.ubb.br/zanetti/doutorado_projeto.DOC . Acesso em: 12 set. 2008.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública**. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, 2005. 336P.:Il.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. WHO, p.7-10, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health and Development in the 20th Century**. The World Health Report – Part One, 1999.

ANEXOS

ANEXO A

Roteiro das Entrevistas

IDENTIFICAÇÃO

- 1- Entrevistado: _____
- 2- Idade: _____
- 3- Sexo: F () M ()
- 4- Estado Civil: solteiro () viúvo () casado () divorciado () amasiado ()
- 5- Equipe em que trabalha: _____
- 6- Tempo de trabalho na ESF: _____
- 7- Ano da titulação: _____
- 8- Local da titulação: _____
- 9- Qualificação profissional: Mestrado () Doutorado () Especialização ()
- 10- Em que área: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

- 11- Comente um pouco sobre sua experiência na estratégia de Saúde da Família.
- 12- Como você vê a Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família?
- 13- Como você vê o trabalho em equipe dentro da estratégia de Saúde da Família?
- 14- Como você se vê (incluído, excluído, participante, ausente, outros) no grupo ou na equipe de Saúde da Família e/ou Saúde Bucal?
- 15- Você leva algum caso para ser discutido com o grupo? Ou com algum membro específico? E como isso ocorre? Em reuniões? Corredores?
- 16- O que você entende como competências do cirurgião dentista na estratégia de Saúde da Família? Cite algumas que julgue importantes.
- 17- Como você identifica e/ou um profissional de saúde (cirurgião dentista) competente para atuar em Atenção Primária à Saúde?

ANEXO B

APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA		Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380. Ribeirão Preto – SP Telefone PABX (0**16) 633-2331/4480 FAX (0**16) 6332331
---	---	---	--	---

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CSE-FMRP-USP.

Of.nº. 511/07/COORD. CEP/CSE-FMRP-USP- 10/10/2007.

Senhora Professora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 64ª reunião ordinária, realizada em 09 de outubro de 2007, analisou e apreciou o parecer do Relator, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **“Saúde bucal e a saúde da família: a percepção do cirurgião dentista”**. Protocolo nº.236/CEP-CSE-FMRP-USP, que será orientado por V.Sª. e pela aluna Carolina Carvalho M. Pinto do programa de Mestrado, junto ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foi aprovado.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Profª. doutora Aldaisa Cassanho Forster
Docente do Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento informado para profissionais cirurgiões dentistas

Prezado Sr.(a) _____

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Saúde bucal e a saúde da família: a percepção do cirurgião dentista.**

Este estudo tem como objetivo analisar a percepção do cirurgião dentista da Equipe de Saúde Bucal sobre a estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal; com enfoques específicos no trabalho em equipe e no conhecimento das suas competências na ESF.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nas entrevistas, que serão realizadas com os cirurgiões dentistas que trabalham nas Equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família do Município de Ribeirão Preto. Cabe ressaltar que as entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra.

A sua colaboração será muito importante para a realização deste estudo. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Ainda a qualquer da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar esse consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária.

Atenciosamente.

Dr^a Aldaísa Cassanho Forster

Orientadora – Professora Associada junto ao
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –
USP

Telefone para contato: (16) 3602-2519
acforster@fmrp.usp.br

Carolina Carvalho M. Pinto

Pesquisadora
Telefone para contato: (16)3623-7323
carolinacarv@hotmail.com

Eu _____ aceito
participar da pesquisa intitulada **Saúde bucal e a saúde da família: a percepção do cirurgião dentista.** O presente estudo tem como objetivo geral analisar a percepção do cirurgião dentista da Equipe de Saúde Bucal sobre a estratégia de Saúde da Família e a Saúde Bucal; com enfoques específicos no trabalho em equipe e no conhecimento das suas competências na ESF, e estou ciente de que a entrevista será gravada e terá seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2007.

Assinatura _____