UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

LILIANE PARREIRA TANNÚS GONTIJO

**Construindo as competências do cirurgião-dentista
na atenção primária em saúde**

Ribeirão Preto
2007

LILIANE PARREIRA TANNÚS GONTIJO

**Construindo as competências do cirurgião-dentista
na atenção primária em saúde**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Cecília Puntel de
Almeida.

Ribeirão Preto
2007

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Gontijo, Liliane Parreira Tannús.

Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde

Ribeirão Preto – São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

228 p. : il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde bucal coletiva.

Orientadora: Almeida, Maria Cecília Puntel de .

1. Competência profissional. 2. Atenção Primária em Saúde. 3. Cirurgião-dentista.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Liliane parreira Tannús Gontijo

Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.
Linha de pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe

Instituição: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Marisa Semprini

Instituição: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

Instituição: Curso de Odontologia – PUC Paraná

Assinatura: _____

Profa. Dra. Adriana Kátia Correa

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A **Professora Maria Cecília Puntel de Almeida**, pela sua orientação cuidadosa, pós-moderna e pertinente e, principalmente, por me ensinar o caminho das atitudes e do pensar, mesmo perante os percalços ao longo do doutorado.

Aos meus companheiros de viagem eterna **Eduardo, Ana Carolina e Mariana** pelo apoio constante e incondicional que me traz equilíbrio emocional para prosseguir persistente.

Em especial, aos **337 cirurgiões-dentistas da Região do Triângulo Mineiro**, que aceitaram participar deste estudo e colaborou fundamentalmente para a construção das competências do cirurgião dentista na atenção básica.

Aos profissionais de saúde, **Coordenadores de Saúde Bucal, dos 11 municípios da Região do Triângulo Mineiro** que proporcionaram a execução deste estudo, junto aos cirurgiões dentistas que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde, dentre eles:

Dr. Augusto Barbosa Mundim – Município Conceição de Alagoas

Dr. Lindomar Babilônia – Lagoa Formosa

Dr. Lourival Ribeiro da Cunha – Monte Alegre de Minas

Dr. Pedro Facincani – Município de Araguari

Dr. Roberto Wagner Lopes Goes – Município de Patos de Minas

Dr. Ronaldo Elias Dias – Município de Patrocínio

Dra. Viviane Miranda Bartoneli – Município de Uberaba

Dra. Aparecida da Silva de Castro – Município de Araxá

Dra. Hebe Rosely Couto Teixeira – Município de Uberlândia

Dra. Kátia Andrade – Município Carmo do Paranaíba

Dra. Valquíria de Araújo Alves Azambuja – Município de Ituiutaba

A sempre gentil, presente e solicita **Cristiane Gramani Say** da EERP/USP.

Aos meus pais, ***Amilson Guimarães Tannús e Delminda Vilela Parreira***, pelos valores de responsabilidade com que me criaram.

À ***Professora Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe***, docente da FORP/USP, pelas sugestões apropriadas e conveniência de suas correções, extremamente apropriadas durante o processo da qualificação da pró-forma da tese.

Ao ***Professor Dr. Samuel Jorge Moysés***, pelo aceite ao nosso convite para participar da Banca Examinadora da Tese e a positividade e incentivo proporcionado pelo seu parecer sobre este estudo.

A ***Maria Margaret de Vasconcellos Lemos*** pela colaboração valiosa na elaboração de gráficos e tabelas, bem como a performance da tese.

A ***Jorge Queiroz***, pela sua sensibilidade e criatividade.

À EERP, ***Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e seus mestres***, por ter me acolhido e compartilhado o saber aqui produzido.

A todos que direta ou indiretamente, colaboraram na execução deste trabalho.

RESUMO

GONTIJO, LPT. **Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde**. 2006. 225 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

Esta pesquisa tem como enfoque central a especificidade do trabalho do cirurgião-dentista (CD), na atenção primária em saúde e, como objeto de estudo, a construção de suas competências gerais e específicas e sua contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os referenciais de competência e atenção primária em saúde, articulados aos princípios do SUS e da estratégia de Saúde da Família, fundamentaram teoricamente este trabalho.

A definição dos municípios do estudo e da escolha dos sujeitos deu-se em função da utilização da técnica *Delphi*, como método de investigação. Foram selecionados 12 municípios da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba e a totalidade dos 509 cirurgiões-dentistas da rede básica do SUS. Participaram da pesquisa 11 municípios e 337 cirurgiões-dentistas.

Os resultados em relação ao perfil dos CD apontaram que a maioria é de mulheres (69,5%); tem a idade de mais de 36 anos (70%); casados (65%); estão a longo período trabalhando na atenção básica de saúde (53% acima de 10 anos); e em busca da diferenciação neste contexto de mercado, a partir da realização da pós-graduação (especialização), sendo que 55,8% cursaram ou estão cursando a especialização e 3,6% são mestres.

As 20 competências analisadas, dentre as gerais e as específicas, foram selecionadas pelo Painel *Delphi*, como apropriadas e relevantes para o cirurgião-dentista na atenção primária em saúde, obtendo níveis de concordância, parcial e total, acima de 83%. As mesmas agruparam-se com tendência de maior valorização nas categorias definidas como (a) *competências técnicas e de serviço*: conhecimento técnico-científico com intervenção clínica humanizada; diagnóstico preciso; coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde; promoção e educação em saúde; educação permanente; execução de visitas domiciliares qualificadas; atendimento adequado a grupos específicos; atenção

odontológica com enfoque para gestantes e bebês; interação e conhecimento da comunidade que atua; trabalho em equipe multiprofissional e habilidade manual, em *(b) competências pessoais e comunicativas*: criatividade e capacidade de adaptação; criatividade com iniciativa e flexibilidade; liderança; segurança e confiança, em *(c) competências do cuidado e organizacionais ou metódicas*: acolhimento ao usuário e humanização; planejamento em saúde; gerenciamento e organização. Em contraponto, o menor percentual de concordância (83.1%) correspondeu a competência responsabilidade social, alocada neste estudo na *(d) categoria sócio-política*.

As competências requeridas para o trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde fazem parte, indispensável, junto a um conjunto de demais ações estratégicas, que possibilitam o suporte necessário para a construção do SUS. Estas competências devem atender as necessidades de articulação da prática e da formação do CD, em uma perspectiva dos atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde (APS) em interface com os princípios do SUS e da estratégia de Saúde da Família, com ênfase no cuidado à saúde e na responsabilidade social.

UNITERMOS: Competência profissional. Atenção Primária em Saúde. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT

GONTIJO, LPT. **Building dental surgeon competencies in primary health care.** 2006. 225 p. Doctoral Dissertation in Public Health Nursing – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto, 2006.

The main focus of this study is the specificity of dental surgeons' work in primary health care, looking at the development of their general and specific competencies and their contribution to the construction of the Brazilian Single Health System (SUS). Competence and primary health care, articulated with the principles of the SUS and the Family Health strategy, served as the theoretical reference framework for this study.

The definition of study cities and the choice of study subjects occurred in function of the use of the Delphi technique as the research method. Twelve cities were selected from the Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba region, Brazil, and a total of 509 SUS dental surgeons (DS). Eleven cities and 337 dental surgeons participated in the study.

Regarding the profile of the DS, the results indicated that most of them are women (69.5%); older than 36 (70%); married (65%); working in primary health care for a long time (53% more than 10 years) and seeking graduate programs (specialization) as a means to differentiate themselves in this labor market context, with 55.8% who attended or are attending specialization courses and 3.6% with a master's degree.

Twenty specific and general competencies were analyzed, which were selected by the Delphi panel as appropriated and relevant for dental surgeons in primary health care, obtaining partial and total agreement levels above 83%. They were grouped according to their higher valuation tendencies in the categories defined as (a) *technical and service competencies*: technical-scientific knowledge with humanized clinical intervention; precise diagnostic; coordination and execution of collective health promotion and prevention actions; health promotion and education; permanent education; qualified home visits; adequate care to specific groups; dental care focusing on pregnant women and babies; knowledge and interaction with the community the professionals work in; multi-professional team work and manual

ability; (b) *personal and communicative competencies*: creativity and adaptive capacity; creativity with initiative and flexibility; leadership; safety and trust; (c) *care and organizational or methodical competencies*: welcoming the user and humanization; health planning; management and organization. In counterpart, the lowest agreement percentage (83.1%) was found for the social responsibility competence, located in the (d) *sociopolitical category*.

The competencies required of dental surgeons in primary health care are an indispensable part of a set of strategic actions, which provide the necessary support for the construction of the SUS. These competencies should meet the needs to articulate dental surgeons' practice and education, within the perspective of essential primary health care (PHC) attributes at the interface with SUS and the Family Health strategy principles, emphasizing health care and social responsibility.

UNITERMS: Professional competence. Primary health care. Dental surgeon.

Resumen

GONTIJO, LPT. **Construyendo las competencias del cirujano dentista en la atención primaria en salud.** 2006. 225p. Tesis (Doctorado en Enfermaje en Salud Pública) - Escuela de Enfermaje de Riberão Preto, Universidade de São Paulo, Riberão Preto, 2006.

Esta investigación tiene como enfoque central la especificidad de trabajo del cirujano-dentista (CD), en la atención primaria en salud y, como objeto de estudio, la construcción de sus competencias generales y específicas y su contribución para la construcción del Sistema Único de Salud (SUS).

Los referenciales de competencia y atención primaria en salud, articulados a los principios del SUS y de la estrategia de Salud de la Familia, fundamentan teóricamente este trabajo.

La definición de los municipios del estudio y de la escoja de los sujetos se dio en función de la utilización de la técnica *Delphi*, como método de investigación. Fueron seleccionados 12 municipios de la Región del Triángulo Mineiro/ Alto Paranaíba y la totalidad de los 509 cirujanos-dentistas de la red básica del SUS. Participaron de la investigación 11 municipios y 337 cirujanos-dentistas.

Los resultados en relación al perfil de los CD apuntan que la mayoría es de mujeres (69,5%); tiene la edad de mas de 36 años (70%); casados (65%); están hace tiempo trabajando en la atención básica de salud (53% más de 10 años); y en búsqueda de la diferenciación en este contexto de mercado, a partir de la realización del post-grado (especialización), siendo que 55,8% cursaron o están cursando la especialización y 3,6% son mestres.

Las 20 competencias analizadas, entre las generales y las específicas, fueron seleccionadas por el panel *delphi*, como apropiadas y relevantes para el cirujano-dentista en la atención primaria en salud, obteniendo niveles de concordancia, parcial y total, más de 83%. Las mismas se agruparon con tendencia de mayor valoración en las categorías definidas como (a) competencias técnicas y de servicio: conocimiento técnico-científico con intervención clínica humanizada; diagnóstico

preciso; coordinación y ejecución de acciones colectivas de promoción y prevención en salud; promoción y educación en salud; educación permanente; ejecución de visitas domiciliarias calificadas; atendimento adecuado a grupos específicos; atención odontológica con enfoque para gestantes y bebés; interacción y conocimiento de la comunidad que actúa ; trabajo en equipo multiprofesional y habilidad manual, en (b) competencias personales y comunicativas: creatividad y capacidad de adaptación; creatividad con iniciativa y flexibilidad; liderazgo; seguridad y confianza, en (c) competencias del cuidado y organizaciones o metódicas: acogimiento al usuario y humanización: planeamiento en salud; gerenciamiento y organización. En contra punto, el menor porcentual de concordancia (83,1%) correspondió la competencia responsabilidad social, alocada en este estudio en la (d) categoría socio-política.

Las competencias requeridas para el trabajo del cirujano dentista en la atención primaria en salud hacen parte, indispensable, junto a un conjunto de demás acciones estratégicas, que posibilitan el soporte necesario para la construcción del SUS. Estas competencias deben atender las necesidades de articulación de la práctica y de la formación del CD, en una perspectiva de los atributos esenciales de la Atención Primaria en Salud (APS) en interface con los principios del SUS y de la estrategia de Salud de la Familia, con énfasis en el cuidado a la salud y en la responsabilidad social.

UNITERMINOS: Competencia profesional. Atención Primaria en Salud. Cirujano-dentista.

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Porcentagem de Equipes de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal, por regiões brasileiras e Brasil..	32
Figura 2 – Número de equipes de PSF e ESB, por regiões, Brasil, 2007.....	64
Figura 3 – Unidade Federada Minas Gerais.	74
Figura 4 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo o porte populacional e taxa de crescimento populacional, 2000.....	75
Figura 5 – Posição geográfica da Região do Triângulo Mineiro, dentro do estado de Minas Gerais.	79
Figura 6 – Localização Geográfica das principais cidades da Região do Triângulo Mineiro.	80
Figura 7 – Municípios da Região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba participantes da pesquisa, segundo critérios pré-estabelecidos em categoria de porte populacional, por Gerencia Regional de Saúde.	83
Figura 8 – Equipes de saúde da família com e sem equipes de saúde bucal habilitadas, segundo o porte populacional, 2006.....	91
Figura 9 – Participação percentual de CD, no estudo, segundo o porte populacional dos municípios, 2006.	109
Figura 10 – Participação percentual de CD, no estudo, segundo o gênero, 2006.....	111
Figura 11 – Relação da mão-de-obra feminina na força de trabalho em saúde, segundo algumas categorias profissionais. Brasil, 1970-1980.....	112
Figura 12 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo a faixa etária, 2006.	113
Figura 13 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo o estado civil, 2006.	115
Figura 14 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo a função, 2006.	116
Figura 15 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo o tempo na função, 2006.....	116
Figura 16 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo a formação acadêmica, 2006.....	117

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional até 20.000 habitantes, 2000.	76
Quadro 2 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional entre 20.001 e 100.000 habitantes, 2000.	77
Quadro 3 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional com mais de 100.000 habitantes, 2000.	78
Quadro 4 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional acima de 501.000 habitantes, 2000.	78
Quadro 5 – Relação das GRS, segundo as Macrorregiões e a quantidade de municípios componentes.	81
Quadro 6 – Municípios participantes da pesquisa, segundo critérios pré-estabelecidos em categoria de porte populacional, por Gerencia Regional de Saúde.	83
Quadro 7 – Municípios da jurisdição – GRS de Ituiutaba, segundo porte populacional.	84
Quadro 8 – Municípios da jurisdição - GRS Patos de Minas, segundo porte populacional, 2000.	85
Quadro 9 – Municípios da jurisdição - GRS Uberaba, segundo porte populacional, 2000.	85
Quadro 10 – Municípios da jurisdição - GRS Uberlândia, segundo porte populacional, 2000.	87
Quadro 11 – Número de cirurgiões dentistas atuando nas Secretarias Municipais de Saúde da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo a GRS e a participação no estudo, 2006.	89
Quadro 12 – Número de cirurgiões dentistas atuando nas Secretarias Municipais de Saúde da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo a GRS e a habilitação ou não da equipe de saúde bucal no PSF, 2006.	90

Quadro 13 - Cirurgiões-dentistas, lotados nas Secretarias Municipais de Saúde, segundo os 12 municípios da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, participantes da pesquisa, em 2006.....	91
Quadro 14 – Competências construídas nestes estudo, sob a perspectiva dos níveis de classificação e categorização das capacidades e habilidades estabelecidas pela Câmara de Educação Básica (Resolução nº 4/199).	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e porcentagem das Equipes de Saúde Bucal e seu crescimento nos anos 2001/2002 e 2006, no Brasil.....	64
Tabela 2 – Número e percentual de cirurgiões dentista que participaram da pesquisa, segundo o município em que trabalham, 2006.....	108
Tabela 3 – Cirurgiões dentistas, segundo a frequência na SMS e participação no estudo (respondentes ao questionário), 2006.....	109
Tabela 4 – Competências Gerais, segundo os níveis de concordância total e parcial, após a última etapa de aplicação dos questionários, 2006.	123
Tabela 5– Competências Específicas, segundo percentual crescente de aprovação pelo Painel Delphi, segundo os níveis de concordância total e parcial, na 2ª etapa de aplicação dos questionários, 2006.....	124
Tabela 6 – Competências, Gerais e Específicas, segundo percentual crescente de aprovação pelo Painel Delphi, segundo os níveis de concordância total e parcial, 2006.....	124
Tabela 7 – Cálculo de percentis, segundo a concordância das competências gerais e específicas do cirurgião-dentista, 2006.....	126

SUMÁRIO

Resumo	5
Apresentação.....	19
1. Introdução.....	24
2. Objetivos.....	38
3. A construção do Referencial Teórico.....	40
3.1. A concepção de competências	41
3.1.1. As origens da concepção de competências.....	41
3.1.2. A concepção de competências e a gestão do trabalho	45
3.1.3. A concepção de competências e as políticas educacionais	48
3.1.4. As abordagens do conceito de competência	51
3.1.4.1. As competências no campo da saúde.....	53
3.2. A Atenção Primária à Saúde – APS	57
3.2.1. Contextualizando a Atenção Primária à Saúde.....	57
3.2.2. Origem da Atenção: Primária à Saúde.....	60
3.2.3. As concepções de atenção primária à saúde	65
3.2.4. Os atributos da atenção primária à saúde	67
4. O percurso metodológico.....	72
4.1. O contexto do estudo.....	73
4.1.1. Minas Gerais e a região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba.....	73
4.2. Municípios e população de cirurgiões-dentistas participantes do estudo.....	80
4.2.1. Definição dos Municípios	81
4.2.2. Definição da população de cirurgiões-dentistas participantes do estudo.....	89
4.3. Método de Pesquisa – Técnica Delphi	92
4.3.1. A Técnica Delphi	93
4.3.1.1. Etapas da técnica Delphi.....	94
4.4. Etapas do Estudo.....	96
4.4.1. 1ª Etapa (Preparatória)	97
4.4.2. 2ª Etapa.....	98
4.5. Instrumentos da Pesquisa	102
4.6. As questões éticas da pesquisa	103
5. Análise dos Dados	104
6. Resultados e Discussão	106

6.1. Perfil do cirurgião-dentista lotado nas Secretarias Municipais de Saúde, da região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba.	107
6.1.1. Características relacionadas aos sujeitos participantes do estudo, local de trabalho do cirurgião-dentista, na atenção básica, segundo o município.	107
6.1.2. Características pessoais do cirurgião-dentista: sexo, idade e estado civil	111
6.1.3. Características relacionadas ao trabalho do CD na Secretaria Municipal de Saúde: função e tempo de trabalho	115
6.1.4. Características relacionadas à formação do cirurgião-dentista: pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).	117
6.2. As competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde.....	119
6.2.1. Competências Técnicas	131
6.2.1.1. Conhecimento Técnico-Científico com Intervenção Clínica Humanizada e Diagnóstico Preciso.....	132
6.2.1.2. Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde e Promoção e Educação em Saúde	135
6.2.1.3. Educação Permanente	141
6.2.1.4. Habilidade Manual.....	145
6.2.2. Competências de Serviço	146
6.2.2.1. Execução de visitas domiciliares qualificadas.....	147
6.2.2.2. Atendimento Adequado a Grupos Específicos e Atenção Odontológica com enfoque para Gestantes e Bebês.....	148
6.2.2.3. Interação e conhecimento da comunidade que atua.....	151
6.2.2.4. Trabalho em Equipe Multiprofissional	152
6.2.3. Competências Pessoais.....	155
6.2.3.1. Criatividade e Capacidade de Adaptação e Criatividade com iniciativa e flexibilidade	156
6.2.3.2. Liderança.....	160
6.2.3.3. Segurança e Confiança	161
6.2.4. Competência do Cuidado.....	163
6.2.4.1. Acolhimento ao Usuário e Humanização	164
6.2.5. Competências Organizacionais e Metódicas	169
6.2.5.1. Planejamento em Saúde e Gerenciamento e Organização	169
6.2.6. Competência Sócio-Política	173

6.2.6.1. Responsabilidade Social	173
7. Considerações Finais	179
Referências Bibliográficas	188
Anexos.....	201
Anexo A – Termo de consentimento informado para	202
profissionais cirurgiões dentistas	202
Anexo B - Instrumento I – Formulário - Levantamento Preliminar de Competência.....	203
Anexo C - Competências do cirurgião-dentista na atenção básica	206
Anexo D - Lista de competências gerais selecionadas pelos 20 dentistas e	
compiladas pela pesquisadora	214
Anexo E - Ficha de identificação	221
Anexo F - Modelo de Declaração de Ciência e Autorização, com a finalidade de	
aplicação de questionários para pesquisa científica.....	225
Anexo G – Aprovação do comitê de ética	226

APRESENTAÇÃO

A seleção do tema sobre a construção das competências gerais e específicas do cirurgião dentista, para atuar em atenção primária no campo da saúde, coincide com dois momentos importantes de nossa trajetória profissional.

Por um lado, atuamos como docente na área de saúde coletiva e buscamos alternativas para a preparação do profissional de saúde na construção do SUS, e por outro, finalizamos em 2002 o curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP/ Ribeirão Preto, mestrado em saúde pública, ao final de 2002, tendo como objeto de dissertação a análise da contribuição de um Projeto Pedagógico de Saúde Bucal Coletiva na formação do estudante do Curso de Odontologia, referente ao Centro Universitário do Triângulo – UNITRI (GONTIJO, 2002). O referido estudo desenvolveu-se sob a perspectiva dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, da promoção em saúde bucal e da atenção em saúde da família.

Concomitante à finalização da dissertação, vivenciamos o retorno ao vínculo profissional, na Secretaria Municipal de Saúde, do município de Uberlândia, em Minas Gerais, deparando-nos, na prática, com os avanços e conflitos do SUS, em instância de decisão municipal. Como, por exemplo, as dificuldades referentes a ausência de decisão política, quanto de determinação técnico-operacional e de aporte financeiro, na implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB), junto as Equipes de Saúde da Família. Além disto, as interferências político-partidárias, assim como as de interesses próprios, tanto corporativos como pessoais, sobrepondo-se a implementação do SUS, a partir de suas diretrizes e princípios, mantinham-se como os mais difíceis entraves para os avanços do sistema de saúde municipal.

No contexto desta trajetória acrescentam-se os conhecimentos adquiridos no estágio realizado junto ao sistema de saúde do município de Curitiba, no estado do Paraná, durante os anos de 2003 e 2004, enquanto atividade do curso de pós-graduação, doutorado em saúde pública. O estágio teve como finalidade analisar criticamente, por intermédio do acompanhamento direto observacional, técnica de entrevistas e leitura de documentos e protocolos, as atividades rotineiras desenvolvidas pelas equipes odontológicas de duas Unidades de Saúde da Família, quais sejam:

Unidade de Saúde da Família Capanema e Pinheiros (RELATÓRIO ESTÁGIO, 2004).

Destacou-se, dentre os vários objetivos do estágio, os de conhecer as competências valorizadas pelos profissionais que atuam na equipe de saúde bucal da família, suas relações com os demais profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, assim como a identificação das estratégias utilizadas para organização das atividades rotineiras.

Considerando que ocorre uma escassez de referencial teórico para subsidiar a prática da estratégia de saúde da família na odontologia, a realização do estágio em Curitiba proporcionou subsídios para o conteúdo de nossa tese, onde os profissionais da saúde bucal se fazem presentes em 37 equipes de saúde da família.

O estágio possibilitou-nos reunir elementos para compreender aspectos relevantes entre distintas práticas de atenção primária em saúde bucal, ou seja, a prática assistencial hegemônica, orientada para a cura da doença e fundamentalmente restauradora, e a prática que busca a implementação de estratégias de abordagens coletivas e preventivas, inclusive sob a perspectiva da saúde da família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas, com ênfase na promoção de saúde.

Em síntese, acreditamos somar, neste projeto, interesses convergentes, que se complementam na busca da caracterização de competências necessárias ao cirurgião-dentista para atuar em atenção primária, tendo em vista subsidiar sua atuação e formação no mundo contemporâneo.

Duas concepções perpassam pelo nosso objeto de investigação: a concepção de competências e de atenção primária em saúde articuladas aos princípios e diretrizes do SUS.

As competências podem ser analisadas em duas esferas principais – do trabalho e da educação, sendo que na esfera do trabalho, transfere-se o referencial de qualificação à competência e, na esfera da educação, desloca-se as noções dos saberes à competência. Nesta tese será utilizada, para investigação das competências do cirurgião-dentista, a ótica do mundo do trabalho.

Segundo Ramos (2001), a construção da competência baseia-se nos saberes que constituem a qualificação profissional, como expressão da capacidade de articular e mobilizar um conjunto de recursos cognitivos-conhecimentos, capacidades, atitudes e informações, buscando solucionar uma série de situações em face aos desafios encontrados no mundo do trabalho contemporâneo.

Consolidando diferentes noções atuais sobre a educação baseada em competência, observam-se convergências, de distintos autores, sob a perspectiva da articulação de saberes em face dos problemas encontrados no trabalho do profissional, que atua criticamente, evidenciando autonomia e responsabilidade, tendo visão de conjunto, lançando proposições novas e rompendo com as delimitações estabelecidas pelo mero fazer.

Concordamos com Witt (2005), Witt & Almeida (2003a), quando afirmam que a construção de competências dos profissionais de saúde, no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública¹, faz parte de um conjunto de iniciativas que busca dar respostas às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas nesse setor e, no mundo do trabalho, devido aos processos de globalização e integração econômica e às mudanças nos paradigmas em saúde pública.

Concebemos, conforme afirma Starfield (1992), que o correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. Assim, a atenção primária à saúde de qualidade apenas se viabilizará quando esses seis princípios estiverem sendo concretizados, em sua totalidade.

Vale ressaltar que a Tese de Doutorado intitulada: “Competências da Enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública” (WITT, 2005), influenciou-nos, positivamente, e estimulou nosso espírito de

¹ O conceito “Funções Essenciais em Saúde Pública” originou-se de preocupações da Organização Mundial de Saúde com as rápidas mudanças nos países. Estas funções são consideradas essenciais porque asseguram que o sistema de saúde pública continue a responder às necessidades emergentes prioritárias de uma forma ótima, através de uma variedade de serviços de saúde pública. (WITT, 2005)

pesquisa, para estudarmos a construção das competências do cirurgião-dentista, dentro do contexto da atenção primária em saúde.

Para alcance deste trabalho, esta tese está estruturada na seguinte ordem: expomos, inicialmente, o contexto político, sócio-cultural e econômico em que se desenvolve o sistema de saúde do país e discorremos sobre os dilemas do SUS e a proposta de Estratégia de Saúde da Família, com ênfase na inserção da saúde bucal nesta estratégia.

Encerrada a introdução e justificativa do tema, descrevemos os objetivos e após a fundamentação teórica – as concepções de competências e atenção primária à saúde e, posteriormente, traçamos o percurso metodológico, esclarecendo as etapas da Técnica Delphi, que foram utilizadas para alcance dos objetivos estabelecidos, apresentamos os resultados do estudo, desenvolvido na região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, e para finalizar apontamos as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

O objeto de pesquisa desta tese refere-se à construção das competências, que caracterizam a prática profissional do cirurgião dentista na atenção primária à saúde e tem como contexto o desenrolar do pós-modernismo² e o início do século XXI.

Estes dois marcos históricos apresentam, dentre várias características, a diretriz esvaziadora e diluidora que desfaz princípios, regras, valores, práticas e realidades, refletindo-se, no campo da saúde, na necessidade de reflexão e reafirmação sobre alguns aspectos estruturais do Sistema Único de Saúde - SUS.

Dentre estes aspectos, chama a atenção a necessidade de asseverar, então, os seus princípios de universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, em detrimento da convivência contemplativa e paralisante de seus dilemas e contradições conjunturais e processuais, desenvolvendo junto ao sistema de saúde ações limitadas e pouco resolutivas.

Utilizaremos as expressões Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como sinônimas. Optamos, inicialmente, inclusive no título da tese, pela expressão APS, considerando se tratar de uma terminologia internacional. No Brasil, tem se adotado a expressão atenção básica, sendo que os atributos da APS estão presentes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se coloca como um instrumento para viabilizar a implementação dos mesmos. No capítulo referente ao Referencial Teórico, realizaremos um detalhamento conceitual do termo AB adotado no Brasil, para expressar os fundamentos e objetivos da APS.

Este conjunto de princípios do SUS que move centenas de atores, em várias esferas, governamentais ou não, não se configurou, na atualidade, de forma plena e demonstra sinais de alerta, no sentido da necessidade de organização de esforços na construção de seus arcabouços políticos, teóricos e operacionais, oferecendo suporte para as mudanças do mundo do trabalho. Dentre os vários instrumentos disponíveis, que representam esforços no sentido desta construção do SUS, enfocamos a necessidade de profissionais capacitados e com perfil para a implementação do modelo assistencial defendido pela estratégia de saúde da família.

² Segundo Santos (1996), Pós-modernismo é o nome aplicado às mudanças ocorridas nas ciências, nas artes e nas sociedades avançadas desde 1950, quando por convenção se encerra o modernismo (1900-1950). É típico e tem sua origem nas sociedades pós-industriais baseadas na informação – EUA, Japão e centros europeus.

Considerando a tarefa de construção das competências do cirurgião-dentista, vale evidenciar que a complexidade do referencial de competências, nas suas relações com o mundo do trabalho, da educação e da regulação do mercado de trabalho, devido a amplitude das possibilidades de investigação, define limitações para sua compreensão como objeto de estudo e implicações na prática de saúde.

Neste estudo das competências do cirurgião-dentista nos propomos a sua construção em consonância com os atributos da APS e os princípios expressos nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A competência é aqui concebida, conforme afirma Deluiz (1995), como competência social, referindo-se ao saber que deve articular o saber-fazer, o saber-conviver e o saber-aprender. O processo de trabalho em saúde perpassa por dimensões que ultrapassa, o saber-fazer, ou seja, vai muito além da aplicação correta e adequada da técnica, por exemplo, que envolve a anestesia, preparo cavitário e restauração dentária, que conjugue a funcionalidade e estética. Assim, um profissional de saúde, quando vai atuar, deverá mobilizar ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, definido pela existência de um saber específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se põe em jogo um saber do seu campo profissional de ação, mas que inclui a dimensão cuidadora, a percepção do usuário enquanto sujeito que recebe um procedimento/cuidado e o seu contexto.

Assim, compreendemos que a construção de competências significa estabelecer diretrizes de responsabilidade do cirurgião-dentista baseada em conhecimentos, habilidades e atitudes que, mobilizados de forma complementar com os de outros profissionais, contribuirão para reorientar o processo de trabalho e construir novas práticas sociais, inclusive no campo da atenção primária, na implementação do SUS.

Contextualizando nossa política oficial de saúde, salientamos que em 1988, o texto constitucional brasileiro consagrou a saúde como produto social e em 1990, com as Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080 e 8142) foram estabelecidas as bases para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, o que trouxe a possibilidade de antevermos um sistema que assegurasse acesso universal e equânime às ações e aos serviços necessários para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da nossa população e a satisfação desta com os serviços ofertados (BRASIL, 1999).

Após 18 anos, desde sua promulgação, podemos considerar o SUS um sistema em final da adolescência, que ao perpassar da IX à XII Conferência Nacional de Saúde, de 1990 à 2003, compreende-se que mesmo com avanços, convivemos com os grandes dilemas do SUS: segmentação versus universalização; fragmentação versus integralização (MENDES, 2001) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) implementada de forma flexibilizada, de acordo com as especificidades locais versus ESF efetivada como Programa, de forma paralela ao sistema de atenção à saúde da rede SUS.

Nesta tese, optamos pela utilização da terminologia Estratégia de Saúde da Família, sugerida pelo Ministério de Saúde, como mais adequada tendo em vista tratar-se de um instrumento de reorganização da atenção básica e não um programa verticalizado e paralelo ao sistema de atenção à saúde.

Ainda diante de proposições distintas, destaca-se no campo da prática odontológica na rede básica de saúde, a busca da implementação das diretrizes do SUS, utilizando como estratégia a saúde da família versus a manutenção de práticas limitadas à atenção curativa e clínico-restauradora.

Por outro lado, no campo da formação do profissional de saúde verifica-se a formação dissociada da realidade brasileira, com ênfase na especialização e práticas desintegradas de atenção. Abonamos a formação voltada para a compreensão ampliada do processo saúde-doença e orientada pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal.

Estamos implementando o Sistema Único de Saúde – SUS e para atingir seus objetivos, dentre os quais salientamos a integralidade da assistência, propõe-se a organização e qualificação da atenção primária em saúde, em cuja equipe básica há a necessidade da construção das competências gerais e específicas do cirurgião-dentista, que é objeto de estudo desta pesquisa.

No momento atual, onde buscamos em cada canto do país, construir um modelo de atenção à saúde que seja universal, integralizado, equitativo e resolutivo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desponta como uma alternativa de reorganização da prática assistencial, centralizando sua atenção nos princípios de vigilância à saúde.

Segundo Campos (2003), o modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde. Seguindo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo. A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa.

Em 1994, o Governo Federal criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), oficializando-o em 1997, através da Portaria 1886 de 18 de dezembro (BRASIL, 1997), tendo como principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, levando a saúde para mais perto da família, buscando a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros.

A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua, não se caracterizando, porém, como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, sendo um instrumento importante na reorganização do modelo assistencial tradicional orientado para a cura de doenças e utilização do hospital, tendo como público alvo a família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes. A Estratégia de Saúde da Família é entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social concreto, possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997).

Nesta perspectiva, a família passa a ser objeto de atenção, sendo entendida a partir do ambiente no qual vive. Mais do que uma delimitação geográfica é nesse espaço que se permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

Estes esforços coletivos devem reforçar e contemplar o caráter substitutivo da ESF, inserida no nível de atenção primária de ações e serviços do sistema local de saúde,

assegurando integralidade e hierarquização, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir e promover a vinculação da população a profissionais competentes para esta forma de agir em saúde.

Por outro lado, a ESF apresenta suas contradições. Segundo (Merhy e col, 2003), os trabalhadores da saúde, podem ser, potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais, contudo, ainda há ainda um longo percurso para que isso ocorra. Compreendemos conforme a percepção do referido autor, que será necessário constituir-se uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento de que os serviços de saúde são, pela sua natureza, “(...) um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde”.

Além disto, estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização dos serviços. Portanto, para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que “(...) perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde para a organização de serviços” (Merhy e col, 2003). Assim, o novo modelo envolve acolhimento, vínculo/responsabilização e autonomização.

Dentre outras questões, que devem ser ressaltadas como aspectos contraditórios da ESF, as quais precisam ser inicialmente reconhecidas para possibilitar sua superação referem-se ao fato de se considerar que se pode organizar e estruturar a demanda de serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes de saúde da família. Assim, elimina a possibilidade de atendimento a demanda espontânea, o que se constitui em um equívoco. Pois, não havendo um esquema para atender os usuários em situações de sofrimento, dor e angústia e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, os mesmos vão recorrer as unidades de pronto atendimento e prontos-socorros.

Estas são algumas das contradições da ESF, que enfraquece sua proposição e constitui-se em erro estratégico de sua implantação, podendo comprometer seus objetivos, tendo em vista que reforça a organização de serviços que privilegia a

atenção centrada em procedimentos de resolução imediata dos problemas de saúde e respondem satisfatoriamente aos projetos médico-hegemônicos.

Frigotto (1998) contextualiza a coincidência das reformas dos processos de formação humana e concepções educativas em todos os momentos históricos nos quais experimentam mudanças profundas na materialidade das relações sociais nos âmbitos econômico, cultural e político e concomitantemente define a entrada em efervescência dos embates teóricos e ideológicos. O referido autor conclui que estas mudanças podem ter um sentido de avanço em termos de ganhos para a humanidade ou de retrocesso.

Ainda no contexto dos grandes dilemas do sistema de saúde do país, nestes últimos dez anos, ressaltamos, dentre eles, as dificuldades no processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família – ESF, em municípios de médio porte, considerados acima de cem mil habitantes, como também os de grande porte (acima de 500 mil habitantes).

Assim, observamos duas formas distintas de implementação das equipes de Saúde da Família presentes no contexto dos municípios brasileiros: a primeira busca a reordenação do modelo assistencial – de substituição gradual às práticas tradicionais, por uma nova prática que se inicia na atenção primária, onde os serviços de saúde criam vínculo de responsabilização com a população; sendo que a segunda concebe a implementação do Programa de Saúde da Família de forma vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde pré-existentes.

Verifica-se que a primeira forma de implementação da ESF é dificultada, dentre outros fatores, pela insuficiência de profissionais de saúde preparados para atuar com competência nesta proposta inovadora.

A partir do ano de 2000 estabeleceu-se a Portaria 1.444, publicada no Diário Oficial da União (BRASIL, 2000), criando o incentivo financeiro para ações de inserção de profissionais da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Esta Portaria objetivou ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os índices epidemiológicos da população e incentivar sua reorganização na atenção básica, vislumbrando a possibilidade de reverter este quadro da inacessibilidade aos cuidados em saúde bucal.

Em março de 2001, a Portaria 267, publicada no Diário Oficial da União (BRASIL, 2001), considerando a necessidade de regulamentação da Portaria 1.444/GM, que criou o incentivo de saúde bucal destinado ao financiamento das ações e da inserção de profissionais desta área no PSF, aprova a integração do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e explicita o elenco de procedimentos no âmbito da saúde bucal, compreendidos na atenção básica, estabelecidos por intermédio da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS.

A legislação internacional tem se utilizado fundamentalmente da seguinte classificação formulada pela Organização Internacional do trabalho (OIT): competências básicas, genéricas e específicas. As competências básicas são aquelas resultantes do processo de escolarização. As competências genéricas referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente relacionadas à integração com tecnologias mais gerais. As competências específicas são aquelas diretamente relacionadas ao exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional (OMS, 2003).

Assim, dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes de saúde da família, verificadas nas normas que tratam da regulamentação das mesmas pelo Ministério da Saúde, salientamos a atribuição de conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas e, por outro lado, dentre as atribuições específicas do cirurgião-dentista se estabelece a realização de levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita.

Ainda segundo a Portaria 1.444, para cada duas equipes de saúde da família poderia ser implantada uma equipe de saúde bucal, ficando esta responsável por uma média de 6.900 habitantes. Consideramos que esta quantidade, inicialmente, definida para atenção do CD é elevada e compromete um trabalho de qualidade, onde a criação de vínculo e responsabilização, princípios da estratégia de saúde da família ficariam prejudicados.

Em junho de 2003, nova portaria nº 673 estabelece uma equipe de saúde bucal para uma de saúde da família, não trazendo a obrigatoriedade do município adotar tal medida. Em Janeiro de 2007, contabilizou-se no país 26.729 equipes de saúde da família e 15.086 equipes de saúde bucal, representando 56% do total de equipes de saúde da família habilitadas no País, conforme Figura 1 (BRASIL, 2007).

Figura 1 – Porcentagem de Equipes de Saúde da Família que possuem Equipes de Saúde Bucal, por regiões brasileiras e Brasil, Jan./2007.

Verifica-se que a inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família no país ainda é incipiente e com um longo caminho a percorrer para implementação do SUS. Assim temos, que, em média, 56% das equipes de saúde da família presentes nas regiões brasileiras incluem a equipe de saúde bucal, tendo as regiões centro-oeste e nordeste com os maiores percentuais de inclusão da equipe de saúde bucal, sendo 67% e 69%, respectivamente, na região sul com 54%, a região norte com 49% e finalmente a região sudeste com apenas 39%.

Nesta virada de século é urgente revermos a forma como se organizam o ensino, a pesquisa e a questão dos serviços de saúde na universidade brasileira, a qual está longe de atender de modo adequado às necessidades sociais predominantes, terminando por reforçar os padrões da prática odontológica vigente restritiva. Esta prática faz emergir seus efeitos deletérios, sobretudo da naturalização da perda dentária e da ênfase ao “protesismo”, conforme descreve Souza (2006):

O banguela como fenômeno sócio-histórico é símbolo de exclusão social e nesta a perda de dentes é apenas mais um componente de faltas incalculáveis, que nenhum dado estatístico seria capaz de descrevê-las já que são perdas marcadas não apenas em suas condições aparentes, mas, sobretudo, em subjetividades de sobreviventes. É desta relação mais íntima entre clínica odontológica e exclusão social, que dá relevo ao conceito de bucalidade para refletir sobre o caráter técnico, ético, estético e político da clínica. (SOUZA, 2006)

Segundo Torres (1992), na década de 90, o Brasil era o país que possuía o maior número de cursos de formação de odontólogos no mundo, o que representava 11% do total. Verificou-se no Brasil um “boom” de escolas, acompanhado de uma elevada demanda (aluno/ vagas) pelos cursos de odontologia, a qual superava a tradicional posição privilegiada da medicina.

O Brasil contava no início de 2003, com 165 cursos de graduação em odontologia, na sua maioria de propriedade particular e concentrada nas regiões mais desenvolvidas do País, fazendo com que na última década houvesse um alto incremento no número de profissionais habilitados para o exercício profissional. Contudo, não se dispõe de estudos criteriosos avaliando o que esse aumento tem significado na modificação do quadro de morbidade bucal dos brasileiros e para o acesso aos serviços odontológicos. (BRASIL, 2005).

Desta forma, conforme menciona Teixeira (1995), apesar da marcante presença do cirurgião–dentista no mercado, ainda persistem sérios problemas de diferentes ordens, no campo da saúde bucal no Brasil, como a elevada prevalência de cáries em determinados grupos e edentulismo precoce.

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão, sendo que a expansão das equipes de saúde da família deixou evidente as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento de implementação do SUS.

Segundo o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, publicizado em 2005, é responsabilidade do SUS superar as deformações e deficiências da formação dos recursos humanos por meio do investimento em qualificação profissional e educação permanente.

Assim, concordamos que o modelo de ensino, com contadas exceções permanece com um talhe tradicional, com forte base curativa e voltada para o exercício liberal

da profissão e não conseguindo, na prática, alterar a situação vigente. (BRASIL, 1990).

Neste contexto complexo, da política oficial de saúde que busca acesso, se não igualitário pelo menos equânime aos serviços de saúde, verificou-se que o Projeto Saúde Bucal Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, realizado em 2002 -2003 cumpriu seu objetivo ao produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área, nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Para tal, houve a coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal.

Os resultados principais do Projeto SB Brasil apresentam nove constatações da necessidade de atenção e investimentos urgentes dos municípios em saúde bucal. Estas informações do Projeto SB Brasil representam, com certeza, a melhor informação epidemiológica disponível sobre a saúde bucal da população brasileira, apresentando dados atualizados, quais sejam (BRASIL, 2004):

1. O declínio da cárie dentária na população infantil está ocorrendo de forma desigual na população brasileira;
2. As crianças do norte e nordeste do país apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados;
3. O ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são profundamente elevados;
4. Cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal³ em uma ou mais regiões da boca;

³ A identificação de bolsa periodontal durante o exame indica agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e/ou risco de infecção periodontal.

5. 10% dos adultos apresentaram pelo menos um sextante⁴ da boca apresentando menos de dois dentes presentes e funcionais, sendo que esse problema atinge metade dos idosos;
6. A perda dentária precoce é grave;
7. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade;
8. O edentulismo continua sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos;
9. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas;

É provável que muitas das diferenças apontadas sejam decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica incluindo, entre outros, o impacto de medidas mais gerais, como por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e utilização de serviços de assistência odontológica.

Acreditamos, conforme sugerido nas considerações finais do Projeto SB Brasil, que com a continuidade do trabalho e a análise segundo as principais variáveis de estratificação, o Projeto possa contribuir para a discussão desses e de outros inúmeros aspectos ligados à distribuição dos principais agravos em saúde bucal no país.

É importante ressaltar, então, que a situação descrita explica-se, embora não se justifique, por vários fatores que perpassam a questão da saúde bucal no Brasil, destacando-se a predominância de um modelo odontológico e de formação profissional curativa e clínico-restauradora, a não utilização dos instrumentos de controle das doenças bucais disponíveis, a pequena cobertura odontológica dos planos de saúde privados e a escassa cobertura dos programas odontológicos públicos de caráter coletivo e reduzido acesso aos serviços odontológicos de forma ampla e integral aos usuários do SUS.

⁴ **Sextante:** A dentição está dividida para exame em seis partes, denominadas sextantes.

Este estudo será desenvolvido na Região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, e se propõe a construir e analisar as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde.

Neste sentido questionamos:

Quais são as competências necessárias ao cirurgião-dentista (CD), para contribuição com a implementação dos atributos da atenção primária em saúde e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS?

As equipes de saúde devem trabalhar unidas, em conjunto, mas existem atribuições específicas para os membros de cada uma, a fim de evitar a perda de identidade profissional ocasionada pela prática polivalente, refletindo em atribuições muito semelhantes, perdendo-se na prática, a especificidade.

Campos (1997) sugere trabalhar com os conceitos de *Campo e Núcleo de Competência* e responsabilidade ao planejar seja a formação, seja a prática profissional em saúde. Por campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, sendo que o núcleo marcaria a diferença entre os membros de uma equipe, sendo entendido como o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade.

Segundo Merhy (2002), no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar. Desta forma, considera que o ato de cuidar conjuga todos os saberes e práticas implicadas com a construção dos atos cuidadores e conformam os modelos de atenção à saúde.

A partir destas considerações inicialmente expostas, as quais serão aprofundadas, em seguida, no referencial teórico, elaboramos o seguinte pressuposto geral deste estudo: as competências requeridas para o trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde, se constituem em suporte para a construção do SUS, sendo que estas competências devem atender as necessidades de articulação da prática e da formação do cirurgião-dentista (CD), em uma perspectiva do cuidado à saúde e da responsabilidade social.

Este profissional deve desenvolver competências que possibilitem uma real integração da odontologia aos preceitos do SUS, bem como responder a uma demanda por atenção em saúde bucal cada vez mais crescente, inclusive proporcionando o primeiro acesso, ou seja, a atenção primária, ao tratamento odontológico para grande parcela da população.

Tendo em vista as considerações postas, a presente tese refere-se às novas exigências conferidas aos interessados nas competências do cirurgião-dentista para atuar na atenção primária à saúde, devido às transformações que vêm se processando no mundo contemporâneo, exigindo que a maneira de se conduzir a prática de saúde bucal no país seja inovada, procurando contribuir para o debate acerca da necessidade de reconfiguração das competências do cirurgião-dentista e destacar elementos centrais que estruturam o seu trabalho, sob a perspectiva da promoção e da atenção primária em saúde.

Assim, consideramos urgente a elaboração de estudos que permitam uma maior compreensão das competências do cirurgião-dentista, profissional este cada vez mais presente na atenção primária em saúde e o estudo das necessidades de inovação nos processos de formação e preparação de profissionais para atuação neste setor.

2. OBJETIVOS

Identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas do cirurgião-dentista para atuação na atenção primária em saúde, a partir do trabalho realizado na rede básica do SUS, nos municípios da Região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba.

Compreender como as competências gerais e específicas dos cirurgiões-dentistas na atenção primária em saúde estão contribuindo para a garantia dos princípios do SUS.

3. A CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais de competência e atenção primária em saúde articulados aos princípios do SUS e da estratégia de saúde da família fundamentam teoricamente este trabalho.

3.1. A CONCEPÇÃO DE COMPETÊNCIAS

3.1.1. As origens da concepção de competências

Deluiz (2001) considera que nas últimas duas décadas, o mundo tem presenciando mudanças no contexto econômico, político, social e cultural. A configuração que o capitalismo vem assumindo a partir dos anos 70 revela a crise do padrão de acumulação capitalista estruturado sob o binômio taylorista-fordismo⁵, e sua alteração ou substituição por formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas, o que se convencionou denominar como a especialização flexível (Piore e Sabel, 1984) ou toyotismo⁶.

Tendo em vista este contexto, Deluiz (2003), examina que o modelo das competências profissionais começa a ser discutido no mundo empresarial a partir dos anos oitenta, no contexto da crise estrutural do capitalismo que se configura, nos países centrais, no início da década de setenta.

Esta crise se expressa, então, por alguns elementos, dentre eles: o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; pela hipertrofia da esfera financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; por uma acirrada concorrência intercapitalista, com tendência crescente à concentração de capitais devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; e pela desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, resultantes da crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social (DELUIZ, 2003).

Segundo Witt (2005) e Witt & Almeida (2003b) sob a predominância do Taylorismo-

⁵ *Taylor* iniciou em 1879, na indústria siderúrgica Midvale Company, um conjunto de análises, por meio da cronometragem, de cada fase de determinados trabalhos, conseguindo eliminar, posteriormente, os movimentos muito longos e inúteis, conseguindo dobrar a produção da indústria, introduz o trabalho parcelado e realizado em um tempo previsto.

O *fordismo* consolidou a administração científica no decorrer do século XX, através dos seus elementos intrínsecos, nomeadamente a linha de montagem, tornando-se o emblema maior da implementação das práticas postuladas por Taylor.

⁶ *Toyotismo* ou processo flexível de trabalho ou sistema Toyota de Produção ou ainda ohnismo (de Taiichi Ohno – chefe de engenharia do Sistema Toyota de Produção), vem se desenvolvendo desde a década de 50 do século passado (sendo a origem do modelo japonês de administração), fundamentado na escola americana da Qualidade e, sobretudo, nas técnicas de Taylor e Ford.

fordista o conceito de qualificação esteve restrito às relações diretas, por um lado com a formação e com os diplomas e, por outro lado, com os códigos das profissões. A certeza do emprego era motivada pela crença na relação linear escolaridade-formação-emprego. Os objetivos científicos do currículo transformaram-se em análises das funções de ocupações e profissões industriais, expressas em termos de aprendizagem.

Ainda segundo a perspectiva de Deluiz (2003), as novas concepções gerenciais que surgem no bojo desse processo de reestruturação empresarial estão ancoradas, numa lógica de recomposição da hegemonia capitalista e das relações capital-trabalho e têm como objetivos racionalizar, otimizar e adequar a força de trabalho face às demandas do sistema produtivo.

Assim, entende que na década de 90, o aprofundamento da globalização das atividades capitalistas e a crescente busca de competitividade levaram ao “alinhamento definitivo das políticas de recursos humanos às estratégias empresariais, incorporando à prática organizacional o conceito de competência, como base do modelo para se gerenciarem pessoas” (FLEURY et al., 2001), apontando para novos elementos na gestão do trabalho.

É fato que uma das principais preocupações das organizações, tanto no âmbito nacional quanto internacional, nos dias de hoje, é se manter competitivas dentro de um ambiente de negócios em constante mutação. Para tanto, as mesmas têm dedicado parte considerável de seus esforços para a qualificação de seu pessoal, por entenderem que uma organização, para se manter competitiva num ambiente de negócios extremamente volátil, necessita de investimento intensivos no fator humano. Desta forma, o conhecimento, em todos os seus aspectos, é um elemento indispensável para o bom resultado de suas operações e para o exercício eficaz de tarefas pelo seu corpo funcional.

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 vem passando a sociedade brasileira, mudanças essas geradas pelas transformações técnico-organizacionais no âmbito do trabalho (MANFREDI, 1998).

Nesta mesma linha de entendimento, Desaulniers (1997), verifica, nas últimas décadas, o surgimento de novos termos para expressar algumas das novas exigências no mundo contemporâneo, em consequência do aprimoramento acentuado da tecnologia, das transformações estruturais que se referem às instâncias de produção e difusão de conhecimentos e às relações dos grupos sociais aos saberes.

Em simetria com estes dois pensamentos supracitados, Druck (in Gomes, 2001) afirma que, nos tempos atuais, é patente no Brasil, a “moda” (se é que assim pode ser denominada) da qualificação, apontando para a existência, ou, ao menos, para tentativa de valorizar um novo perfil do trabalhador brasileiro, em consonância com uma tendência mundial.

A qualificação, afirma esse autor, tem sido tratada como saída para os problemas do desemprego e do subemprego, sendo um tema discutido de modo relevante dentro de muitas organizações, desde as empresas às universidades.

Além disto, de acordo com Bastos e Lima (2002), a mídia vem veiculando a qualificação profissional, sobretudo nos últimos sete anos, como uma “[...] necessidade imperiosa para aqueles que quiserem se incluir (ou se manter incluídos) no mercado de trabalho[...],” observando-se inclusive um crescimento significativo na quantidade de publicações sobre o tema, “[...] sejam elas destinadas ao meio acadêmico ou ao público em geral” (BASTOS & LIMA, 2002).

Para Witt (2005) a noção de competência sucede à de qualificação, como conceito organizador das relações de trabalho e de formação no processo de reestruturação produtiva. O termo qualificação, expresso pelo nível de conhecimento especializado contribui para a formulação dos códigos das profissões e para sua classificação no plano da hierarquia social.

Para Ramos (2001, p. 283) “[...] a competência não substitui a qualificação, mas a desloca para um plano secundário, como forma de se consolidar como estratégia ordenadora da relação trabalho-educação”.

Constata-se que a idéia que se difunde quanto à pertinência do uso da noção de competência pela escola é que tal noção seria capaz de promover o encontro entre trabalho e formação. No plano do trabalho, verifica-se o deslocamento do conceito

de qualificação em direção à noção de competência. No plano pedagógico, testemunha-se a organização e a legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares a um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações concretas e específicas. Essas competências são definidas em relação aos processos de trabalho que os sujeitos deverão ser capazes de compreender e dominar.

Em síntese, então, as alterações produzidas por esse modelo resultam em deslocamento de noções: dos saberes à competência, na esfera educativa; da qualificação à competência, na esfera do trabalho (DESAULNIERS, 1997).

Por outro lado, no campo da educação, Ramos (2003) defende que as reformas educacionais realizadas em alguns países⁷ europeus e latinoamericanos têm-se justificado pela necessidade de adequar a educação às demandas do mundo contemporâneo, tomando-se como base pressupostos e teorias psicológicas. Tem-se, assim, verificado uma forte adesão a uma concepção construtivista de aprendizagem, para a qual são de grande importância as idéias de memorização compreensiva, funcionalidade do conhecimento e aprendizagem significativa.

Deluiz (2003) examina que na Europa já se iniciava, nos anos 80, um processo de reformulação dos sistemas nacionais de formação profissional e de formação geral tendo como base o enfoque das competências, com o objetivo não só de adequar a formação profissional aos requisitos da nova divisão internacional do trabalho, mas de unificar os sistemas de formação profissional, tornando possível a disponibilidade e transferibilidade dos trabalhadores, que passariam a ter livre circulação no mercado de trabalho setorial, intra-setorial, nacional e internacional, nesta etapa do capitalismo desregulado, aberto e sem fronteiras.

Na América Latina o modelo das competências surge no bojo das reformas educacionais, que por sua vez são parte do conjunto de reformas estruturais no aparelho do Estado. Estas reformas são decorrentes do ajuste macroeconômico ao qual os países latino-americanos se submeteram ao longo dos anos 90 para superar a inflação e a estagnação e retomar o crescimento econômico interrompido na década perdida de 80.

⁷ Na Europa podemos citar, por exemplo, França, Inglaterra, Espanha; e na América Latina, México, Argentina, Chile e Brasil.

Nesse contexto, à medida que tanto a educação profissional quanto a educação geral são questionadas sobre sua adequação ao presente estágio de racionalidade técnico-científica da produção, categorias relativas ao trabalho e à aprendizagem vão sendo sintetizadas, respectivamente, na forma de competências requeridas pela produção e competências adquiridas pelo trabalhador (RAMOS, 2000).

Ramos (2001) inclusive demonstra as intenções das autoridades governamentais brasileiras, ao afirmar que a Lei de Diretrizes e Bases – LDB define que a educação escolar, nos diversos níveis de ensino, tem a finalidade de desenvolver nos educandos o conhecimento e habilidades necessários para o exercício da cidadania e inserção no mercado de trabalho. A lei estabelece dois níveis de ensino: o básico, composto pela educação infantil, fundamental e média, e o superior.

Considerando que a implementação do modelo de competências é um movimento social amplo e cujas principais conseqüências refletem-se nos mundos do trabalho e da educação, optamos por previamente discorrer sobre o modelo de competências tanto em relação à gestão do trabalho quanto às políticas educacionais, tendo em vista poder introduzir, posteriormente, as concepções de competência presentes na literatura.

3.1.2. A concepção de competências e a gestão do trabalho

Para Deluiz (2003), a adoção do modelo das competências profissionais pelas gerências de recursos humanos no mundo empresarial está relacionada ao uso, controle, formação e avaliação do desempenho da força de trabalho diante das novas exigências postas pelo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista: competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos. A autora considera que este modelo tende a tornar-se hegemônico em um quadro de crise do trabalho assalariado e da organização prescrita do trabalho e do declínio das organizações profissionais e políticas dos trabalhadores.

Portanto, considera que ao definir sua estratégia competitiva (excelência operacional através da competição com base no custo, inovação no produto, orientação para serviços aos clientes) as organizações empresariais identificam as competências essenciais do negócio e as necessárias a cada função. A partir destas são definidas as competências dos trabalhadores necessárias à organização.

No modelo das competências os conhecimentos e habilidades adquiridos no processo educacional, na escola ou na empresa, devem ter uma "utilidade prática e imediata" – tendo em vista os objetivos e missão da empresa –, e a qualidade da qualificação passa a ser avaliada pelo "produto" final, ou seja, o trabalhador instrumentalizado para atender às necessidades do processo de racionalização do sistema produtivo. Assim, o "capital humano" das empresas precisa ser constantemente mobilizado e atualizado para garantir o diferencial ou a "vantagem competitiva" necessários à desenfreada concorrência na economia internacionalizada (DELUIZ, 2001).

A partir desta perspectiva, a lógica das competências perpassa de forma contraditória, mas complementar, o mundo do trabalho: no núcleo do trabalho formalizado, a apropriação pelo capital do saber, do saber-fazer e do saber-ser dos trabalhadores, implica uma busca constante de ampliação e atualização do seu portfólio de competências e uma renúncia permanente aos seus interesses de classe em favor dos interesses empresariais. A ameaça de desemprego em um mercado de trabalho desregulamentado e instável confere à empresa o poder de negociação (e/ou imposição) em relação às formas e condições de trabalho à margem da mediação sindical, favorecendo a cooptação dos trabalhadores e a quebra de sua resistência. (DELUIZ, 2003).

Vale ressaltar, ainda sob a perspectiva de Deluiz (2003), que no mundo do trabalho precarizado – subcontratado, tempo parcial, temporário, conta própria, sem-carteira – os próprios trabalhadores se submetem ou mesmo incorporam a cultura da flexibilidade e da rotatividade de empregos como meio de manutenção de sua empregabilidade, aceitando as diferenças salariais e a perda de direitos e benefícios sociais em relação aos trabalhadores formais, como parte das "regras do jogo" do mundo do trabalho atual.

No mundo dos sem-empregos a lógica das competências leva a uma culpabilização pela sua situação de exclusão e à busca de uma empregabilidade, situação em que o trabalhador desempregado é pressionado a ser competente para criar ou até mesmo "inventar" o seu próprio trabalho. Esta procura por uma "empregabilidade" no mercado de trabalho é, entretanto, vazia de significado porque condicionada pela baixa escolaridade e pela falta de políticas de trabalho e renda com a perspectiva de criação de novos postos de trabalho.

Desta forma, concordamos com Deluiz (2003) que a lógica das competências na gestão do trabalho, com sua perspectiva individualizante e individualizadora das relações de trabalho, leva o trabalhador, a um só tempo, à retração de seus saberes aos estritos limites e necessidades da empregabilidade e à ruptura da sua filiação social, posto que todas as relações que se estabelecem no trabalho se dão entre ele e a empresa, sem a mediação sindical.

Em simetria com este pensamento Siqueira (2003) considera que na era das novas tecnologias de comunicação e informação, o conteúdo qualitativo do trabalho passa a ser privilegiado, transformando-se, assim, sua concepção. O trabalho passa a ser uma série de aplicações de conhecimentos, onde os indivíduos voltam suas capacidades para a programação e o controle, e isto traz como exigência se pensar a formação dos indivíduos para o trabalho com base em pressupostos pós-fordistas, sob os quais novas habilidades estão sendo demandadas.

Temos hoje um aumento das exigências de aptidões para o trabalho, considerando-se uma base de conhecimentos mais amplos, exigência de capacidade para resolução de problemas, exigência para tomada de decisões autônomas, capacidade de abstração e comunicação escrita e verbal. Somando-se a isto, o trabalhador deve ser polivalente, e com maior nível de escolaridade. Polivalente no sentido de multiquificado, isto é, aquele que é capaz de desenvolver e incorporar diferentes competências e repertórios profissionais.

Consideramos, porém, que o modelo das competências está longe de ser atendido pela maioria dos trabalhadores, os quais ao não responderem suas exigências tornam-se desempregados ou inserem-se em novas formas precárias de trabalho. Some-se a isto uma outra grande parcela desprovida totalmente das condições mínimas para o trabalho, e para os quais a impossibilidade de fazerem parte do novo mundo do trabalho é estrutural e permanente.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho - OIT, mais de 700 milhões de pessoas estão desempregadas ou parcialmente empregadas, constituindo-se isto num dos maiores problemas sociológicos da pós-modernidade (SIQUEIRA, 2003).

Em contraposição, concebemos que o modelo de competências no campo da saúde não deve se limitar a dimensão técnico-instrumental, atendendo exclusivamente ao processo produtivo do trabalho, voltando-se para o cuidado em defesa da vida. Pois

o trabalho em defesa da vida provoca a viabilidade de construirmos acesso a toda população a uma gama abrangente e qualificada de ações e serviços de saúde, estruturada em uma rede mais solidária.

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado duras experiências vividas pelos usuários e trabalhadores da saúde mostrando isso cotidianamente, nos serviços do SUS. Em busca da defesa da vida temos um grande desafio que perpassa por combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com a cura, a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva.

3.1.3. A concepção de competências e as políticas educacionais

O recorte desta tese refere-se às competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde, na rede básica de saúde e não sobre a concepção de competências na formação. Vamos estender a sua discussão em relação à formação somente com a finalidade de explicitar a importância da articulação do mundo do ensino e trabalho e trabalho e ensino, sempre em uma dimensão de mão dupla.

A discussão sobre o enfoque das competências invade o mundo da educação no quadro de questionamentos feitos ao sistema educacional diante das exigências de competitividade, produtividade e de inovação do sistema produtivo. Diante da crise econômica e do triunfo de políticas que restringem os gastos sociais, a pressão efficientista passa a exigir melhor utilização dos recursos limitados e a controlar os sistemas educacionais para ajustar os seus objetivos, conteúdos e produto final às demandas dominantes do mundo do emprego (DELUÍZ, 2003).

Verifica-se que a reforma educacional implementada no Brasil a partir da Lei 9394/96 (LDB) e, a seguir, nos dispositivos de regulamentação no que se refere à educação profissional, como o Decreto-Lei 2208/9717 e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, consubstanciadas no Parecer CNE/CEB nº 16/99, na Resolução CNE/CEB nº 04/9919 e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, assume como concepção orientadora o modelo das competências.

A formulação deste modelo e sua implementação nos planos e programas de educação profissional têm, entretanto, ocorrido de forma diferenciada em função de vários fatores: da ênfase atribuída ao foco no mercado de trabalho ou no indivíduo;

da articulação ou desarticulação entre formação geral e formação profissional; dos distintos modelos epistemológicos que orientam a identificação, definição e construção de competências – condutivista, funcionalista, construtivista ou crítico –; e dos diferentes enfoques conceituais de competências adotados: centrados no indivíduo e na subjetividade do trabalhador ou no coletivo de trabalhadores e no contexto em que se insere o trabalho e o trabalhador (DELUIZ, 2003).

As políticas de educação profissional do Ministério da Educação (MEC), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e, mais recentemente, do Ministério da Saúde (MS) são exemplos destas diferenciações na concepção e na forma de implementação do modelo das competências para a formação do trabalhador.

Segundo Deluiz (2003), no que se refere ao enfoque conceitual de competências adotado pelo MEC, ressalta-se que este está referenciado aos atributos individuais dos trabalhadores, numa perspectiva subjetivista e cognitivista, minimizando a dimensão das competências coletivas e sociais.

Vale ressaltar que a integração da noção de competência à reforma educacional, no Brasil, é jovem e tem seu início legalmente com a aprovação da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que incide tanto sobre a educação básica, quanto sobre a educação profissional.

Segundo Ramos (2001), podemos sintetizar, estruturalmente, suas principais mudanças, de interesse para as reformas curriculares, na re-orientação da prática pedagógica organizada em torno da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada para construção de competências.

Com raras exceções, os programas de educação profissional implementados adotam uma perspectiva individualizante, sem preocupação com a construção de competências que se referenciem ao coletivo dos trabalhadores.

No Ministério da Saúde, um dos programas de Educação Profissional que teve grande visibilidade foi o Profae (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem). O Profae apresenta-se como uma iniciativa política, de natureza pedagógica, voltada para os trabalhadores que atuam nos múltiplos espaços e ações de saúde, na especificidade da prática em enfermagem, que não puderam adquirir a formação profissional regulamentada em termos educacionais, ético-profissionais e trabalhistas.

Segundo Marques (2001), para o Profae, o modelo de competências na área da saúde não pode restringir-se à dimensão técnico-instrumental, tornando-se uma simples estratégia de adaptação às necessidades do processo produtivo, esquecendo-se de que a produção e prestação dos serviços de saúde têm como característica fundamental a função de acautelamento dos riscos e resguardo do direito à vida, com qualidade.

A concepção de competência adotada não se reduz à execução de tarefas e atividades relacionadas ao trabalho na dimensão técnico-instrumental, mas propõe a noção de competência humana do cuidado, em sua dimensão ética. Considera a competência profissional como um ato de assumir responsabilidades frente às situações de trabalho complexas. Mas, antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, a competência é uma atitude social. Por tratar-se de profissionais que atuam na área da saúde, a competência humana: “[...] expressa-se fundamentalmente na capacidade de um ser humano cuidar de outro, de colocar em ação os conhecimentos necessários para prevenir e resolver problemas de saúde, mobilizando e disponibilizando tecnologias para o ato de cuidar [...]” (DELUIZ, 2001). Se nas propostas expressas nos documentos norteadores do Profae a noção de competências está ancorada em uma perspectiva crítica, cabe avaliar se no desenvolvimento de seus cursos as Instituições Executoras implementam concretamente esta concepção.

Assim, a título de síntese concordamos que os processos de rearranjo da economia mundial e as mudanças técnico-organizacionais, além de afetarem as condições de trabalho, também fazem surgir, de acordo com Manfredi (1998), a construção de novas formas de representação e “ressignificação” da qualificação, competência e formação profissional.

O termo “ressignificação” da qualificação e competência profissional utilizado por Manfredi (1998) segundo Ferreti (apud Ramos, 2001) é considerado como sendo uma atualização do conceito de qualificação “[...] tendo em vista adequá-lo às novas formas pelas quais o capital se organiza para obter maior e mais rápida valorização” (p. 42). Frigotto (apud, Ramos 2001), por sua vez, considera o modelo de competência um rejuvenescimento da teoria do capital humano.

Góes (2003), esclarece que o termo competência, que já é conhecido no âmbito das ciências humanas desde a década de 1970, sobretudo no campo das ciências cognitivas e da lingüística, passa, a partir dos anos 80, a incorporar-se ao discurso dos empresários, técnicos do governo e alguns cientistas sociais, dando origem ao chamado “modelo de competência”, onde a palavra competência exprime o “[...] estoque de conhecimentos/habilidades, mas, sobretudo, [...] capacidade de agir, intervir, decidir em situações nem sempre previstas ou previsíveis” (Manfredi, 1998, p. 27).

3.1.4. As abordagens do conceito de competência

Na literatura nacional e internacional a competência é vista como sendo a capacidade do profissional de empregar uma complexa interação de conhecimentos, atitudes e habilidades para realizar uma atividade.

Para Ramos (2001), competência é um saber interiorizado, de aprendizagens orientadas para uma classe de situações escolares ou profissionais que permite ao indivíduo enfrentar situações e acontecimentos com iniciativa e responsabilidade guiada por uma inteligência prática sobre os eventos e coordenando-se com outros atores para mobilizar capacidade.

Depresbiteris (2001), considera que houve avanço na discussão sobre competências, mesmo considerando o caráter polissêmico⁸ do termo:

- Competência é a capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes em tarefas ou combinações de tarefas operativas;
- Competência é a habilidade de alguém de utilizar seu conhecimento para alcançar um propósito;
- Competência profissional é a capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício de uma situação profissional;
- Competência é a capacidade de mobilização de saberes: saber-fazer, saber-ser e saber-agir;
- Competência é a mobilização de um conjunto de capacidades para a resolução de um problema .

⁸ Polisssemia: fenômeno que consiste na reunião de vários sentidos em uma palavra.

Contudo, a mesma autora aponta que apesar de certo avanço na proposição de competências, não se pode ignorar a dificuldade de desenvolvê-las e, sobretudo, de certifi-cá-las.

Sob outra perspectiva, Ramos (2001), define competência como uma noção apropriada ao pensamento pós-moderno, considerando competência um conceito adaptativo e experimental:

Concordamos que a competência seja uma forma subjetivada do conhecimento. Isto, por si só, não seria suficiente para considerá-la uma noção pós-moderna. Mas concluímos sobre seu significado adaptativo aos sistemas marcados por desequilíbrio e constatamos que a pedagogia das competências é uma pedagogia experimental que objetiva promover esta adaptação. Nesses termos, a competência é a noção da subjetividade, mas também alteridade, do imediato, do efêmero, do instável... (RAMOS, 2001).

Assim, Ramos (2001), conclui que competência, portanto, 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.

Demo (1997) introduz importante preocupação no uso da concepção de competência, quando considera que um sistema de certificação profissional baseado em competências deve compreender a competência em termos gerais como a competência humana “saber humanizar o conhecimento para que este possa servir aos fins éticos da história e não descambe em mera instrumentação de competitividade”.

Segundo Witt (2005), a legislação internacional tem-se utilizado primordialmente da seguinte classificação formulada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT): competências básicas, genéricas e específicas (CIE, 2003). As **competências básicas** são aquelas resultantes do processo de escolarização. As **competências genéricas** referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenho em diferentes setores ou atividades e usualmente relacionados à interação com tecnologias mais gerais. As **competências específicas** são aquelas diretamente relacionadas ao exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional.

A noção de competência humana é fundamental na área da saúde, na medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só aspectos técnico-

instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a humanização do cuidado na perspectiva do cliente. Diante do princípio da autonomia do paciente, a humanização envolve um conjunto de “amenidades de trato e de possibilidades de escolha onde se incluem os aspectos éticos. [...] Inclui a organização do trabalho, a tecnologia no sentido amplo e não apenas material, o processo de trabalho, a equipe e o paciente. [...] Reconhece as perspectivas do fornecedor e do cliente, valorizando a autonomia das pessoas para assumirem a sua própria saúde” (BRASIL/MEC/MS, 1999).’

Por outro lado, ao pensar a competência humana, pano de fundo de onde se desdobram todas as demais competências, é necessário compreendê-la como um conceito político-educacional abrangente, como um processo de articulação e mobilização gradual e contínua de conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos, que possibilite ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além, de sua efetiva auto-realização (DELUIZ, 1995).

3.1.4.1. *As competências no campo da saúde*

Compreedemos saúde, conforme Segre & Ferraz (2000), que a concebe como uma razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade. A saúde é um valor, não é uma mercadoria, tem seus significados e sentidos diferentes para cada pessoa, é um produto consumido no ato, estabelece uma relação entre quem a produz e o sujeito que a consome. Devemos ultrapassar a concepção utópica de saúde constituir-se em um “completo bem estar físico-mental e social”, não clivando o indivíduo em estados estanques – físico, mental e social -, pois somos uma unidade sóciopsicossomática indivisível, em busca de equilíbrio e qualidade de vida, com significados e especificidades diferentes para cada sujeito. Assim, falar da competência no campo da saúde é complexo, pois as competências estão em constante construção, considerando que as necessidades de saúde variam dependente dos grupos sociais, das diferenças econômicas e culturais.

Nessa perspectiva, no que se refere a área da saúde, e tendo como parâmetro a Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho

Nacional de Educação, que explicita as competências profissionais de nível técnico, a normalização das competências gerais e específicas deveria tomar por base os seguintes níveis de competências com suas respectivas categorias de capacidades e habilidades (BRASIL, 2000):

Competências técnicas, isto é, a capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar informações.

Competências organizacionais ou metódicas, isto é, a capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.

Competências comunicativas, como a capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal.

Competências sociais, isto é, a capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos em fontes, meios e recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.

Competências pessoais, isto é, a capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.

Competências do cuidado, isto é, a capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.

Competências de serviço, a capacidade de compreender e se indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços

ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados.

Competências sócio-políticas, capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

Dentro deste contexto da diversidade de níveis de competência e tendo como referência os princípios normativos e organizacionais do Sistema Único de Saúde – SUS, deve-se levar em conta na concepção de competências a não restrição à dimensão técnico-instrumental, tornando-se uma simples estratégia de adaptação às novas necessidades do processo produtivo, mas devem ser consideradas de forma ampliada, no sentido de abranger a dimensão ético-política no mundo do trabalho.

Um estudo da Universidade de Sheffield, na Inglaterra, identificou quatro competências gerais, as quais o estudante da área da saúde deveria desenvolver durante a graduação: gerência e organização, trabalho em equipe, comunicação e resolução de problemas (LEVY, 1992).

Num estudo sobre mudanças na educação médica no Reino Unido, Towle (1994) identificou competências que deveriam ser desenvolvidas no curso médico. Para este autor estas competências gerais serão essenciais para toda a vida do profissional, independente da especialidade na qual o estudante eventualmente praticará. Estas competências são: resolução de problemas; reunir, manipular e armazenar informações; administrar a si próprio e aos outros; comunicação; auto – aprendizagem; habilidades clínicas básicas; trabalhar com outros como um time; relacionamento interpessoal; adaptação a mudanças e participação nas mudanças.

Em estudo similar realizado pela Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, que teve como objetivo identificar as competências gerais dos médicos e dos enfermeiros que atuam em atenção primária em saúde em Marília, Estado de São Paulo, foram identificadas oito competências gerais: comunicação, trabalho em equipe, gerência, ensino e comunicação voltados para a comunidade, valores profissionais, tomadas de decisão, resolver problemas e habilidades educacionais. A competência referente à gerência foi a única a não apresentar consenso entre os

médicos que não a consideram necessária para atuar em medicina (SILVA & TANAKA, 1999).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, através da Resolução Nº CNE/ CES 3, de fevereiro de 2002, da Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, institui que:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, 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. (ALMEIDA, 2003)

Assim, são introduzidas as diretrizes curriculares, objetivando dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de seis competências e habilidades gerais, dentre elas: Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e Gerenciamento e Educação Permanente.

São estabelecidas diversas competências e habilidades específicas, para a formação do cirurgião-dentista que vão desde respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício da profissão, exercer a profissão de forma articulada ao contexto social, propor e executar planos de tratamento adequados e acompanhar e incorporar inovações tecnológicas no exercício da profissão.

Em parágrafo único, a formação do cirurgião-dentista é vista de forma atual, abrangente e inovadora estabelecendo a contemplação do sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Considera-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde apresentam-se em consonância com o debate atual da pedagogia das competências, contemplando os elementos básicos que fundamentam as propostas educativas alternativas para uma sociedade efetivamente democrática e solidária.

No Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 29 de julho de 2004, em Brasília – DF, que objetiva oportunizar a toda a população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, é apresentado um capítulo com o tema: *Formação e Desenvolvimento em*

Saúde Bucal (BRASIL, 2005), que aponta para o fato da formação dos trabalhadores em saúde bucal não se orientar pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal, considera que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação dos profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social.

Estabelece como causa principal deste quadro diagnóstico, o modelo formador do país dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com a população. Com base em um amplo diagnóstico, propõe diversas ações e medidas amplas e pertinentes para reverter este quadro, incluindo ações macro e micro-estruturais, de diferentes ordens, dentre elas destacam-se: a redefinição do modelo de formação de recursos humanos dos cursos da área de saúde, tendo como referência a realidade social do País; viabilizar um projeto de integração das áreas de saúde, educação e comunicação social; ampliar a integração das instituições de ensino superior com os serviços de saúde e definir uma agenda de prioridades para pesquisa em saúde bucal, que contemple a vulnerabilidade social e os determinantes do processo saúde-doença, numa visão de base populacional e clínica.

O País necessita de cirurgiões-dentistas que incorporem um conceito ampliado de saúde, com competência para adotar uma postura preventiva e atuar em abordagens de alcance coletivo de forma solidária, crítica e criativa.

Além disto, diante do que foi exposto, consideramos que é preciso garantir além da competência formal-técnico-científica, a compreensão da complementaridade da competência política, conforme afirma Demo (1994), para a integralização da competência humana para o cuidar profissionalizado no SUS. Assim, torna-se requisito para a realização da cidadania do trabalhador e do usuário do sistema. Essas dimensões da competência ajudam a humanizar o conhecimento ao vinculá-lo aos seus fins político-sociais.

3.2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS

3.2.1. Contextualizando a Atenção Primária à Saúde

A perspectiva de atenção primária em saúde que assumimos supera visões mais restritas, compreendendo-a muito além de um meio para ofertar serviços a

populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência, fundamentando-se, principalmente, nas concepções de Starfield (1992; 1994 e 2002) e Mendes (2001 e 2002).

Observamos que o reconhecimento da importância da atenção primária tem-se refletido no campo da saúde em produções científicas de crescente qualidade, direcionadas a distinção de seus princípios e funções essenciais, propondo e avaliando estratégias para sua organização e analisando os resultados por ela obtidos.

No contexto mundial, verificamos que o final do século XX testemunhou esforço mundial no sentido de alcançar um mínimo de saúde para todos. Concebemos que este objetivo não pode ser alcançado sem a construção de um sistema global de saúde, eficiente, que responda às necessidades de saúde da população. Tal sistema precisa estar alicerçado em serviços de atenção primária de qualidade, com acessibilidade universal e um conjunto de profissionais comprometidos com sua implementação, obtendo o necessário conhecimento técnico e científico acumulado pelas experiências e evidências veiculadas na literatura.

Há muitas definições de atenção primária à saúde. Uma das mais conhecidas e abrangentes é a formulada pela Organização Mundial de Saúde:

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 e os países possam suportar, independentemente de 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 (World Health Organization, 1978).

Por outro lado, no contexto do Brasil, compreendemos que a atenção à saúde no SUS vem representar o esforço nacional de propor estratégias para organização da atenção primária em saúde, sob a perspectiva do Programa de Saúde da Família, para que o mesmo possa vir a se constituir de fato como um elemento propulsor de um sistema baseado na atenção primária.

Segundo Soares et al (2001), o Programa de Saúde da Família no Brasil, lançado em 1994, representa, certamente, a proposição de mais largo alcance para a

organização da Atenção Primária já posta em prática entre nós. A sua rápida expansão e ampliação do acesso aos serviços básicos especialmente para as populações mais carentes, por ele proporcionado, garantiram um reconhecimento de sua importância. Contudo uma avaliação das suas lacunas e deficiências a serem superadas faz-se necessária, inclusive, para que se desenvolva os princípios e funções essenciais da organização da atenção primária no SUS.

A Portaria GM 648 de 28/03/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). O documento Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orientado pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação, expressa a definição do Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil.

As discussões para alcançar o formato final da PNAB se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação (BRASIL, 2006).

Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recurso necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia de Saúde da Família.

Nesse processo histórico, a atenção básica foi gradualmente se fortalecendo no país e deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Nesse contexto, aprovada e publicada, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere a atenção básica de saúde e definiu como prioridade: "consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

A atenção básica de saúde caracteriza-se, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida na Portaria 648/2006 como:

[...] 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 a 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 estas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006)

A partir destas considerações apontamos neste referencial para a reflexão sobre a natureza da atenção primária ou atenção básica, seu papel dentro dos sistemas de saúde e suas potencialidades para transformar o modelo assistencial, constituindo-se na porta de entrada do SUS.

Vale ressaltar que as crescentes ameaças à qualidade da atenção em saúde e as crescentes iniquidades sociais que ameaçam piorar ainda mais as disparidades interclasses sociais e entre as regiões brasileiras, separando populações socialmente favorecidas e as não favorecidas traz uma nova urgência ao tópico da efetividade e equidade dos serviços de saúde e o papel da atenção primária em melhorá-las.

Além dessas evidências postas, a estruturação de sistemas de serviços de saúde com base em atenção primária à saúde é uma das exigências das concepções modernas dos sistemas integrados de serviços de saúde.

3.2.2. Origem da Atenção: Primária à Saúde

Segundo Mendes (2002) a moderna concepção de atenção primária em saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson (*Lord Dawson of Penn, 1920*), que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo.

Porém, o marco histórico da atenção primária em saúde, como doutrina universal, é considerado como mérito da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, sendo que o seu conceito foi impulsionado pela Declaração de “Saúde para todos no ano 2000”, construída na reunião anual da Organização Mundial de Saúde – OMS, conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, em 1978 (Mendes, 2002).

A concepção de Atenção Primária em Saúde, então elaborada, é considerada ampliada e inovadora, para a época. Define-se como assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade a um custo que a mesma e o país possam aceitar, baseado em meios que lhes sejam aceitáveis e com plena participação da comunidade. A APS não é concebida apenas como núcleo do sistema nacional de saúde, mas se inclui no conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade (OMS/UNICEF, 1979).

Essa conferência definiu como elementos essenciais da atenção primária em saúde a educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado de doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional.

Assim, verificamos que a atenção primária em saúde foi incorporada organicamente aos sistemas de serviços de saúde no início do século XX, mas conformou-se como corpo doutrinário e como política universal, nos anos 70, através do movimento liderado pela Organização Mundial de Saúde – OMS, da Saúde Para Todos no Ano 2000.

Ocorrem variações na interpretação da atenção primária em saúde demarcada por Vuori (1984), as quais geram problemas de conceituação e, por consequência, de implementação. Para Mendes (2002), tais variações se explicam pela diferença entre os países industrializados e em desenvolvimento no alcance das metas acordadas em Alma-Ata, sendo que os primeiros países já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países ainda estava longe de atingi-las, gerando problemas de conceituação, e por consequência, de implementação.

Acrescenta-se a estes fatores o uso diferenciado que fazem do termo de atenção primária em saúde algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva do processo saúde/doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde (MENDES, 2002).

No Brasil, historicamente, o processo de implantação da atenção primária em saúde pode ser considerado com a experiência do PIASS – Plano de Interiorização das

Ações de Saúde e Saneamento, fundamentado no trabalho da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP.

O SESP, criado como parte do esforço de guerra, num convênio entre o governo federal e a Fundação Rockefeller e inspirado no modelo sanitário americano, foi pioneiro na criação de unidades de atenção primária à saúde que articulavam ações preventivas e curativas, ainda que restritas ao campo das doenças infecciosas e carenciais (MENDES, 2002).

Posteriormente, em 1980, o Prev-Saúde ou Programa de Extensão das Ações Básicas de Saúde constituiu-se em outro marco importante na tentativa de implementação da atenção primária em saúde, discutido na VII Conferência Nacional de Saúde.

Em seguida temos, no início dos anos 80, a instituição das Ações Integradas de Saúde – AIS, após grave crise na Previdência Social, sendo que em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, substitui as AIS, instrumentalizando essas experiências e discussões que avançavam no cenário da reforma sanitária do país.

Em 1986, o SUS, é definido na VIII Conferência Nacional de Saúde, compreendido como marco estratégico e definitivo que fundamentou a reforma política e o arcabouço legal do setor saúde.

Após 18 anos da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que oficializou o SUS como sua política nacional de saúde, consideramos que todas essas propostas foram importantes no contexto do País, e representam alternativas bem sucedidas que acumuladas no tempo proporcionaram atenção primária em saúde à nossa população e ajudaram na concretização do SUS.

Ao final de 1993, com a criação do PSF e sua conseqüente implantação significou a expansão da atenção primária à saúde no país, sob a perspectiva em que se agregava à dimensão quantitativa da expansão uma dimensão qualitativa.

Mendes (2002) afirma que o PSF sofreu influências indiretas externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial os modelos canadense, cubano e inglês. Mas suas origens estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído, pela

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência de combate à seca.

A expansão do Programa de Saúde da Família alcançou mais de um terço da população brasileira, e tem demonstrado que a forma brasileira de organização do sistema de saúde, a partir da atenção básica, possui características similares às propostas formuladas por Starfield (NEGRI & WERTHEIN appud Starfield, 2002).

Segundo Starfield (2002) a atenção primária em saúde em sua forma mais altamente desenvolvida, é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo.

A autora salienta que existe ainda a crença predominante de que a essência da atenção primária é fundamentalmente simples, o que observamos no decorrer deste estudo que não é verdade. A atenção primária é complexa, sendo que suas funções estão sob constante ameaça de serem banalizadas no zelo de economizar em serviços de saúde. Assim, uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte.

No campo da saúde bucal coletiva, objeto deste estudo, observamos que no período de 2001/2002 as equipes de saúde bucal inseridas na estratégia de saúde da família se distribuíam da seguinte forma: 142 (6%) no Norte, 1.118 (47%) no Nordeste, 328 (14%) no Sudeste, 364 (15%) no Sul e 436 (18%) no Centro-Oeste, totalizando 2.388 (Brasil, 2004).

As equipes de saúde bucal na ESF, em Janeiro de 2007, eram 15.086 e se distribuem da seguinte forma: 7.727 (51%) no Nordeste; 3.140 (21%) no Sudeste; 2.032 (14%) no Sul; 1.238 (8%) no Centro Oeste e 949 (6%) no Norte, conforme figura 2. (Brasil, 2004).

A comparação entre o número de ESF e ESB pode ser vista na Figura 2, referente a Janeiro de 2007.

Figura 2 – Número de equipes de ESF e ESB, por regiões, Brasil, 2007.

Fonte: Brasil, Jan. /2007.

Aconteceu, portanto, um crescimento de 12.698 equipes de saúde bucal, representando 532%, no período de aproximadamente 5 anos, entre 2001 e dezembro de 2006 (Tabela 1):

Tabela 1 – Número e porcentagem das Equipes de Saúde Bucal e seu crescimento nos anos 2001/2002 e 2006, no Brasil.

Região	2001/2002		2006		Crescimento	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	142	6	949	6	807	568
Nordeste	1.118	47	7.727	51	6.609	591
Sudeste	328	4	3.140	21	2.812	857
Sul	364	15	2.032	13	1.668	458
Centro-Oeste	436	18	1.238	8	802	184
Total	2.388	100	15.086	100	12.698	532

Fonte: Brasil, 2007

Conclui-se da figura e da tabela supracitadas que a inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família mostra que há um crescimento importante, com adoção das equipes de saúde bucal, em regiões como o nordeste e sudeste do país. Há muito que melhorar em quantidade da atenção e provavelmente em qualidade também. Contudo, esta melhoria está na dependência da superação de uma série de obstáculos à implantação da ESF, por intermédio de estratégias bem desenhadas e operacionalmente eficazes. Essas estratégias envolverão ações articuladas nos

três níveis de governo, sendo que a melhoria da atenção primária em saúde no País não será alcançada sem uma liderança forte por parte do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e municipais de Saúde e o envolvimento e formação adequada do profissional de saúde.

Agrega-se a estas considerações que a atenção básica à saúde surgiu no país no início do século XX e veio evoluindo até chegar, no momento, à proposta oficial de sua organização através da ESF. Porém, esta trajetória foi longa e a ESF, apesar de já ter atingido um quarto da população, está longe de tornar-se o modelo hegemônico de atenção básica à saúde no SUS.

3.2.3. As concepções de atenção primária à saúde

Mendes (2002) apresenta três interpretações da atenção primária em saúde: a atenção primária seletiva, a atenção primária como nível primário do sistema e finalmente a atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

Na primeira interpretação, ou APS seletiva, descreve-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica (Unger & Killingsworth appud Mendes, 2002).

A segunda versão de atenção primária à saúde como nível primário do sistema de serviços de saúde concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A última tradução de atenção primária em saúde identifica-a como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde e compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da

população, o que implica a articulação da atenção primária em saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2001).

A diversidade de definições, nomenclaturas e enfoques acerca da atenção primária em saúde dependem da interpretação teórica, das concepções e sobretudo sobre os valores e necessidades de cada região e comunidade. A OPAS (2005) reconhece mais uma interpretação que se refere ao enfoque de saúde e direitos humanos.

Este quarto enfoque concebe a saúde como um direito humano e destaca a necessidade de responder aos determinantes sociais e políticos de inclusão e busca de qualidade.

Verificamos que a primeira interpretação é restrita, limitando APS a um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; a segunda versão apresenta-se limitada ao primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde, sendo que consideramos que a última interpretação apresenta a versão mais atualizada, abrangente e tecnicamente mais correta. Além disto, a mesma contém as duas outras concepções mais restritas.

Assim, utilizaremos neste estudo a interpretação de APS como uma estratégia de organização do SUS. Agrega-se a isso o fato de que o Ministério da Saúde propõe como política nacional de atenção primária em saúde a estratégia da saúde da família denominada Programa de Saúde da Família – PSF.

Observamos que ainda que a introdução do PSF no Brasil seja muito recente, começa a tornar evidente a eficácia desse modelo de atenção primária em saúde. É o que constatou estudo sobre a experiência do PSF no Estado do Ceará, onde os principais benefícios do programa foram a melhoria do acesso aos serviços de atenção primária em saúde, da relação das pessoas com a equipe do PSF e dos indicadores de saúde (ANDRADE et alli., 1998).

No contexto atual do SUS, segundo Campos (1991), a atenção primária em saúde baseia-se em uma nova concepção de saúde, assumindo saúde não mais como mera ausência de doença, englobando o conjunto dos fatores que contribuem para ampliar o acúmulo de qualidade de vida, no sentido mais amplo, do conforto, do bem estar, da satisfação das necessidades básicas, não só na esfera econômica, mas nas esferas psicossocial e cultural.

Sob esta perspectiva, as intervenções no campo da atenção primária se aproximam do conceito de promoção da saúde que consubstanciam, então, todas as providências no plano das políticas públicas, decorrentes da compreensão da saúde como um produto social, portando visando intervir, positivamente, no complexo de fatores biológicos, ambientais e comportamentais, os quais, interagindo, propiciam maiores ou menores níveis de saúde ou bem-estar, em um processo dinâmico, em constante transformação.

Segundo Paim (1996) temos, no presente, um “novo olhar” sobre APS que supõe o exame de pelo menos duas possibilidades:

- a) APS como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de saúde mediante a implantação de distritos sanitários ou SILOS;
- b) APS como concepção e teste de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população. (Paganini, 1990; Mendes, 1990).

3.2.4. Os atributos da atenção primária à saúde

Segundo Starfield (2002), tentativas para definir a atenção primária por suas funções datam do início da década de 70. A atenção primária é, agora, amplamente aceita como a oferta da Medicina ao primeiro contato; a suposição de responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde. Tal descrição foi proposta no Relatório Millis (1996) e condiz com as principais características da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência e coordenação (ou integração) (ALPERT e CHARNEY, 1974).

Ainda Starfield (2002) assevera que a longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos desta população – que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Um relatório mais recente sobre atenção primária do Instituto de Medicina (*Institute of Medicine*) definiu-a como “a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade”. (DONALDSON et al., apud Starfield 2002).

O Relatório especificou ainda, cada um dos componentes da definição, como segue:

Integrado: integral (tratando qualquer problema de saúde em qualquer estágio do ciclo de vida do paciente); coordenada (assegurando a oferta de uma combinação de serviços e informações de saúde que atendam às necessidades de um paciente e que também envolva a ligação entre estes serviços); continuada (atenção ao longo do tempo por um único indivíduo ou equipe de indivíduos e comunicação efetiva e oportuna).

Acessível: de fácil abordagem e eliminação de barreiras geográficas administrativas, financeiras, culturais e de linguagem.

Serviços de Atenção à Saúde: serviços oferecidos por profissionais de atenção à saúde diretamente ou de acordo com sua orientação com o propósito de promover, manter ou restaurar a saúde.

Clínico: um indivíduo que utiliza o conhecimento científico e tem autoridade para orientar a prestação de serviços da equipe de saúde aos pacientes.

Responsável: responsável pela abordagem de uma grande maioria das necessidades pessoais de saúde.

Maioria das necessidades pessoais de saúde: os clínicos recebem todos os problemas trazidos pelos pacientes (sem restrições por problema ou sistema do organismo) e são treinados para diagnosticar e manejar uma grande maioria destes problemas quando for adequado.

Necessidades pessoais de atenção à saúde: questões físicas, mentais, emocionais e sociais que envolvem o funcionamento de um indivíduo.

Parceria constante: relação estabelecida ao longo do tempo entre paciente e clínico com a expectativa mútua de continuidade no decorrer do mesmo.

Paciente: indivíduo que interage com um clínico devido a uma doença ou para promoção da saúde e prevenção de doenças.

Contexto da família e da comunidade: entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual o paciente vive.

Um comitê do Instituto de Medicina (1978) sugeriu uma abordagem para avaliar a atenção primária listando os atributos da atenção primária como acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade.

Quanto à *acessibilidade* observa-se que todos os serviços deveriam ser adequadamente acessíveis. O acesso aos serviços de subespecialistas deveria ser assegurado para aqueles que deles necessitarem, sendo que o limite de horário deveria ser adequado às necessidades dos pacientes e à urgência de sua situação. Na atenção primária, entretanto, o acesso deve ser universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que não se pode esperar que os indivíduos conheçam a gravidade ou urgência de muitos de seus problemas antes de buscarem atendimento.

Verificou-se que destes cinco atributos que a *integralidade* foi definida como a capacidade da equipe de atenção primária em lidar com os problemas emergentes na população à qual serve.

A *coordenação* (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas é necessário para avaliar a coordenação da atenção.

A *continuidade* consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos e quando há a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

Por sua vez, o atributo *responsabilidade* foi reconhecido como uma característica não exclusiva da atenção primária, embora essencial a ela.

Desta forma, o comitê reconheceu que a atenção primária não poderia ser avaliada por características descritivas como a localização da atenção, o campo de treinamento do profissional ou pela oferta de um conjunto particular de serviços. Contudo, estabeleceu que “os profissionais que treinam homens e mulheres para atenção primária devem acostumar seus estudantes a um ambiente de prática que atenda ou exceda” os padrões da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Segundo Mendes (2002), ainda há discordâncias quanto ao papel da atenção primária em saúde, bem como as diferentes formas de organizá-la. Mas, o ideário das reformas sanitárias contemporâneas tem na organização de uma atenção básica à saúde eficaz um de seus pontos principais de grande consenso.

Em síntese, compreendemos que a construção das competências do cirurgião-dentista para atuar na atenção primária em saúde aponta para a tentativa de valorizar um novo perfil deste profissional de saúde, inserido em abordagens tanto individuais quanto coletivas, em consonância com um movimento social amplo e cujas principais conseqüências, refletem-se nos mundos do trabalho e da educação.

Na lógica das competências na gestão do trabalho, vale ressaltar que todo o cuidado é necessário para distanciar-se de sua perspectiva individualizante, a qual leva a retração dos saberes do trabalhador aos estritos limites e necessidades da empregabilidade, assim como a ruptura de sua filiação social, sem a mediação sindical. Por outro lado, a concepção de competência no campo da educação não pode se reduzir à execução de tarefas e atividades relacionadas ao trabalho na dimensão somente técnico-instrumental, mas propor a noção de competência humana do cuidado, em sua dimensão ética e da responsabilidade social, ou seja, antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, a competência é uma atitude social, expressando-se fundamentalmente na capacidade de um ser humano cuidar do outro, de prevenir e resolver problemas de saúde.

Evidenciado estas ressalvas e cuidados a serem tomados por educadores, gestores, gerentes e trabalhadores da saúde, afinados na linha de consolidação e aperfeiçoamento do SUS, está claro que a estruturação de sistemas de serviços de saúde, com base em atenção primária em saúde é uma das exigências das concepções modernas dos sistemas integrados de serviços de saúde.

Agregam-se a estas considerações que a atenção básica em saúde é hoje a versão revitalizada da atenção primária em saúde no Brasil, e no momento a proposta oficial de sua organização se faz através da estratégia de Saúde da Família, que apesar de estar longe de se tornar um modelo hegemônico de atenção básica à saúde, apresenta-se como um dos principais caminhos para efetivação tanto dos atributos da APS, quanto dos princípios do SUS.

Nessa perspectiva, a saúde bucal coletiva precisa se introduzir neste contexto, sem crise de identidade, considerando, conforme afirma Moysés (2006a), que a saúde bucal coletiva toma emprestada a estrutura teórica da saúde coletiva.

4. O PERCURSO METODOLÓGICO

Estruturamos este item a partir da explanação, inicialmente do contexto do estudo para em seguida esclarecer sobre a definição dos municípios e a população de participantes.

4.1. O CONTEXTO DO ESTUDO

4.1.1. Minas Gerais e a região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba

O presente estudo foi desenvolvido na região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, estado de Minas Gerais, com os cirurgiões-dentistas vinculados às Secretarias Municipais de Saúde, que atuam na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

A definição do contexto e a seleção dos municípios do estudo partiram do fato de se constituir em uma região na qual residimos, conhecemos e atuamos há mais de 20 anos.

Minas Gerais situa-se na Região Sudeste do Brasil, ocupando uma área de 588 mil km², 7% do território nacional, sendo o quarto estado brasileiro em extensão. Sua localização geográfica central e sua proximidade com o Estado de São Paulo conferem-lhe posição estratégica, pois atua como espaço de integração da economia nacional, especialmente entre a Região Centro-Sul e as Regiões Centro-Oeste e Nordeste do país, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3 – Unidade Federada Minas Gerais.

A população economicamente ativa do estado totaliza 7,8 milhões, apresentando a seguinte composição setorial: 32% no setor agropecuário, 21% na indústria e 47% nos setores serviços, comércio e outros. Estes aspectos conjugados com o desenvolvimento de sua infra-estrutura, de sua base de produção e de seus recursos naturais revelam suas vantagens locais, atraindo investimentos produtivos, nacionais e internacionais, explicando o maior crescimento relativo das últimas décadas, quando comparado a outros estados do país. Totaliza 13 macrorregiões, 75 microrregiões, 853 municípios e uma população de 18.993.720 habitantes (CARDOSO & MORENO, 2003).

Minas Gerais ocupa posição de destaque no cenário nacional. Sua grande extensão territorial conjugada com outros fatores, como a disponibilidade de matérias-primas indispensáveis a diversos segmentos industriais, um enorme mercado consumidor com elevado contingente de mão-de-obra e uma infra-estrutura urbana de transportes, energia e comunicações, conferem-lhe condições privilegiadas.

São 10 macrorregiões de planejamento que se caracterizam por aspectos econômicos e sociais distintos, ocupando área territorial com dimensões e recursos naturais também diversificados. Em termos econômicos, verifica-se no estado

grande concentração de atividades produtivas nas regiões mais dinâmicas, notadamente na Região do Triângulo, como por exemplo: indústria química/ fertilizantes, de transformação e extração; agropecuária dinâmica e modernizada – grãos, pecuária de corte, leite e fruticultura e setor do comércio de grande importância (SCHULZ et al., 2003).

A Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo Bessa & Soares (2002), alcançou, em 2000, 66 cidades (FIBGE, 1970-2000). A taxa de crescimento populacional desta região, na ordem de 70,4%, foi mais elevada do que a de Minas Gerais, que foi de 55,3%, para o período censitário de 2000, conforme apresentado na figura 4.

Figura 4 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo o porte populacional e taxa de crescimento populacional, 2000.

Fonte: FIBGE, 2000. Org.: BESSA, Kelly CFO

Temos 49 cidades (74%), com população até 20 mil habitantes; 13 cidades (20%) com população entre 20.001 e 100 mil habitantes; 3 cidades (4,5%) com população entre 100.001 e 500 mil habitantes e 1 cidade (1,5%) acima de 500.001 habitantes.

Em seguida, nos quadros 1, 2, 3 e 4 são apresentadas as 66 cidades da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo a faixa de tamanho populacional.

Quadro 1 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional até 20.000 habitantes, 2000.

Cidade	Habitantes
Abadia dos Dourados	6.447
Água Comprida	2.185
Araporã	5.307
Arapuá	2.742
Cachoeira Dourada	2.306
Campina Verde	18.985
Campo Florido	5.325
Campos Alto	12.815
Canápolis	10.638
Capinópolis	14.371
Carneirinho	8.912
Cascalho Rico	2.623
Centralina	10.212
Comendador Gomes	2.843
Conceição das Alagoas	17.174
Conquista	6.106
Cruzeiro da Fortaleza	3.785
Delta	4.984
Douradoquara	1.785
Estrela do Sul	6.881
Fronteira	8.944
Grupiara	1.371
Guimarânia	6.385
Gurinhata	6.880
Indianópolis	5.387
Ipiáçu	4.027
Irai de Minas	5.883
Itapagipe	18.811
Lagoa Formosa	16.300
Limeira do Oeste	6.173
Matutina	3.835
Monte Alegre de Minas	17.987
Nova Ponte	9.480
Pedrinópolis	3.352
Perdizes	12.345
Pirajuba	2.740
Planura	8.304

(Continua)

(Continuação)

Cidade	Habitantes
Pratinha	2.822
Rio Paranaíba	11.520
Romaria	3.722
Santa Juliana	8.074
Santa Rosa da Serra	3.106
Santa Vitória	16.299
São Francisco de Sales	5.279
Serra do Salitre	9.416
Tapira	3.324
Tiros	7.562
União de Minas	4.637
Veríssimo	2.575
Total	356.026

Fonte: FIBGE, 2000. Org.: BESSA, Kelly CFO.

Quadro 2 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional entre 20.001 e 100.000 habitantes, 2000.

Cidade	Habitantes
Araxá	78.848
Carmo do Paranaíba	29.442
Coromandel	27.432
Frutal	46.577
Ibiá	20.054
Ituitaba	88.823
Iturama	28.813
Monte Carmelo	43.894
Patrocínio	73.060
Prata	23.424
Sacramento	21.301
São Gotardo	27.618
Tupaciguara	23.123
Total	533.409

Fonte: FIBGE, 2000. Org.: BESSA, Kelly CFO.

Quadro 3 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional com mais de 100.000 habitantes, 2000.

Cidade	Habitantes
Araguari	101.935
Patos de Minas	123.708
Uberaba	251.159
Total	476.802

Fonte: FIBGE, 2000. Org.: BESSA, Kelly CFO.

Quadro 4 – Distribuição de Municípios do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo faixa de tamanho populacional acima de 501.000 habitantes, 2000.

Cidade	Habitantes
Uberlândia	500.488
Total	500.488

Fonte: FIBGE, 2000. Org.: BESSA, Kelly CFO.

Destaca-se uma evolução progressiva da participação dessa região no conjunto total da população do estado, sendo que a região passou a concentrar, em 2000, cerca de 10,5% da população total do estado, alcançando um total de 1.865.652 habitantes.

Ainda, conforme as referidas autoras, esta região mostrou também, além do recente aumento das taxas de crescimento populacional, aumento de cidades e dos índices de urbanização, com especial destaque para evolução populacional de Uberlândia, maior centro urbano da região e uma das mais importantes cidades do estado de Minas Gerais.

A região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba se constitui em pólo de confluência de diferentes demandas científicas e culturais. Seu sistema de Educação Superior integra 7 (sete) cidades em uma área que as separa em no máximo 200 km, para onde convergem estudantes de toda a região que aspiram desenvolver seus conhecimentos culturais, científicos e profissionais. A figura 5 ilustra a posição desta região no estado de Minas Gerais (SCHULZ et al., 2003).

Figura 5 – Posição geográfica da Região do Triângulo Mineiro, dentro do estado de Minas Gerais.

A figura 6 demonstra a localização Geográfica das principais cidades na Região do Triângulo Mineiro.

Figura 6 – Localização Geográfica das principais cidades da Região do Triângulo Mineiro.

Em seu panorama científico e cultural, a região se caracteriza como um espaço emergente em busca de centros de referência e sustentação que poderão ser assumidos pelas suas Instituições de Educação Superior. A educação nestes tempos de globalização econômica e de pós-modernidade cultural tem sido considerada, pelas novas situações da sociedade e dos indivíduos, como um caminho capaz de orientar as respostas às necessidades emergentes. A qualidade aparece como a marca das novas formas de organização, produção e vida na sociedade (SCHULZ et al., 2003).

4.2. MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A definição dos municípios do estudo e da escolha dos sujeitos deu-se em função da utilização da técnica *Delphi*, que será explicada no item 4.3.1, com base em suas características, configurando-se em um método de pesquisa bastante simples, tendo em vista tratar-se de um questionário interativo, que circula repetidas vezes por um grupo de especialistas, prevendo que seja obtido o consenso do grupo a respeito de um determinado fenômeno. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem

organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo (WRIGHT & GIOVINAZZO, 2000).

Neste estudo, ao invés de trabalharmos com um “grupo de especialistas” para a construção das competências, optamos por desenvolver a investigação valorizando a “experiência do mundo do trabalho” e o conhecimento adquirido e sistematizado na prática, e traduzido em ações cotidianas no lidar com os problemas relacionados à saúde bucal.

4.2.1. Definição dos Municípios

Selecionamos 12 municípios, a partir de quatro considerações:

(1º) Primeiro, utilizamos a divisão administrativa estabelecida em Minas Gerais, pela Secretaria Estadual de Saúde, que se constitui em 28 Gerências Regionais de Saúde – GRS, definidas em um total de 13 (treze) macrorregiões no estado, conforme demonstra o quadro 1, sendo que a Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba contém 4 (quatro) GRSs, tendo suas sedes localizadas nos seguintes municípios: Ituiutaba, Patos de Minas, Uberaba e Uberlândia (Quadro 5).

Quadro 5 – Relação das GRS, segundo as Macrorregiões e a quantidade de municípios componentes, 2006.

Divisão Administrativa da Gestão da Saúde Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais			
Macrorregião	GRS		Nº de municípios
	Número	Gerência	
Sul	4	Alfenas	154
		Passos	
		Pouso Alegre	
		Varginha	
Centro Sul	2	Barbacena	51
		São João Del Rei	
Centro	3	Belo Horizonte	106
		Itabira	
		Sete Lagoas	
Jequitinhonha	1	Diamantina	23
Oeste	1	Divinópolis	57

(Continua)

(Continuação)

Divisão Administrativa da Gestão da Saúde Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais			
Macrorregião	GRS		Nº de municípios
	Número	Gerência	
Leste	2	Cel. Fabriciano	82
		Gov. Valadares	
Sudeste	3	Juiz de Fora	94
		Leopoldina	
		Ubá	
Norte	3	Montes Claros	86
		Januária	
		Pirapora	
Leste do Sul	2	Ponte Nova	52
		Manhumirim	
Nordeste	2	Pedra Azul	61
		Teófilo Otoni	
Noroeste	2	Unaí	12
		Patos de Minas	18
Triângulo do Sul	1	Uberaba	27
Triângulo do Norte	2	Uberlândia	18
		Ituitaba	9
Total	28	----	853

(2º) Em seguida, selecionamos, dentro de cada uma das quatro GRSs da Região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (Triângulo sul, norte e parte do noroeste), o município com maior número de habitantes, pertencente a cada uma das quatro categorias de portes populacionais, presentes:

1. Municípios de até 20 mil habitantes;
2. Municípios entre 20.001 e 100 mil habitantes;
3. Municípios entre 100.001 e 500 mil habitantes; e
4. Municípios acima de 501.000 habitantes.

(3º) Para a seleção da amostra, levamos em consideração somente a inclusão de municípios que cumprissem com o critério de porte populacional, supracitado no 2º item deste texto. Assim, em casos de GRS que não possuíam municípios classificados em uma das quatro categorias de porte populacional estabelecidos,

previamente, a referida GRS participou, então, com quantidade inferior a quatro municípios.

(4º) Definindo-se preliminarmente os critérios de inclusão dos municípios participantes da pesquisa, permitiu-nos selecioná-los em 12 municípios, conforme apresentado no quadro 6 e na figura.

Quadro 6 – Municípios participantes da pesquisa, segundo critérios pré-estabelecidos em categoria de porte populacional, por Gerencia Regional de Saúde, 2006.

GRS	Porte Populacional (nº de habitantes)				Total
	Até 20.000	20.001 e 100.000	Acima de 100.000	Acima de 500.000	
Ituiutaba	Campina Verde	Ituiutaba	XXX	XXX	2
Patos de Minas	Lagoa Formosa	Carmo do Paranaíba	Patos de Minas	XXX	3
Uberaba	Conceição das Alagoas	Araxá	Uberaba	XXX	3
Uberlândia	Monte Alegre de Minas	Patrocínio	Araguari	Uberlândia	4
Nº de municípios	4	4	3	1	12

Nota: xxx: GRS não possui município deste porte populacional

Figura 7 – Municípios da Região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba participantes da pesquisa, segundo critérios pré-estabelecidos em categoria de porte populacional, por Gerencia Regional de Saúde, 2006.

Conforme se observa no quadro 7, dentre os municípios sob a jurisdição da GRS de Ituiutaba não estão presentes municípios com porte populacional acima de 100.001 habitantes, sendo assim foram incluídos apenas dois municípios desta GRS, nas categorias de até 20 mil habitantes e 100 mil habitantes, sendo respectivamente: Campina Verde e Ituiutaba .

Quadro 7 – Municípios da jurisdição – GRS de Ituiutaba, segundo porte populacional, 2006.

Municípios	População
Cachoeira Dourada	2.306
Campina Verde	18.985
Canápolis	10.638
Capinópolis	14.371
Centralina	10.212
Gurinhata	6.880
Ipiaçu	4.027
Ituiutaba	88.823
Santa Vitória	16.299

Nota: Municípios participantes da amostra: Campina Verde e Ituiutaba.

Os quadros 8 e 9, demonstram que, dentre os municípios pertencentes as GRSs de Patos de Minas e Uberaba, não se encontram municípios acima de 500.001 habitantes, sendo que a GRS de Uberlândia representou a única Gerência Regional de Saúde que pode participar com municípios incluídos em todos os portes populacionais estabelecidos pela amostra deste estudo.

Assim, a GRS de Patos de Minas participa com três municípios: Carmo do Paranaíba, Lagoa Formosa e Patos de Minas; a GRS de Uberaba, também, com três municípios: Conceição das Alagoas, Araxá e Uberaba e finalizando a GRS de Uberlândia participa, com quatro municípios: Monte Alegre, Patrocínio, Araguari e Uberlândia.

Quadro 8 – Municípios da jurisdição - GRS
Patos de Minas, segundo porte populacional,
2000.

Municípios	População
Arapuã	2.742
Carmo do Paranaíba	29.442
Cruzeiro Da Fortaleza	3.785
Guarda-Mor	
Guimarania	6.385
João Pinheiro	
Lagamar	
Lagoa Formosa	16.300
Lagoa Grande	
Matutina	3.835
Patos De Minas	123.708
Presidente Olegário	
Rio Paranaíba	11.520
Santa Rosa da Serra	3.106
São Gonçalo do Abaeté	
São Gotardo	
Serra do Salitre	9.416
Tiros	7.562
Varjão de Minas	
Vazante	

Nota: Municípios participantes da amostra: Lagoa Formosa, Carmo do Paranaíba e Patos de Minas.

Quadro 9 – Municípios da jurisdição - GRS
Uberaba, segundo porte populacional, 2000.

Municípios	População
Água Comprida	2.185
Araxá	78.848
Campo Florido	5.325
Campos Altos	12.815
Carneirinho	8.912
Comendador Gomes	2.843
Conceição das Alagoas	17.174
Conquista	6.106
Delta	4.984
Fronteira	8.944
Frutal	46.577
Ibiá	21.054
Itapagipe	11.811
Iturama	28.813
Limeira Do Oeste	6.173
Pedrinópolis	3.352
Perdizes	12.345
Pirajuba	2.740
Planura	8.304
Pratinha	2.882
Sacramento	21.301
Santa Juliana	8.074
São Francisco de Sales	5.279
Tapira	3.324
Uberaba	251.159
União de Minas	4.637
Veríssimo	2.575

Nota: Municípios participantes da amostra: Conceição das Alagoas, Araxá e Uberaba.

Quadro 10 – Municípios da jurisdição - GRS
Uberlândia, segundo porte populacional, 2000.

Municípios	População
Abadia Dos Dourados	6.447
Araguari	101.935
Araporá	5.307
Cascalho Rico	2.623
Coromandel	27.432
Douradoquara	1.785
Estrela Do Sul	6.881
Grupiara	1.371
Indianópolis	5.387
Irai de Minas	5.883
Monte Alegre de Minas	17.987
Monte Carmelo	43.894
Nova Ponte	9.480
Patrocínio	73.060
Prata	23.424
Romaria	3.722
Tupaciguara	23.123
Uberlândia	500.488

Nota: Municípios participantes da amostra: Monte Alegre de Minas, Patrocínio, Araguari e Uberlândia.

Para melhor visualização e entendimento da forma de estabelecimento dos 12 municípios do estudo, apresentamos o esquema a seguir:

Porte populacional (nº de hab.)	DADS Uberlândia	DADS Uberaba	DADS Patos de Minas	DADS Ituiutaba
até 20.000	Monte Alegre	Conceição de Alaôas	Lagoa Formosa	Campina Verde
20.001 a 100.000	Patrocínio	Araxá	Carmo do Paranaíba	Ituiutaba
100.001 a 500.000	Araguari	Uberaba	Patos de Minas	xxxxxxxxxx
acima de 500.000	Uberlândia	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx

4.2.2. Definição da população de cirurgiões-dentistas participantes do estudo

Para a definição da população de cirurgiões dentistas participantes da pesquisa, em cada um dos 12 municípios, já estabelecidos pelo estudo, levantamos o número total de cirurgiões-dentistas que atuavam em atenção primária em saúde, no atendimento aos usuários do SUS ou na coordenação do setor odontológico (Quadro 11), distinguindo-se inclusive a atuação em prática assistencial habilitada ou não no Programa de Saúde da Família, segundo Portaria 1.444, publicada no Diário Oficial da União (BRASIL, 2000), perfazendo um total de 509 cirurgiões dentistas, conforme estabelecido no quadro 12, sendo que 72 (14%) atuam na prática habilitada pelo PSF e a grande maioria 437 (86%) mantém-se na prática não habilitada. A figura 8 evidencia esta diferença, considerando-se o porte populacional dos municípios do estudo.

Dos 509 CD existentes, até a última rodada dos questionários, participaram 337 que correspondem a 66,21% do total.

Quadro 11 - Número de cirurgiões dentistas atuando nas Secretarias Municipais de Saúde da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo a GRS e a participação no estudo, 2006.

GRS	População	Município	CD lotados na SMS	Participaram da pesquisa	%
Ituiutaba	< 20 mil	Campina Verde	9	0	0,00
	20.001 a 100 mil	Ituiutaba	33	29	87,88
	Sub Total		42	29	69,05
Patos de Minas	< 20 mil	Lagoa Formosa	4	4	100,00
	20.001 a 100 mil	Carmo do Paranaíba	14	13	92,86
	De 100 a 500 mil	Patos de Minas	48	25	52,08
	Sub Total		62	42	67,74
Uberaba	< 20 mil	Conceição das Alagoas	21	19	90,48
	20.001 a 100 mil	Araxá	63	40	63,49
	De 100 a 500 mil	Uberaba	102	84	82,35
	Sub Total		186	143	76,88
Uberlândia	< 20 mil	Monte Alegre	7	6	85,71
	20.001 a 100 mil	Patrocínio	22	21	95,45
	De 100 a 500 mil	Araguari	36	28	77,78
	> 500 mil	Uberlândia	150	68	45,33
	Sub Total		215	123	57,21
Total Geral			509	337	66,21

Quadro 12 - Número de cirurgiões dentistas atuando nas Secretarias Municipais de Saúde da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, segundo a GRS e a habilitação ou não da equipe de saúde bucal no PSF, 2006.

GRS	População	Município	Habilitados no PSF		Lotados Na SMS	% de Habilitados
			Sim	Não		
Ituiutaba	< 20 mil	Campina Verde	0	9	9	0,00
	20.001 a 100 mil	Ituiutaba	2	31	33	6,06
	Sub Total		2	40	42	4,76
Patos de Minas	< 20 mil	Lagoa Formosa	2	2	4	50,00
	20.001 a 100 mil	Carmo do Paranaíba	0	14	14	0,00
	De 100 a 500 mil	Patos de Minas	11	37	48	22,92
	Sub Total		13	53	66	19,70
Uberaba	< 20 mil	Conceição de Alagoas	5	16	21	23,81
	20.001 a 100 mil	Araxá	0	63	63	0,00
	De 100 a 500 mil	Uberaba	41	61	102	40,20
	Sub Total		46	140	186	24,73
Uberlândia	< 20 mil	Monte Alegre	4	3	7	57,14
	20.001 a 100 mil	Patrocínio	6	16	22	27,27
	De 100 a 500 mil	Araguari	0	36	36	0,00
	> 500 mil	Uberlândia	1	149	150	0,67
	Sub Total		11	204	215	5,12
Total Geral			72	437	509	14,15

Normalmente há abstenção de 30% a 50% dos respondentes na 1ª rodada, e de 20 a 30 % na 2ª rodada (WRIGHT & GIOVINAZZO, 2000).

Em nosso estudo, obtivemos 100% de retorno na 1ª e 2ª rodada e, conforme observamos no quadro 11, obtivemos 66,21% de retorno, na 3ª e última rodada.

Assim, aplicamos os questionários, via correspondência postal, junto à população total de 509 cirurgiões-dentistas (CD), lotados nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) da rede básica do SUS, dos municípios selecionados, conforme informação repassada pelos coordenadores do Setor Odontológico, dos 12 (doze) municípios, da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba. Conforme visualizado no quadro 13:

Figura 8 – Equipes de saúde da família com e sem equipes de saúde bucal habilitadas, segundo o porte populacional, 2006.

Quadro 13 - Cirurgiões-dentistas, lotados nas Secretarias Municipais de Saúde, segundo os 12 municípios da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, participantes da pesquisa, em 2006.

Município	Nº de CD lotados na SMS	%
Araguari	36	7,0
Araxá	63	12,3
Campina Verde	09	1,8
Carmo do Paranaíba	14	2,8
Conceição das Alagoas	21	4,0
Ituiutaba	33	6,5
Lagoa Formosa	04	0,8
Monte Alegre	07	1,5
Patos de Minas	48	9,5
Patrocínio	22	4,3
Uberaba	102	20,0
Uberlândia	150	29,5
Total	509	100,0

Observamos que, o maior percentual de cirurgiões-dentistas, pertencentes à amostra total da pesquisa, está lotado nas Secretarias Municipais de Saúde de três municípios de médio e grande porte, sendo eles: Uberaba, Uberlândia e Araxá, perfazendo aproximadamente 70% dos dentistas da amostra. Por outro lado, os municípios com menor percentual de cirurgiões-dentistas, lotados nas SMS, refere-se aos municípios de menor porte, com menos de 20 mil habitantes, dentre eles: Monte Alegre, Campina Verde e Carmo do Paranaíba, com apenas 6% dos cirurgiões-dentistas da amostra.

Salientamos que o município de Campina Verde, representado para contato nesta pesquisa, pelo cirurgião-dentista que responde pela coordenação do Setor de Odontologia, apesar de selecionado para o estudo, não participou da pesquisa, por não ter devolvido a autorização do Secretário Municipal de Saúde, mesmo tendo sido, insistentemente, convidado.

Observamos que o município de Araxá, apesar de possuir porte populacional menor que Araguari, possui mais da metade dos cirurgiões dentistas, comparativamente, aos lotados na Secretaria de Saúde de Araguari, ou seja, a quantidade de dentistas por município (lotados na SMS) nem sempre acompanha ou é proporcional ao porte populacional do mesmo, podendo inclusive ser inferior ao porte populacional, como é o caso de Araguari.

4.3. MÉTODO DE PESQUISA – TÉCNICA DELPHI

A Técnica *Delphi* foi utilizada neste estudo para estabelecer as competências gerais e específicas requeridas ao cirurgião-dentista, que atua em atenção primária em saúde, tendo como população e local de estudo, respectivamente, os cirurgiões-dentistas que atuam na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) das Secretarias Municipais de Saúde, da Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba.

Dentre as características da técnica *Delphi*, ressaltamos o respeito e a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, que, de uma forma dirigida, coloca à apreciação coletiva seus julgamentos, que, apesar de serem subjetivos, são resultados de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformado no julgamento individual subjetivo (DUNCAN; SCHIMIDT, 1992).

A metodologia utilizada neste estudo baseou-se, com algumas adaptações, nos passos metodológicos estabelecidos pelo trabalho de (SILVA & TANAKA, 1999).

Consideramos que se faz necessário, inicialmente, uma breve descrição dos aspectos teóricos e etapas pré-estabelecidas da Técnica *Delphi*, para o melhor entendimento das etapas sucessivas de aplicação de questionários, conforme preconizado pelo nosso método de escolha deste estudo.

4.3.1. A Técnica Delphi

Delphi, oriundo da mitologia grega, residia no tempo de Apolo e tinha o poder de transferir desejos dos deuses e visões do futuro aos mortais inquietos. A técnica desenvolvida por Helmer e Dalkey, numa versão moderna, baseia-se na intuição de grupos para ampliar projeções individuais. Utilizada desta maneira pela *American Rand Corporation* durante o período da guerra fria para analisar e prever os acontecimentos, a partir de 1960 começou a ser ampliada na previsão de acontecimentos em vários setores (SPÍNOLA, 1984), sendo definida como:

Técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular, promovendo a convergência de opiniões”, embora nem sempre, em última instância, seja completada. (SPÍNOLA, 1984).

Utilizamos a técnica *Delphi* modificada, alterando o julgamento de peritos pela apreciação de um grupo de profissionais, considerando a prática de quem está executando o trabalho, ou seja, o cirurgião dentista que atende o usuário ou coordena o serviço de saúde bucal na rede de atenção básica do SUS.

A técnica *Delphi* tem sido largamente utilizada por uma variedade de campos como a economia, administração, ciências sociais, educação e outros. Também tem sido utilizada para a pesquisa e educação para: resolução de problemas, planejamento e avaliação (Notter, 1983 apud GRANT; KINNEY, 1992).

Na educação a técnica *Delphi* tem sido utilizada para selecionar competências, objetivos, conteúdos de cursos ou de disciplinas, dos currículos dos cursos da área da saúde, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem.

Em linhas gerais, segundo Wright e Giovinazzo (2000) o método Delphi consulta um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros através de um questionário, que é repassado continuadas vezes até que seja obtida uma convergência das

respostas, um consenso, que representa uma consolidação do julgamento intuitivo do grupo. Pressupõe-se que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor do que a opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados, e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subseqüentes são as principais características deste método.

Ao utilizar esta técnica para definição de competências do cirurgião-dentista para atuar na atenção primária em saúde, será possível analisar os problemas, identificar soluções e detalhar possíveis competências a serem trabalhadas na formação e preparação deste profissional.

4.3.1.1. *Etapas da técnica Delphi*

A técnica *Delphi* tem quatro características principais que a distingue de outros processos de decisão de grupo, quais sejam: anonimato, interação com *feedback* controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o especialista traz para o grupo (GOODMAN, 1987), sendo constituída pelas seguintes etapas de execução, conforme esclarece este mesmo autor:

- (1) Informações referentes às questões são postadas individualmente a cada membro do painel, que então responde para o pesquisador - este procedimento é anônimo e confidencial.
- (2) As respostas são escrutinadas e coletadas pelo pesquisador.
- (3) O pesquisador compila uma lista com todas as respostas e envia novamente para os membros do grupo.
- (4) Neste estágio, os especialistas são solicitados a reconsiderar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens da lista.
- (5) Respostas são coletadas uma vez mais e o processo repetido até o consenso ser alcançado.

Do ponto de vista de Reid (1988) a principal vantagem da técnica é que ela remove fatores interpessoais que freqüentemente influenciam os grupos ou comitês de consenso, quando os participantes estão frente a frente. Esta técnica encoraja

opiniões honestas devido a não existência de pressão do grupo. Outras vantagens apresentadas por este autor são:

- Remove a dificuldade que as pessoas têm de rever opiniões emitidas previamente;
- Permite tempo para pensar individualmente;
- Permite uma ampla participação de pessoas de diversas especialidades e experiências sem problemas de comunicação;
- Permite o envolvimento de um maior número de pessoas que uma conferência normalmente pode efetivar;
- Reduz custo por não precisar reunir todos os participantes.

Assim, a técnica Delphi tem uma flexibilidade, a qual permite considerável diversidade em sua aplicação.

Neste estudo ela foi modificada, devido ao fato de que a variável tempo necessita ser controlada. Alteramos a definição dos sujeitos do estudo: em substituição aos *experts* optamos por profissionais cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica do SUS e foi limitado o número de ciclos de execução da aplicação do questionário.

Na forma convencional da técnica Delphi as 5 (cinco) etapas supracitadas de execução são subseqüentemente repetidas, solicitando para os participantes do painel de *experts* sua reconsideração frente ao resultado da etapa anterior, até que haja consenso entre os participantes.

Na técnica denominada *Delphi modificada*, propõe-se um limite no número de ciclos de execução, para a qual têm sido propostos 2 (dois) a 4 (quatro) ciclos para a busca de consenso. Assim, o consenso representa o nível conseguido na última etapa determinada, que em nosso caso, foi estabelecido em um ponto de corte previamente definido, de dois ciclos, considerando as variáveis tempo disponível e custo de postagem dos questionários deste estudo e ligações telefônicas necessárias.

Vale ressaltar que Williams & Webb (1994) apontam que muitas das limitações no uso da técnica Delphi são relacionadas com as dúvidas sobre respeitabilidade

científica que é freqüentemente referida sobre o método. Estas autoras citam três questões como problemáticas no uso da técnica:

1. A seleção dos participantes;
2. O número de participantes; e
3. O critério do consenso.

Para minimizar estas desvantagens da técnica todos os critérios estabelecidos para seleção e número dos participantes e do consenso foram estabelecidos antes do início da aplicação dos questionários.

4.4. ETAPAS DO ESTUDO

O nosso estudo se constituiu de *duas etapas* seqüenciais: inicialmente, a etapa preparatória, junto a 20 cirurgiões-dentistas; e a segunda etapa da pesquisa, que abrangeu 337 cirurgiões-dentistas, sujeitos do estudo, com base na aplicação da técnica *Delphi*.

A primeira etapa denominada *preparatória* teve como finalidade a elaboração de uma listagem inicial que servisse de subsídio a elaboração e posterior aplicação de um questionário estruturado, onde se buscou o consenso de opiniões entre os 20 participantes do painel *Delphi*, para ser aplicado na segunda etapa com um maior número de cirurgiões dentistas.

A etapa preparatória foi subdividida em duas fases, sendo denominadas: *1ª e 2ª fases da etapa preparatória*.

Antes de iniciarmos a aplicação dos questionários realizamos um teste piloto com cinco cirurgiões-dentistas, vinculados à rede básica do SUS, do município de Uberlândia, objetivando aperfeiçoar as perguntas presentes no questionário, sob a perspectiva de promover o entendimento claro e objetivo da essência da questão.

Em seguida, descrevemos de forma mais detalhada estas duas etapas do método de pesquisa.

4.4.1. 1ª Etapa (Preparatória)

Na etapa preparatória, participaram um total de 20 (vinte) profissionais cirurgiões-dentistas, que atuam na atenção primária em saúde, sejam na linha de frente de atenção direta ao usuário ou na coordenação destes serviços de atenção básica odontológica, das Secretarias de Saúde dos municípios sede das quatro Gerências Regionais de Saúde estabelecidas para esta Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, quais sejam: Ituiutaba, Patos de Minas, Uberaba e Uberlândia.

Estes 20 cirurgiões-dentistas foram selecionados, de forma aleatória pelo coordenador do serviço de odontologia destes quatro municípios, sendo 5 (cinco) profissionais sediados em cada um destes municípios supracitados.

O propósito desta etapa foi reunir noções e informações sobre as competências gerais e específicas requeridas para os cirurgiões-dentistas de tal forma que pudessem derivar um questionário a ser submetido na segunda etapa do estudo, aos 509 cirurgiões-dentistas, pertencentes ao universo de CD, que atuam em atenção primária em saúde, incluindo nesta última etapa os outros 8 (oito) municípios da região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, perfazendo os 12 municípios do estudo.

O objetivo do estudo, a técnica Delphi, o papel dos participantes e o termo de competências gerais e específicas foram objetiva e claramente explicados aos participantes, anexo B.

1ª fase da etapa preparatória: solicitamos aos profissionais que listassem 3 (três) competências gerais e 3 (três) competências específicas requeridas aos cirurgiões-dentistas que atuam em atenção primária em saúde e a justificativa para a sua escolha, conforme anexo B. Estas respostas foram editadas exatamente como cada um respondeu. Gerou, assim uma lista de 120 sugestões, sendo 60 de competências gerais e 60 de competências específicas, com suas respectivas justificativas, muitas das quais similares, ou seja, de mesma natureza e sentido.

2ª fase da etapa preparatória: ocorreu dentro de 25 dias após a primeira fase da etapa preparatória, onde foi submetida aos mesmos 20 participantes a lista contendo 120 competências, dentre as gerais e específicas, geradas por eles na primeira parte

da primeira etapa, os quais podiam identificar suas próprias respostas, conforme modelo de questionário em anexo C.

Desta forma, foi solicitado aos participantes que lessem esta lista de 120 competências geradas por eles mesmos e que reconsiderassem suas respostas frente aos resultados contidos nela, selecionando 5 competências gerais e 5 competências específicas.

Desta segunda interação, resultou uma outra lista contendo 82 competências, sendo 36 competências gerais e 46 competências específicas, aumentando a semelhança e homogeneidade entre as competências, em anexo D.

Observou-se que houve maior consenso entre as competências gerais quando comparadas com as específicas. Assim, de uma listagem disponibilizada, para os 20 cirurgiões dentistas, contendo 60 competências gerais, os mesmos limitaram-se a assinalar 36 competências, enquanto de uma listagem de 60 competências específicas foram assinaladas 46 competências específicas.

As 82 competências gerais e específicas identificadas na 2ª fase preparatória foram compiladas, sintetizadas, novamente redigidas, criteriosamente, sem distorcer a essência da proposta pelos participantes da 1ª etapa e, enfim, categorizadas para evitar duplicação e facilitar a compreensão dos participantes do painel Delphi. A categorização resultou em 8 (oito) competências gerais e 12 (doze) competências específicas, que compuseram o questionário para aplicação da técnica Delphi, conforme anexo E.

4.4.2. 2ª Etapa

Para esta etapa foram selecionados 509 cirurgiões-dentistas, todos lotados em Secretarias Municipais de Saúde dos 11 municípios da região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Partiu-se do princípio que este universo de profissionais poderia contribuir como *experts* emitindo opiniões baseadas nas experiências empíricas sobre as competências gerais e específicas, tendo como propósito estabelecer as competências gerais e específicas requeridas pelos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária em saúde.

O questionário com a lista de 20 competências estabelecidas na parte preparatória, sendo 8 competências gerais e 12 específicas, foi enviado para os 509 cirurgiões dentistas, através do correio postal, com uma carta esclarecendo os objetivos do estudo e o termo de consentimento livre esclarecido.

Esse questionário foi organizado de forma a permitir que cada participante pudesse emitir um parecer sobre cada uma das competências e também acrescentar novas competências de acordo com sua experiência.

Solicitamos, também, a cada participante que atribuísse um valor de acordo com sua concordância ao enunciado. A escala utilizada foi a de Likert, cuja pontuação estabelecida foi de 1 a 5 e um ponto médio para registro de eventual situação de “ausência de opinião” (discorda totalmente – não tem opinião - concorda totalmente),

Em 1932, Likert (PEREIRA appud LIKERT, 1932), propôs uma escala de cinco pontos, com um ponto médio para registro da manifestação de situação intermediária, de indiferença ou nulidade.

Segundo Pereira (2001), essa escala tornou-se um paradigma da mensuração qualitativa e desde então tem sido largamente aplicada, quer na forma original quer em adaptações para diferentes objetos de estudo.

A escala de Likert é uma escala simples de mensuração de atitude na qual cada participante atribui pontos de forma independente e os escores alcançados pelas proposições enunciadas são correlacionados com os totais alcançados. Essa forma de procedimento da pontuação permite testar as consistências internas, significando que cada indivíduo só pode ser visto relativamente ao grupo de entrevistados que faz parte (PARDINAS; MANN, 1970).

Pereira (2001), para conceber uma representação numérica para eventos qualitativos, o pesquisador deve examinar os fundamentos de valor e de finalidade da mensuração que pretende realizar. Tanto as propriedades do fenômeno estudado devem ser consideradas para premissas de ajuste à representação numérica, quanto às propriedades da aritmética devem ter sua pertinência examinada para aplicação a esse fenômeno, com eventual reconsideração de suas premissas.

Ainda segundo este mesmo autor, diferentes tipos de escala oferecem ao pesquisador diferentes oportunidades de análise, as quais se ampliam conforme as

possibilidades de assunção (elevação) de premissas para mensuração. As escalas que incluem propriedades aritméticas para seus valores permitem um processamento de redução de dimensionalidade, que abandona a mensuração das várias categorias para alcançar uma avaliação unidimensional do fenômeno estudado com base numa única categoria de referência.

Assim sugere que para a interpretação adequada dos resultados e para inferir generalizações, a partir de uma escala devidamente editada e processada, devem ser reconhecidos alguns aspectos teóricos das teorias de probabilidade. Nesse sentido, deve-se distinguir a probabilidade estocástica clássica, cuja aplicação se ajusta à análise de categorias e de epistêmica, cuja aplicação se ajusta à análise de tendências de comportamento do fenômeno estudado (PEREIRA, 2001).

Nessa perspectiva e considerando que a técnica Delphi preconiza uma definição prévia de consenso, antes da aplicação dos questionários, definimos neste estudo que o critério de consenso para a inclusão das competências como válidas e apropriadas para o cirurgião-dentista na atenção primária em saúde, tanto gerais quanto as específicas, recaiu sobre as competências que alcançaram o percentual mínimo de 80% ou mais das concordâncias total e parcial, sendo assim a obtenção da frequência de 80% de anotação dos escores 4 (quatro) e 5 (cinco). Portanto, as competências que apresentaram percentuais com escore inferior a frequência de 80% na soma dos escores 4 e 5, foram consideradas não selecionadas pelo painel Delphi.

Para comparação das frequências calculamos a mediana e os quartis para os escores obtidos de cada competência.

Apresentamos a seguir um esquema que sintetiza as etapas do método de pesquisa utilizadas deste estudo, adaptado de (Witt, 2006).

Procedimentos executados pela pesquisadora

Procedimentos executados pelos sujeitos do estudo

4.5. INSTRUMENTOS DA PESQUISA

A técnica Delphi requer um conjunto de questionários para a obtenção das opiniões dos respondentes. Segundo Witt (2005) o questionário é considerado instrumento mais adequado para a produção de informações no caso desta técnica, inexistindo, porém, um modelo padronizado para a sua elaboração, aplicável a diversos estudos.

Desta forma, para este estudo foram elaborados três questionários (anexo B, C e E), conforme o método de pesquisa estabelecido. O primeiro questionário, em anexo B, contém orientações explicativas e esclarecedoras sobre o conceito de competências do cirurgião-dentista em atenção primária em saúde e teve o objetivo de gerar listas de competências gerais e específicas, relacionadas pelos sujeitos da pesquisa.

Nesta oportunidade, solicitamos que os participantes indicassem três competências gerais e três específicas e que comentassem porque acreditavam que se tratava de uma competência necessária para o trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica de saúde.

O segundo questionário constou de duas listas (anexo C), sendo uma de competências gerais, e, a outra contendo as competências específicas, as quais foram compiladas e editadas, exatamente, conforme cada CD respondeu ao primeiro questionário, conforme estabelecido no método de pesquisa.

O segundo e terceiro questionários, representam a contribuição dos cirurgiões-dentistas por intermédio de suas percepções sobre as competências consideradas relevantes para a sua atuação na atenção primária em saúde.

Por sua vez, o terceiro e último questionário (anexo E), representa a síntese, categorização e compilação, pela pesquisadora, dos resultados obtidos após a análise da aplicação do segundo questionário.

Os questionários foram enviados pelo correio postal, aos cuidados do coordenador do setor de odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de cada um dos 12 municípios em estudo, conforme opção manifesta de cada coordenador e distribuídos entre os CD, posteriormente recolhidos e retornados, via correio postal.

4.6. AS QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA

É exigido que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa, considerando o respeito devido à dignidade humana.

Como a pesquisa trata da aplicação de questionários realizados junto aos cirurgiões-dentistas, a participação dos profissionais teve que ser consentida e assegurada o seu anonimato, garantindo ao mesmo responder se quer participar. No Anexo A encontra-se o modelo de termo de consentimento utilizado para solicitar a realização da entrevista.

Fez-se também necessário a Declaração de ciência e autorização da aplicação dos questionários, modelo em anexo F, assinado pelo gestor do SUS local, gerando 11 autorizações prévias ao envio dos questionários às Secretarias Municipais de Saúde, as quais foram apresentadas ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), juntamente com o Projeto, que foi aprovado.

Assim, antes de iniciarmos a coleta de dados em campo, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e capítulo IV da Resolução 251/97, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, em anexo G.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar as competências e suas justificativas construídas neste estudo, utilizamos referências bibliográficas do acúmulo de conhecimentos científicos produzidos em cada campo de domínio específico, bem como quatro documentos atuais que versam sobre as definições sobre as competências e atribuições do CD estabelecidas no campo oficial da saúde bucal, seja no âmbito da formação ou do espaço de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da estratégia de saúde da família, sendo eles:

- (1) As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL. Ministério da Educação, 1999);
- (2) As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004);
- (3) As recomendações sobre “Formação e Trabalho em Saúde Bucal”, sugeridas pelo Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005); e
- (4) As Portarias Ministeriais que tratam das atribuições dos cirurgiões dentistas na estratégia de saúde da família: a Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000; e a Portaria Nº 267, de 06 de março de 2001 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000; 2001).

Outra referência que se inscreveu como fundamental, na análise dos resultados da construção das competências diz respeito ao entendimento e inclusão dos atributos da atenção primária em saúde e os princípios do SUS.

As 20 competências construídas neste estudo foram analisadas, concomitantemente, com as justificativas de cada competência referenciada pelos cirurgiões dentistas, na 1ª etapa de aplicação de questionários, as quais sintetizamos, conforme o sentido e a concepção das argumentações apresentadas pelos mesmos, conforme descrito no método de pesquisa.

Vale ressaltar que apesar do questionário da 3ª e última rodada ter sido organizado de forma a permitir que cada participante pudesse emitir um parecer sobre cada uma das competências e também acrescentar novas competências de acordo com sua experiência, não houve inclusão de novas competências.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está dividido em duas partes, na primeira apresenta a caracterização pessoal e profissional dos 337 cirurgiões-dentista (CD), sujeitos deste estudo, visando fornecer um panorama geral a respeito de suas condições individuais, de trabalho e formação.

A segunda parte descreve e discute sobre as competências consideradas apropriadas e relevantes para o cirurgião-dentista na atenção básica, segundo a ótica deste grupo de profissionais que vivencia cotidianamente esta prática de atenção em saúde.

6.1. PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA LOTADO NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, DA REGIÃO DO TRIÂNGULO MINEIRO/ALTO PARANAÍBA.

6.1.1. Características relacionadas aos sujeitos participantes do estudo, local de trabalho do cirurgião-dentista, na atenção básica, segundo o município.

Obtivemos a participação de 11 dos 12 municípios estabelecidos no estudo, sendo assim, ficou ausente apenas o município de Campina Verde, por motivos já descritos no capítulo do Percurso Metodológico.

Os resultados demonstraram a seguinte participação de cirurgiões-dentistas no estudo:

- 337 cirurgiões dentistas participantes, perfazendo 67% dos 509 cirurgiões-dentistas estabelecidos como população do estudo.

Ressaltamos que dos 337 participantes supracitados, nem todos responderam de forma completa a todas as questões do questionário do estudo, ou seja, aos três quesitos referentes aos dados pessoais, município onde trabalha e formação, bem como ao nível de concordância em relação às 20 competências.

Desta forma, o total de respondentes nas frequências apresentadas a seguir irá variar, nem sempre tendo números coincidentes com o total de respondentes 337. Como por exemplo, 331 CDs responderam ao quesito idade em anos,

consequentemente 6 (seis) CDs dos 337 participantes do estudo não responderam à este quesito.

Em relação à participação dos cirurgiões-dentistas no estudo, com base no total de respondentes ao quesito município onde atua, obtivemos as seguintes quantidades de CD participantes por município: 84 (24.5%) de Uberaba; 68 (19.8%) de Uberlândia; 40 (11.7%) de Araxá; 29 (8.5%) de Ituiutaba; 28 (8.2%) de Araguari; 25 (7.3%) de Patos de Minas; 21 (6.1%) de Patrocínio; 19 (5.5%) de Conceição das Alagoas; 13 (3.8%) de Carmo do Paranaíba; 6 (1.7%) de Monte Alegre; 4 (1.2%) de Lagoa Formosa, perfazendo 337 cirurgiões-dentistas participantes do estudo, que responderam ao quesito município onde trabalha, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – Número e percentual de cirurgiões dentista que participaram da pesquisa, segundo o município em que trabalham, 2006.

Município	Frequência	Percentual	Percentual Acumulativo
Araguari	28	8,31	8,31
Araxá	40	11,87	20,18
Carmo do Paranaíba	13	3,86	24,04
Conceição das Alagoas	19	5,64	29,67
Ituiutaba	29	8,61	38,28
Lagoa Formosa	4	1,19	39,47
Monte Alegre	6	1,78	41,25
Patos de Minas	25	7,42	48,66
Patrocínio	21	6,23	54,90
Uberaba	84	24,93	79,82
Uberlândia	68	20,18	100,00
Total	337	100,00	100,00

Assim, observamos que a participação de cirurgiões-dentistas no estudo, coincide, ou seja, é diretamente proporcional a quantidade de cirurgiões-dentistas lotados nas secretarias de saúde dos maiores municípios. Assim, os quatro municípios (Araguari, Patos de Minas, Uberaba e Uberlândia) considerados de grande porte, acima de 100 mil habitantes, respondem por aproximadamente 60,8% da participação no estudo,

os municípios de médio porte, entre 20 mil e 100 mil habitantes (Ituiutaba, Carmo do Paranaíba, Araxá e Patrocínio) respondem com 30,6% da participação e os demais municípios de pequeno porte, abaixo de 20 mil habitantes participam com aproximadamente 8,6%, conforme demonstrado na figura 9.

Figura 9 – Participação percentual de CD, no estudo, segundo o porte populacional dos municípios, 2006.

Por outro lado, a tabela 3 nos aponta que as melhores participações percentuais no estudo, com base nos 509 cirurgiões dentistas lotados nas secretarias de saúde dos municípios, correspondem aos seguintes municípios em ordem decrescente, ou seja, do município que percentualmente teve maior para o de menor participação, temos: Lagoa Formosa (100%); Patrocínio (96%); Carmo do Paranaíba (93%); Conceição de Alagoas (91%); Ituiutaba (88%); Monte Alegre (86%); Uberaba (82%); Araguari (78%); Araxá (63%); Patos de Minas (52%); e Uberlândia (45%).

Tabela 3 – Cirurgiões dentistas, segundo a frequência na SMS e participação no estudo (respondentes ao questionário), 2006.

Município	CD lotados na SMS	Participaram da pesquisa	Percentual de participantes
Araguari	36	28	77,78
Araxá	63	40	63,49
Campina Verde	9	0	0,00
Carmo do Paranaíba	14	13	92,86
Conceição de Alagoas	21	19	90,48
Ituiutaba	33	29	87,88

(Continua)

(Continuação)

Município	CD lotados na SMS	Participaram da pesquisa	Percentual de participantes
Lagoa Formosa	4	4	100,00
Monte Alegre	7	6	85,71
Patos de Minas	48	25	52,08
Patrocínio	22	21	95,45
Uberaba	102	84	82,35
Uberlândia	150	68	45,33
Total	509	337	66,21

Os municípios de Uberlândia, Patos de Minas e Araxá, os quais apresentaram as menores participações percentuais, entre 45% a 63%, de cirurgiões-dentistas respondentes aos questionários, apresentam justificativas comuns, que perpassam por razões, tais como: tempo hábil para distribuição e recolhimento dos questionários, considerando a necessidade de deslocamento, através da utilização de veículo com motorista, para diferentes locais do município, inclusive zona rural (serviços descentralizados); remanejamento de cirurgiões-dentistas para outras instituições do município (universidades, por exemplo); assim como CD ausentes do cargo por motivos de férias, licenças e atestados médicos.

Em contraponto, municípios com realidades similares, sob a perspectiva da complexidade da estrutura do sistema de saúde e da capacidade instalada (quantidade de cirurgiões-dentistas), como Uberaba comparativamente a Uberlândia e Patrocínio e Araguari em relação a Patos de Minas e Araxá, constatamos, nos primeiros municípios citados, a participação acima de 78%. Assim podemos inferir que os motivos que explicam estes resultados ultrapassam as razões supracitadas e envolvem também o empenho dos coordenadores na distribuição e recolhimento dos questionários em estudo e o grau de inserção da pesquisadora nos diferentes municípios.

Observamos que as justificativas apresentadas, pelo cirurgião-dentista, referentes às respostas do tipo - “não quis participar do estudo”, são insignificantes no conjunto das outras razões supracitadas para não participação da pesquisa.

6.1.2. Características pessoais do cirurgião-dentista: sexo, idade e estado civil

Analisando os dados levantados obtivemos os seguintes resultados: 101 dos cirurgiões-dentistas participantes do estudo eram do sexo masculino (30,51 %) e 230 do sexo feminino (69,49%), conforme demonstrado na figura 10.

Figura 10 – Participação percentual de CD, no estudo, segundo o gênero, 2006.

Observamos que o estudo demonstra que ocorre feminização na prática odontológica pública, como em outras áreas da saúde, apresentando, um percentual 38% maior de CD do sexo feminino atuando nas Secretarias Municipais de Saúde desta região, quando comparado com os CD do sexo oposto.

O aumento da participação feminina (feminização) no mercado de trabalho em saúde é analisado por Machado et al. (1992), observando que até 1970, a participação feminina no conjunto da força de trabalho em saúde era relativamente reduzida, embora existissem algumas categorias profissionais que, por tradição, eram ocupadas por mulheres, tais como parteiras, auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem e enfermeiros.

Entre 1970 e 1980, o contingente feminino entre os médicos aumentou de 11,6% para 20,6% e, entre os dentistas, evoluiu de 11,5% para 28,2%. Consideram como consequência deste movimento, específico da década, a força de trabalho feminino nestas profissões ser eminentemente jovem, conforme demonstrado na figura 11.

Figura 11 – Relação da mão-de-obra feminina na força de trabalho em saúde, segundo algumas categorias profissionais. Brasil, 1970-1980.

Fonte: IBGE/ ENSP/ FIOCRUZ – Núcleo de Recursos Humanos em Saúde

Ainda, Machado et al. (1992) analisa que a “feminização” do emprego do setor saúde do Brasil, nos anos setenta, não deve ser explicada do ponto de vista global, mas, ao contrário deve responder às distintas peculiaridades atinentes a cada categoria ou grupo de categorias como observado na figura 11.

Explica este fato, no caso dos empregos de nível superior, atribuindo a reforma universitária à possibilidade de maior ingresso de mulheres nas universidades, particularmente em cursos que detinham tradição masculina, como medicina e odontologia. Atribui, também, às mudanças sócio-culturais favorecendo maiores níveis de aceitação social da mulher no mercado de trabalho.

Destaca, dentre os diversos fatores que contribuíram para este fenômeno, o papel que o emprego feminino passou a ter na composição do orçamento doméstico, dado que o período caracterizou-se pela substancial perda do poder aquisitivo dos trabalhadores advindo da política de arrocho salarial (Machado et al., 1992).

Em relação à idade do CD, em anos completos, obtivemos os percentuais mais significativos para a faixa etária compreendida acima de 36 anos de idade, perfazendo (70%) dos sujeitos da pesquisa, sendo 110 CD na faixa etária de 36 a 45 anos (33%) e 122 CD na faixa etária acima de 46 anos de idade (37%). Apenas 7 CD (2%) estão na faixa etária menor de 25 anos de idade e 92 CD encontram-se na faixa etária entre 26 a 35 anos de idade (28%) , conforme demonstrado na figura 12.

Figura 12 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo a faixa etária, 2006.

Observarmos que o processo de construção das competências, para atuação na atenção primária em saúde, sob a perspectiva da idade, concentrou-se a partir, de um grupo de profissionais, acima dos 36 anos de idade, situados em uma faixa etária que, geralmente, se prevê a ampliação da experiência, da prudência e da maturidade, permeando a tomada de decisões.

Por outro ponto de vista, representa um grupo de profissionais que esteve sujeito a um currículo na graduação em odontologia mais tradicional, por volta da década de 70 a 80, centrado na atenção clínico-restauradora, com enfoque curativo-individual, e limitado nos aspectos da promoção e prevenção em saúde bucal, assim como, provável e dificilmente, experimentaram métodos de ensino caracterizados pela interdisciplinaridade, pela abordagem baseada em problemas, pela participação ativa em comunidades e da atuação em equipe nos serviços de saúde.

Zanetti (2000) considera que na história da odontologia, a esfera pública, foi formada e operada como esfera secundária e de menor importância na definição das relações, modos e mecanismos de regulação do exercício profissional. Assim, ao longo do último século, os CD enfatizaram a esfera privada como espaço privilegiado para a organização de suas práticas. Daí, no mercado, a odontologia fez seu “canteiro”, desenvolvendo seu trabalho no conjunto maior das relações societárias.

Entretanto, o autor alerta que o mercado de serviços curativos de massa vem passando por um processo de mudanças estruturais profundas e esgotando-se, dentro da perspectiva que foi originalmente concebido. Assim, para o exercício do clínico liberal tradicional, não há mais perspectiva de florescimento profissional. E é nessa conjuntura, que são enunciadas as incertezas e as novas possibilidades, tanto no âmbito da odontologia de mercado, mas também da esfera pública.

Frente a esta crise e o esgotamento da Odontologia Curativa de Mercado de Massas e além disto, do fato da formação odontológica, caracterizar-se pela centralização no tratamento, na reabilitação e no indivíduo, aparentemente, criar-se-ia um viés no estudo, comprometendo negativamente a construção das competências para atuação do CD na atenção primária em saúde, sob uma perspectiva inovadora, coletiva e engajada social e culturalmente, por intermédio da visão deste grupo.

Contudo, não observamos, como veremos na segunda parte deste capítulo, confirmação deste viés nos resultados obtidos, ou seja, obtivemos a construção de competências relevantes e apropriadas ao CD, tanto para uma formação mais humanista e engajada, tanto quanto para o mundo do trabalho, sob a perspectiva da construção do SUS.

Assim, sintetizamos algumas considerações que possivelmente compensaram os fatores negativos, referentes à formação e a evolução do mercado de trabalho odontológico, a que estiveram sujeitos, desde a década de 70, os sujeitos deste nosso estudo, quando de suas percepções sobre as competências do CD na atenção básica:

- Incorporação de novos conceitos e práticas de saúde bucal, através de suas trajetórias profissionais, ou seja, acúmulo de vivências e conhecimentos apreendidos cotidianamente, junto aos usuários, enfrentado, inclusive, as amarguras e conquistas da prática da atenção primária em saúde;
- Reflexos das capacitações e discussões introduzidas pela gestão municipal, estadual e federal, no contexto da construção do SUS; e
- A disputa acirrada, no mercado de trabalho, em busca da empregabilidade na esfera pública, impelindo a categoria seja na preservação do emprego público ou na busca de novas possibilidades na função pública, ou adaptação à mesma, incorporando novos conhecimentos.

Como veremos a frente, obtivemos um percentual afirmativo de cirurgiões-dentistas pós-graduados, perfazendo 60% do total de CD do estudo, o que poderia ser considerado mais um fator que explicaria os resultados positivos obtidos na construção das competências.

O estado civil destes profissionais transita entre uma grande maioria de cirurgiões-dentistas casados, 216 (65%); 74 estão na condição civil de solteiro (22%); 31 separados (9%) e 5 viúvos (2%), conforme demonstrado na figura 13.

Figura 13 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo o estado civil, 2006.

Assim, observamos que trabalhamos com uma população de sujeitos experientes, e em sua grande maioria vivendo situações mais “estáveis” juridicamente, no plano da condição legal, ou seja, casados, sob a perspectiva da institucionalização da vida a dois.

6.1.3. Características relacionadas ao trabalho do CD na Secretaria Municipal de Saúde: função e tempo de trabalho

Obtivemos 302 participantes do estudo exercendo a função, no sistema de saúde do município, de maior enfoque da pesquisa, ou seja, na função de cirurgião-dentista (91,52%); 20 CD desenvolvendo a função de coordenação (6,06%) e 8 CD desenvolvendo outras funções (2,42%), dentre elas supervisão e atividades administrativas, conforme demonstrado na figura 14.

Figura 14 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo a função, 2006.

Quanto ao tempo de trabalho, obtivemos 168 cirurgiões-dentistas (53%) apresentando mais de 10 anos de tempo de trabalho na função de atenção básica; seguidos por 79 cirurgiões-dentistas (24,92%) entre 1 a 3 anos de trabalho; e 70 (22,08%) entre 2 anos e 1 mês a 10 anos, conforme demonstrado na figura 15.

Figura 15 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo o tempo na função, 2006.

Assim o grupo de cirurgiões dentistas se divide quase paritariamente, sob a ótica do tempo de trabalho na função de CD da atenção básica, em: 50% acima de 10 anos;

e os outros 50%, abaixo de 10 anos, sendo que destes apenas 23%, perfazendo até 3 (três) anos de função na atenção básica.

6.1.4. Características relacionadas à formação do cirurgião-dentista: pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

Obtivemos no quesito realização ou desenvolvimento da pós-graduação, independente do campo de aperfeiçoamento, os seguintes resultados: 173 cirurgiões-dentistas (51,3%) tendo cursado a especialização; 15 (4,5%) cursando; e 12 cirurgiões-dentistas (3,6%) mestres e 6 cursando o mestrado (1,8 %), conforme demonstrado na figura 16.

Figura 16 – Frequência e percentual de CD participantes do estudo, segundo a formação acadêmica, 2006.

Os resultados demonstram que 61% dos cirurgiões-dentistas cursaram ou estão cursando a pós-graduação, sendo que 55,8% se referem à especialização e 5,4% ao mestrado.

Apresenta-se como um dado positivo para a estrutura dos serviços públicos de saúde, uma concentração de mais da metade dos cirurgiões dentistas pós-graduados, ou seja, especializados e, portanto, mais capacitados em diferentes áreas da atenção em saúde bucal.

Apesar de compreendermos que se faz necessária e essencial para o profissional de saúde a *capacitação permanente em aspectos da atenção básica*, desde a compreensão (conceitual e aplicabilidade) dos atributos da atenção primária em saúde à gestão da clínica, por intermédio da educação permanente e das mudanças curriculares, para a efetiva qualificação (ainda que tardia) da atenção básica. Assim, o processo atual de construção do SUS, exige a capacitação do CD, que atua na atenção básica, com enfoque e na busca do desenvolvimento das tecnologias e potencialidades da atenção primária em saúde, em contraponto às capacitações vigentes, que versam sobre a atenção curativa clínico-reabilitadora.

Constatamos, então, uma busca individual do profissional CD (provavelmente estimulados pela sobrevivência no mercado) pelo aprimoramento dos conhecimentos técnico-científicos, seja para atuação prioritária na esfera privada, mas que tem sua aplicação (mesmo que limitada) concomitante na área pública.

Desta forma, além de uma busca caracterizada por interesses profissionais e pessoais inerentes a cada indivíduo, a busca pela especialização configura-se como uma exigência para a sobrevivência no mercado de trabalho, frente à alta competitividade e em algumas vezes pela insuficiência do curso de graduação.

Zanetti (1999), esclarece que até os anos 80, na Odontologia Curativa de Mercado de Massa existiu uma certa homogeneidade estrutural no padrão do exercício profissional. Basicamente existiam três tipos de profissionais: os não diplomados (os “práticos”), os só diplomados (que não acompanhavam congressos, feiras e encontros e que não compartilhavam os avanços científico-tecnológicos), e os diplomados típicos (que se mantinham informados e compartilhavam os avanços científico – tecnológicos).

O autor complementa, sob a perspectiva desta linha de raciocínio, analisando que quase todos CD possuíam um padrão de vida comum à classe média-média ou à classe média-alta. Quase todos, na condição de profissionais liberais no mercado, ou na condição de burocracia nos serviços públicos, que pertenciam praticamente a uma mesma classe social à classe média ou pequena burguesia.

Assim, explicita que no mercado de serviços do pré anos 80, em média, o padrão de regulação “Curativo de Massa” exigia pouco de cada CD de consultório: graduação, montagem do consultório particular, incorporação de algum luxo em decoração e de

alguma tecnologia assistencial par ser “embarcada” no consultório, mais a frequência esporádica a algum encontro científico da categoria (ZANETTI, 1999).

Entretanto, observamos que o final do último século e o início do século XXI são marcados pelo crescimento e aprimoramento pleno dos mecanismos concorrências na esfera privada e pública odontológica, que provocou não só o esgotamento, mas também a necessidade de superação dos mesmos mecanismos, inclusive pela exigência quase compulsória da especialização compondo o currículo do cirurgião-dentista.

Sintetizando os resultados, desta primeira fase, correspondente ao perfil pessoal, profissional e de formação dos sujeitos do estudo, observamos que a pesquisa contou com a marca da feminização no mundo do trabalho, com a participação predominante (mais de 60%) de cirurgiões-dentistas do sexo feminino, com o seguinte perfil pessoal e profissional: experiente (acima de 36 anos de idade); casado; de médio a longo período no mercado de trabalho (mais de 10 anos de graduação) e em busca da diferenciação neste contexto de mercado, a partir da realização da pós-graduação (especialização).

6.2. AS COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Para contemplar os resultados das 3 (três) rodadas de aplicação de questionários, estabelecidas pelo método de pesquisa – a *Técnica Delphi*, que prevê o repasse continuado dos questionários para promoção do consenso, inicialmente analisamos os resultados da *Etapa Preparatória*, com a participação de 20 cirurgiões-dentistas e em seguida discutimos os resultados da 2ª etapa, a qual contou com a participação de 337 cirurgiões-dentistas, correspondendo a 67% do universo de sujeitos estabelecidos para este estudo.

Nos resultados da 1ª *Etapa de aplicação de questionários (Etapa Preparatória)*, observamos que houve empenho dos participantes, ao gerar uma listagem de 120 competências, sendo 60 gerais e 60 específicas, e suas respectivas justificativas. Verificamos o envolvimento dos participantes, tanto em citar as competências, pois não houve questões sem preenchimento e, conforme solicitamos, descreveram com empenho e clareza os motivos que os levaram a compreender a competência citada como apropriada ao trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica.

Após a aplicação da segunda rodada de questionários, obtivemos a indicação, de 36 competências gerais e 46 competências específicas, consideradas como as mais apropriadas para atuação do CD na atenção primária em saúde (Anexo D).

Observamos que, ao final da 1ª etapa, dentre as 36 *competências gerais* consideradas mais apropriadas, para a atuação do CD em atenção primária em saúde, apenas duas competências obtiveram consenso (unanimidade de indicação, com base nos municípios), ou seja, foram assinaladas por pelo menos um cirurgião-dentista, de cada um dos municípios participantes, que são as competências referentes à *humanização* e o *trabalho em equipe multiprofissional*.

Elegeu-se a *competência geral - humanização*, como relevante no trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica, a partir dos seguintes argumentos: “Representa o grande desafio para os profissionais de saúde desenvolverem esta competência e ter a habilidade de acolher, escutar, examinar, investigar e tentar resolver os problemas junto com as pessoas”.

A segunda *competência geral – Trabalho em Equipe Multiprofissional*, que recebeu consenso, trouxe como argumentos: “Porque possibilita a abordagem do indivíduo como um todo dentro das condições sócio-econômicas em que ele está inserido. Torna o trabalho mais rico e com maior possibilidade de resolutividade”.

Por outro lado, apenas uma *competência específica*, ainda nesta 1ª etapa, apresentou consenso, qual seja: *Coordenar e Executar Ações Coletivas de Promoção e Prevenção*, tendo como justificativa: “Para que sejam cumpridas as diretrizes do SUS, requer do cirurgião-dentista novas práticas sanitárias e por consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente”.

Houve manifestações escritas, de alguns cirurgiões dentistas, durante esta etapa preparatória, não concordando com a seleção de apenas cinco competências específicas, solicitadas pelo método de pesquisa, os impedindo de apontar demais competências consideradas também relevantes.

Acrescenta-se a esta manifestação, as sugestões de alterações no sentido de aprimoramento da redação de algumas competências específicas assinaladas. Lembramos que as competências foram editadas exatamente como cada cirurgião-dentista respondeu, conforme indicado pelo método de pesquisa para esta etapa, para preservar o sentido imprimido a competência pelos sujeitos da pesquisa e

permitir o reconhecimento da competência e respectiva justificativa elaborada por cada um dos CD participantes.

Assim, somente para a aplicação dos questionários na 3ª rodada, submetida a um grande número de CD, as competências tiveram sua redação (re) elaboradas, além de sintetizadas e categorizadas, objetivando facilitar o entendimento dos participantes, sem alterar a essência da competência e sua respectiva justificativa.

Desta forma, as *oito competências gerais* consideradas mais apropriadas para o CD na atenção básica, que foram sintetizadas para compor o questionário de aplicação da 3ª rodada, através da validação pelos cirurgiões dentistas participantes da etapa preparatória, foram sintetizadas na listagem a seguir.

Lista de competências gerais, consideradas mais apropriadas, após a 1ª etapa do estudo.

1. Criatividade com iniciativa e flexibilidade;
2. Gerenciamento e organização;
3. Humanização;
4. Interação e conhecimento da comunidade que atua;
5. Liderança;
6. Promoção e educação em saúde;
7. Segurança e confiança.
8. Trabalho em equipe multiprofissional;

Por sua vez, as *12 competências específicas* que foram sintetizadas para compor o questionário de aplicação da 3ª rodada, consideradas mais apropriadas para atuação na atenção primária em saúde, são apresentadas, segundo a frequência de indicação pelos cirurgiões-dentistas, como relatado a seguir.

Competências específicas, consideradas mais apropriadas, após a 1ª etapa do estudo.

1. Acolhimento ao usuário;
2. Atenção odontológica com enfoque para gestantes e bebês;

3. Atendimento adequado a grupos específicos;
4. Conhecimento técnico-científico com intervenção clínica humanizada;
5. Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde;
6. Criatividade e capacidade de adaptação;
7. Diagnóstico preciso;
8. Educação permanente;
9. Execução de visitas domiciliares qualificadas;
10. Habilidade manual;
11. Planejamento em saúde;
12. Responsabilidade social.

Estas competências gerais e específicas do CD na atenção básica e suas respectivas justificativas, construídas na primeira etapa deste estudo, serão analisadas, conjuntamente com os resultados da 2ª etapa.

Desta forma, analisaremos a seguir as 20 competências, sob a ótica dos resultados obtidos com a utilização da escala de valor – a escala de Likert, permitindo-nos a mensuração qualitativa das competências, conforme o conhecimento acumulado de referências bibliográficas de cada área de domínio e os documentos oficiais que estabelecem competências e atribuições para o profissional da saúde bucal, além dos princípios do SUS e os atributos da atenção primária em saúde.

Por sua vez, então, os resultados da 2ª Etapa de aplicação de questionários, contaram com a medição da subjetividade das competências construídas pelo cirurgião-dentista da atenção básica, através da utilização da Escala de Likert, nesta última rodada de aplicação dos questionários.

Segundo PEREIRA (2001) o sucesso da Escala de Likert reside no fato que ela tem a sensibilidade na recuperação de conceitos aristotélicos da manifestação de qualidades: reconhece a oposição entre contrários; reconhece gradiente; e

reconhece situação intermediária. Além disso, ela tem uma relação adequada entre a precisão e a acurácia da mensuração.

Iniciamos a apresentação dos resultados e discussão desta 2ª etapa conhecendo a distribuição das frequências de concordância para as 20 *competências gerais e específicas*, com a utilização dos cinco valores da escala de Likert, sendo: (discorda total ou parcialmente - não tem opinião – concorda total ou parcialmente).

Interessou-nos identificar as competências que receberam as maiores frequências dos níveis de concordância, assim como seus contrários, após esta 3ª e última rodada da aplicação de questionários, conforme demonstrado nas tabelas 4, 5 e 6.

Assim, sintetizamos, a seguir, as competências gerais e específicas validadas pelo painel Delphi, ou seja, consideradas mais apropriadas pelos sujeitos do estudo, dispostas em tabelas e gráficos, conforme o tipo de competência, sendo: as competências gerais, na tabela 4; as competências específicas, na tabela 5; e o total de competências gerais e específicas, na tabela 6, em ordem crescente de percentual de concordância.

Tabela 4 - Competências Gerais, segundo os níveis de concordância total e parcial, após a última etapa de aplicação dos questionários, 2006.

Competências gerais	2ª etapa (% de concordância)
(1g) Interação e conhecimento da comunidade que atua	94,7
(2g) Promoção e Educação em Saúde	95,7
(3g) Gerenciamento e Organização	97,1
(4g) Liderança	97,1
(5g) Trabalho em Equipe Multiprofissional	97,1
(6g) Humanização	97,4
(7g) Segurança e Confiança	97,6
(8g) Criatividade com iniciativa e flexibilidade	97,9

Tabela 5 - Competências Específicas, segundo percentual crescente de aprovação pelo Painel Delphi, segundo os níveis de concordância total e parcial, na 2ª etapa de aplicação dos questionários, 2006.

Competências Específicas	2ª etapa (% de concordância)
(1e) Responsabilidade Social	83,1
(2e) Execução de Visitas Domiciliares Qualificadas	87,5
(3e) Habilidade Manual	92,7
(4e) Planejamento em Saúde	93,3
(5e) Criatividade e Capacidade de Adaptação	93,6
(6e) Coordenação e Execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde	94,5
(7e) Educação Permanente	95,4
(8e) Diagnóstico Preciso	95,6
(9e) Atendimento Adequado a Grupos Específicos	96,5
(10e) Conhecimento Técnico-Científico Com Intervenção Clínica Humanizada	97,7
(11e) Atenção Odontológica com Enfoque para Gestantes e Bebês	97,7
(12e) Acolhimento ao Usuário	99,6

Tabela 6 - Competências, Gerais e Específicas, segundo percentual crescente de aprovação pelo Painel Delphi, segundo os níveis de concordância total e parcial, 2006.

Competências Gerais e Específicas	2ª etapa (% de concordância)
(1e) Responsabilidade Social	83,1
(2e) Execução de Visitas Domiciliares Qualificadas	87,5
(3e) Habilidade Manual	92,7
(4e) Planejamento em Saúde	93,3
(5e) Criatividade e Capacidade de Adaptação	93,6
(6e) Coordenação e Execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde	94,5
(1g) Interação e conhecimento da comunidade que atua	94,7
(7e) Educação Permanente	95,4
(8e) Diagnóstico Preciso	95,6
(2g) Promoção e Educação em Saúde	95,7
(9e) Atendimento Adequado a Grupos Específicos	96,5
(3g) Gerenciamento e Organização	97,1
(4g) Liderança	97,1
(5g) Trabalho em Equipe Multiprofissional	97,1
(6g) Humanização	97,4
(7g) Segurança e Confiança	97,6
(10e) Conhecimento Técnico-Científico com Intervenção Clínica Humanizada	97,7
(11e) Atenção Odontológica com Enfoque para Gestantes e Bebês	97,7
(8g) Criatividade com iniciativa e flexibilidade	97,9
(12e) Acolhimento ao Usuário	99,6

Observamos que das 20 competências analisadas, dentre as gerais e as específicas, obtivemos níveis de concordância, parcial e total, acima de 83%, sendo que o nível de concordância destas 20 competências variou entre os valores percentuais mínimos e máximos, de 83,1% a 99,6%, respectivamente.

A competência correspondente ao menor percentual de concordância se refere à competência específica denominada - *Responsabilidade social* e por outro lado, a competência que apresentou a maior concordância se refere à competência específica *Acolhimento ao usuário*.

Por outro lado, obtivemos em relação às 8 (oito) *competências gerais*, níveis de concordância, parcial e total, acima de 84,7%, sendo que os valores percentuais mínimos e máximos estão entre 84,7% e 97.9%, correspondentes às competências Gerais: *Interação e conhecimento da comunidade que atua* e *Criatividade com iniciativa e flexibilidade*, respectivamente.

Considerando que neste estudo o *critério de consenso* para a inclusão das competências como válidas, apropriadas e relevantes para o cirurgião-dentista na atenção primária em saúde, tanto gerais quanto as específicas, recai sobre as competências que alcançaram validação pelos sujeitos da pesquisa a partir do percentual mínimo de 80% das concordâncias total e parcial, constatamos que houve a obtenção da frequência desejada, de no mínimo 80% de anotação dos escores 4 (quatro) e 5 (cinco), da Escala de Likert, para as 20 competências analisadas no estudo. Portanto, as 20 competências estudadas foram consideradas selecionadas pelo painel *Delphi*.

Para comparação das frequências, fizemos o cálculo de duas medidas: a mediana; e os quartis. Tais medidas constataram que houve gradiente, ou seja, agrupamento e

inclinação dos resultados no valor localizado no quesito 5 (concorda totalmente), da Escala de Likert, para todas as 20 competências.

Nesse contexto, a tabela 7 demonstra que tanto a mediana, quanto os percentis, estão localizado no valor 5, quando calculados para cada competência, ou seja, com representação numérica representativa do nível de concordância por aceitação total, pelos cirurgiões-dentistas, das 20 competências do estudo.

Tabela 7 – Cálculo de percentis, segundo a concordância das competências gerais e específicas do cirurgião-dentista, 2006.

Competência	Respostas	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
(8g) Criatividade com iniciativa e flexibilidade	342	5	5	5
(3g) Gerenciamento e organização	342	5	5	5
(6g) Humanização	338	5	5	5
(1g) Interação e conhecimento da comunidade que atua	338	4	5	5
(4g) Liderança	338	5	5	5
(2g) Promoção e educação em saúde	337	5	5	5
(7g) Segurança e confiança	337	5	5	5
(5g) Trabalho em equipe multiprofissional	337	5	5	5
(12e) Acolhimento ao usuário	342	5	5	5
(11e) Atenção odontológica com enfoque para gestantes e bebês	341	5	5	5
(9e) Atendimento adequado a grupos específicos	339	5	5	5
(10e) Conhecimento técnico-científico com intervenção clínica humanizada	340	5	5	5
(6e) Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde	331	5	5	5
(5e) Criatividade e capacidade de adaptação	329	5	5	5
(8e) Diagnóstico preciso	332	5	5	5
(7e) Educação permanente	332	5	5	5
(2e) Execução de visitas domiciliares qualificadas	330	4	5	5
(3e) Habilidade manual	331	5	5	5
(4e) Planejamento em saúde	327	5	5	5
(1e) Responsabilidade social	327	4	5	5

Conforme citado no item Analise dos Dados, utilizamos para a abordagem destas 20 competências construídas, o agrupamento das mesmas, com base em classificação já estabelecida, em oito níveis de competências, com suas respectivas categorias de capacidades e habilidades, pela Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2000).

Esta resolução que explicita as competências profissionais de nível técnico na área da saúde e a normalização das competências gerais e específicas, subdividiu as competências, nos seguintes níveis, para viabilizar seu entendimento por grupos de competências: técnicas; organizacionais ou metódicas; comunicativas; sociais; pessoais; do cuidado; de serviço; e sócio-políticas.

Verificamos que ao alocar as competências, conforme esta classificação, algumas delas, considerando a concepção definida para a categoria de capacidades e habilidades sugeridas, possa se incluir, ao mesmo tempo, em diferentes categorias de descrição, ou seja, elas possuem características que as permitem pertencerem simultaneamente a diferentes níveis pré-estabelecidos de competência, conforme demonstrado no quadro 14.

Exemplificando a inclusão das competências em diferentes níveis, conforme supracitado, temos que a competência Liderança tem características conceituais para pertencer tanto às competências sociais, quanto às competências pessoais. Mas foram descritas no item de competências pessoais, considerando que esta competência está conceitualmente mais próxima da definição deste nível de competência.

Assim, apesar de algumas competências construídas no estudo, terem sido alocadas, no quadro abaixo, em mais de um nível de competência, ao analisá-las, em seguida, optamos por agrupá-las somente em um nível que a conceituasse com maior propriedade, clareza e afinidade.

Quadro 14 – Competências construídas nestes estudo, sob a perspectiva dos níveis de classificação e categorização das capacidades e habilidades estabelecidas pela Câmara de Educação Básica (Resolução nº 4/199).

Níveis	(Resolução nº 4/ 199 – Câmara de Educação Básica)	Competências (Construídas neste estudo)
	Categorias de capacidades e habilidades	
Competências técnicas	A capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar informações.	(10e) Conhecimento Técnico-Científico com Intervenção Clínica Humanizada; (8e) Diagnóstico Preciso; (6e) Coordenação e Execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde; (2g) Promoção e Educação em Saúde; (7e) Educação Permanente; (2e) Execução de Visitas Domiciliares Qualificadas (9e) Atendimento Adequado a Grupos Específicos (11e) Atenção Odontológica com enfoque para Gestantes e Bebês (3e) Habilidade Manual
Competências de serviço	A capacidade de compreender e se indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados.	(2e) Execução de Visitas Domiciliares Qualificadas (9e) Atendimento Adequado a Grupos Específicos (11e) Atenção Odontológica com enfoque para Gestantes e Bebês (1g) Interação e conhecimento da comunidade que atua (5g) Trabalho em Equipe Multiprofissional (3e) Habilidade Manual;
Competências pessoais	A capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.	(5e) Criatividade e Capacidade de Adaptação; (8g) Criatividade com iniciativa e flexibilidade; (4g) Liderança; (7g) Segurança e Confiança.
Competências do cuidado	A capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.	(12e) Acolhimento ao Usuário; (6g) Humanização.
Competências organizacionais ou metódicas	A capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.	(4e) Planejamento em Saúde (3g) Gerenciamento e Organização
Competências sócio-políticas	Capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.	(1e) Responsabilidade Social

(Continua)

(Continuação)

Níveis	(Resolução nº 4/ 199 – Câmara de Educação Básica)	Competências (Construídas neste estudo)
	Categorias de capacidades e habilidades	
Competências comunicativas	Como a capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal.	(5g) Trabalho em Equipe Multiprofissional; (12e) Acolhimento ao Usuário (6e) Coordenação e Execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde; (3g) Promoção e Educação em Saúde.
Competências sociais	A capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos em fontes, meios e recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.	(5e) Criatividade e Capacidade de Adaptação; (8g) Criatividade com iniciativa e flexibilidade; (4g) Liderança.

Observamos que as 20 competências construídas neste estudo agruparam-se com tendência de maior valorização nas categorias definidas como *competências técnicas e de serviço*; seguidas pelas competências pessoais e comunicativas; as competências do cuidado e organizacionais ou metódicas. Em contraponto, observamos que na análise dos resultados, apresentados anteriormente, que o menor percentual de concordância (83.1%), entre os sujeitos do estudo, correspondem a competência responsabilidade social, alocada neste estudo na categoria sócio-política.

Considerando que estamos trabalhando com um grupo de cirurgiões-dentistas do campo operacional e prático, responsáveis pela execução do serviço localmente, na denominada “ponta” do sistema de saúde, observamos que este grupo se destaca e diferencia em competências desenvolvidas e elencadas neste estudo, quando comparado a um grupo de especialistas, onde se espera um enfoque caracterizado pela prática crítico-reflexivo, que ultrapasse as questões técnicas locais e se volte também para as responsabilidades sociais de engajamento político e social.

Assim, há uma tendência destes sujeitos do estudo em valorizar as competências práticas, técnicas, pessoais, comunicativas, do cuidado e organizacionais em detrimento de competências sócio-políticas, ou seja, entendemos que de forma geral representa um grupo que não foi estimulado a capacidade de refletir criticamente sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o

exercício da cidadania. Por outro lado, foram preparados e instrumentalizados tecnicamente para realização dos procedimentos odontológicos com enfoque para o indivíduo, na esfera privada e não com enfoque simultâneo para a coletividade, na esfera pública.

Um dado bastante positivo se refere à valorização, por este grupo, da competência do cuidado. Nesse sentido, entendemos que o processo sócio-cultural e histórico da saúde pública, contexto destes sujeitos do estudo, como prática humanista por excelência, requer conhecimentos, técnicas e uma prática de serviço baseada em valores como a consideração à vida e à saúde como bens supremos do ser humano, dotado de direitos e responsabilidades, a solidariedade, a utilização eficiente dos recursos disponíveis, a participação e a equidade no acesso aos bens e serviços que produzem saúde (MACEDO, 2001).

Segundo Zanetti (1999), a odontologia brasileira está em franca, acelerada e irreversível reorganização. Considera que os cirurgiões-dentistas não estão compreendendo as novas situações da categoria frente a um mundo que ela, apesar de *sentir e sofrer*, não é capaz de investigar, compreender e explicar.

Sendo assim, o autor compreende que para a massa de CD clínicos lançados num mercado em dissolução, tudo é muito confuso, já que, por “(de) formação” acadêmica, os mesmos nunca foram estimulados a refletir criticamente sobre a sucessão de fatos, com alguma consequência e propriedade sociológica, antropológica, histórica, econômica e política.

Desta forma, na busca do entendimento da crise e o esgotamento da odontologia de mercado reconhecer que a esfera privada sempre foi a esfera de excelência para o desenvolvimento histórico das práticas profissionais em odontologia, significa considerar que:

(...) a história da odontologia sempre foi mediada pela lógica da mercadoria; ou seja, pela lógica de reduzir todas as ações e medidas à forma de serviços passíveis de compra e venda no mercado.

Portanto, o mercado de serviços curativos de massa vem passando por um processo de mudanças estruturais profundas e esgotando-se, na forma como foi originalmente concebido, para o *exercício clínico liberal tradicional*, não há mais perspectiva de florescimento profissional.

Acrescenta-se a esta reflexão de Zanetti (1999), o pensamento de (Marsiglia apud Botazzo, 1998) ao observar que a odontologia absorveu, assim como a área médica e demais áreas da saúde, o paradigma Flexneriano, passando a defender:

(...) o corpo humano como uma máquina, a natureza exclusivamente biológica da doença, a atenção centrada sobre o indivíduo e sobre práticas curativas a fragmentação do objeto em função da especialização, a tecnificação do ato odontológico e a exclusão das práticas alternativas e o desinteresse pelas ações de promoção e prevenção das doenças.

A partir desta análise, compreendemos que estes resultados demonstram a necessidade premente de introduzir e implementar novas bases, que forneçam instrumental crítico necessário ao desempenho da profissão, reduzindo ou problematizando o impacto negativo que a atual formação tecnicista, hegemônica, vem acarretando à prática odontológica, tanto no campo da formação, quanto no mundo do trabalho.

Compreendemos que as novas bases do SUS e da inserção da Equipe de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família apontam para o desenvolvimento, concomitante, além das competências técnicas e de serviço, das pessoais, das comunicativas e, fundamentalmente, a valorização das competências sócio-políticas.

6.2.1. Competências Técnicas

Esta categoria define-se, segundo a Resolução nº 4/ 199 da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2000), como:

A capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar informações.

Agrupamos seis Competências Técnicas conforme suas respectivas justificativas, construídas pelos cirurgiões dentistas da atenção básica, na categoria competência técnica, objetivando descrevê-las em conjunto, sendo elas:

(10e) Conhecimento Técnico-Científico com Intervenção Clínica Humanizada e (8e) Diagnóstico Preciso;

(6e) Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde e (2g) Promoção e Educação em Saúde;

(7e) Educação Permanente;

(3e) Habilidade Manual

6.2.1.1. *Conhecimento Técnico-Científico com Intervenção Clínica Humanizada e Diagnóstico Preciso*

Justificou-se a inclusão das competências – *Conhecimento Técnico-científico com intervenção Clínica humanizada e Diagnóstico Preciso*, com percentuais de concordância iguais a 97.7% e 95.6 %, respectivamente, através das seguintes argumentações, conforme a competência:

Para a competência *Conhecimento Técnico-científico com intervenção humanizada*:

“Executar a técnica correta, adequada e criteriosa, precedida de anamnese, com conhecimento geral e específico e desenvolver a superação de deficiências técnicas. Partir do acompanhamento da família e abordagem preventiva, incentivando a criação de novos hábitos saudáveis e de atitudes positivas. Acrescenta-se a estes fatores, a observação de prioridades, por intermédio de levantamento epidemiológico e com a utilização de protocolo de atendimento, favorecendo o sucesso do tratamento, evitando perdas, re-trabalhos, minorando insucessos e favorecendo o vínculo e o respeito profissional/usuário”.

Para a competência *Diagnóstico Preciso*:

“Proporcionar diagnóstico de saúde ampliado e planejar adequadamente o tratamento, tendo visão do usuário em sua totalidade (indivíduo, família e comunidade), considerando que o diagnóstico preciso é a base para o êxito do tratamento”.

Devido às situações de trabalho em constante mudança, no campo da saúde, a atividade inventiva dos trabalhadores passou a ser incessantemente mobilizada e o *conhecimento* incorporado como saber de gestão. “Saber gerir a produção é, também, saber gerir a si próprio na atividade produtiva” (Neves e Carvalho, 1977). Nesse contexto, o conteúdo e a qualidade do trabalho humano modificaram-se.

Por sua vez, a capacidade de diagnóstico individual ou coletivo e de solução de problemas, e aptidões para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços, passam a ser exigidas dos trabalhadores no quadro atual de mudanças na natureza e no processo de trabalho, especialmente no contexto do SUS.

De acordo com a visão de Donabedian (1985), o momento de contato do cliente/usuário com o profissional médico, constitui uma experiência fundamental na formação do juízo que o sujeito elabora sobre a qualidade do atendimento que lhe é ofertado por um dado sistema de saúde ou pelas unidades que o integram.

Assim, do cirurgião-dentista espera-se não apenas a atenção clínico-restauradora eficaz, mas, também, um tipo de interação humanizada e personalizada, na qual o paciente se sinta alvo de dedicação pelo profissional. Resulta disto o fato que a exigência de uma certa cumplicidade entre os dois pólos da relação aparece como fundamental.

Desta forma, a interação interpessoal constitui, sob a ótica do paciente um aspecto central da sua avaliação sobre qualidade da atenção.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002):

Os profissionais 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.

Esta abordagem do Conselho Nacional de Educação introduz avanços no sentido de ampliar a relação profissional/paciente/comunidade, para outras interações além da competência técnica isolada, alcançando as dimensões pessoais, sociais e políticas que devem estar presentes neste contexto. Além disto, inclui a necessidade da resolução do problema saúde e não apenas do ato técnico.

Para este fim, devem, ser desenvolvidas, na formação e trajetória profissional, competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas, mas pautadas pelo senso crítico-reflexivo comum as ciências sociais.

Estudo qualitativo, desenvolvido no norte da Europa, demonstra as características presentes nos profissionais para promover cuidados centrados na pessoa, ou "*Person-centered care*", definindo-se os seguintes elementos básicos: coerência prática, confiança no cuidado clínico, relação médico-paciente baseada na confiança mútua e acessibilidade (BULTZINGSLOWEN, 2005).

Compreendemos que para aumentar a efetividade da APS faz-se necessário à radicalização na busca pelo fortalecimento da presença e extensão dos atributos da APS e mensurando-os, paralelamente à implantação de intervenções de processo que conduzam à maior efetividade e embasamento científico da prática clínica ou seja utilizar os conhecimentos disponíveis sobre “Gestão da Clínica”.

A expressão “Gestão da Clínica” foi cunhada no Brasil e é utilizada tendo como expressão correlata, na literatura internacional, “*managed care*” ou governança clínica (MENDES, 2006⁹) (Informação Verbal).

Concebe-se gestão da clínica como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

A gestão da clínica compõe-se de cinco tecnologias principais, sendo elas: a gestão de diretrizes clínicas; a gestão da patologia; a gestão de caso; lista de espera e auditoria clínica.

A tecnologia mãe corresponde às diretrizes clínicas, a partir da qual se constrói as demais tecnologias. As diretrizes clínicas consistem em elaborar linhas guias (*Guidelines*) e protocolos clínicos.

Segundo Mendes¹⁰ (2006), a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais já elaborou e está publicando em edições de 15 mil exemplares para distribuição com os profissionais da APS do Estado, as seguintes linhas guias:

- Saúde da mulher;
- Saúde da criança;
- Saúde do adolescente;
- Saúde do adulto: tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão hiv/aids;
- Saúde do idoso;
- Saúde mental; e;

⁹ Informação fornecida Eugênio Vilaça Mendes no II Seminário Internacional de Atenção Primária- Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, em setembro de 2006.

¹⁰ Informação fornecida por Eugênio Vilaça Mendes no II Seminário Internacional de Atenção Primária- Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, em setembro de 2006.

- Saúde bucal, além de uma série de protocolos complementares.

Torna-se fundamental implantar as diretrizes clínicas, a partir da educação permanente, para efetivação das mudanças de comportamento dos profissionais e dos pacientes.

Concordamos com Harzheim¹¹ (2006) que caso haja pretensão de radicalização da ação em prol da APS, exige-se o olhar sobre as suas bases conceituais, algumas já presentes na literatura há vários anos, ressaltando os seguintes elementos: a abordagem holística do processo saúde-doença; a prática interdisciplinar e intersetorial; a forte relação médico-paciente (*Patient-centered care*) produtora de autonomia; o uso de conhecimentos e ferramentas cientificamente embasadas (MBE, GC); a ênfase em promoção de saúde e prevenção de doenças; o diagnóstico precoce; a atenção aos novos problemas; o cuidado continuado dos problemas crônicos; a prevenção oportuna e a resolubilidade e eficiência.

6.2.1.2. Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde e Promoção e Educação em Saúde

Justificou-se a inclusão das competências – *Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde e Promoção e educação em saúde* com percentuais de concordância iguais a 94.5% e 95.7%, respectivamente.

A competência *Coordenação e execução de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde*, justificaram-se pela necessidade do CD incorporar em suas ações, na atenção básica, as seguintes características:

“Ter postura e visão preventiva, promovendo a utilização de novas práticas sanitárias e intervenções de menor complexidade; orientações para o autocuidado; e prevenção das doenças bucais, gerando alterações do modelo de atenção prevalente e mais saúde para as pessoas. Além disto, sugere que estas ações possam evitar intervenções desnecessárias, assim como a progressão das doenças bucais, possibilitando a concretização das diretrizes do SUS”.

A concepção de promoção em saúde dos sujeitos deste estudo, o grupo de dentistas da atenção básica, apresenta-se limitada ao enfoque preventivo em sua dimensão odontológica, em detrimento da aplicação de um conceito ampliado de promoção em

¹¹ Informação fornecida por Erno Harzheim no II Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, em setembro de 2006

saúde, atual e largamente divulgado no campo da saúde coletiva. Contudo, aborda alguns aspectos em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), que, por sua vez, postula a compreensão ampliada de promoção em saúde e engajada com as diretrizes do SUS:

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentífrico fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados (BRASIL, 2004).

Ainda nessa perspectiva conceitual acrescentam-se as ações de promoção da saúde que incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

Por sua vez, a concepção de educação em saúde, segundo o grupo de dentistas da atenção básica, corresponde aos seguintes argumentos para a competência denominada - *Promoção e educação em saúde*:

“Desenvolver ações contínuas de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e orientações gerais sobre os serviços de saúde disponíveis, junto aos usuários, equipes de atendimento, grupos prioritários de atenção e a população em geral. Utilizar diferentes espaços da comunidade (escolas, creches, igrejas, dentre outros locais), em busca do cumprimento das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da contribuição para a melhoria da consciência sanitária, o autocuidado e a qualidade de vida e de saúde da população”.

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) estabelece, em concordância com a visão dos sujeitos do estudo, que as ações de promoção de saúde são mais efetivas se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras instituições estiverem envolvidas. A intersectorialidade neste sentido implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social.

O termo promoção de saúde foi usado pela primeira vez por Mark Lalonde, Ministro da Saúde e do Bem-Estar do Canadá. No famoso documento “*A New Perspective on the Health of Canadians*”, ele argumentou que as principais causas de morte e doença não são as características biológicas, mas o meio ambiente e o comportamento dos indivíduos – estilo de vida (Lalonde, 1974).

Embora fortemente tendencioso no sentido de colocar a responsabilidade nos indivíduos pela sua própria saúde, esse documento foi um passo muito importante, porque pela primeira vez o governo de um país industrializado oficialmente reconheceu que para melhorar a saúde seria preciso interferir nos aspectos da política pública que afetam os comportamentos relacionados com a saúde dos indivíduos (Lalonde, 1974).

Sabemos que o aprendizado das questões de saúde não se faz prioritariamente nos livros e na sala de aula, mas no confronto com problemas reais. Assim, a necessidade de uma resposta à crescente demanda de uma nova concepção de saúde pública no mundo tem nos mostrado como o conceito de saúde significando bem – estar transcende a idéia de “vida sem doença” e que a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor sanitário. A Carta de Ottawa trata então de ampliar o conceito vigente de saúde, traçando para ele alguns pré-requisitos e condições: “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a justiça social e a equidade”. (I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986). O documento sustenta que a promoção da saúde está centrada em assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam à população fazer suas opções, sendo capazes de assumir o controle de tudo o que determina seu estado de saúde.

Desta forma, o sentido atual, do desafio educacional contemporâneo, na área da saúde coletiva - este campo aberto para novos paradigmas, aponta para o ensino integrado com a comunidade, a pesquisa e os serviços de saúde, nas escolas de nível superior.

A Organização Mundial de Saúde também começou a contribuir para o desenvolvimento do novo movimento de promoção da saúde sugerindo que esta deveria basear-se num modelo socioecológico, objetivando o desenvolvimento de

estilo de vida saudável. A mudança de comportamento dever ser ligada à mudança socioeconômica (WHO, 1981).

Mais adiante, deixando bem claro que a nova estratégia proposta de promoção em saúde deveria ir muito além da *tradicional educação em saúde*, a OMS explicitou seus princípios chaves para a promoção em saúde, dentre eles:

- Envolvimento da população como um todo no contexto de sua vida; no dia a dia, ao invés de focar com pessoas em risco de doenças específicas;
- Ação sobre os determinantes da saúde para assegurar que o meio ambiente total, que está fora do controle dos indivíduos, conduza à saúde;
- Utilização de diversos métodos como comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário, e atividades locais espontâneas, contra agentes prejudiciais à saúde;
- Participação pública efetiva, encorajando as pessoas a acharem suas formas próprias de administrar a saúde de suas comunidades. (WHO, 1986).

Desta forma, promoção em saúde é basicamente uma atividade no campo social e não somente um serviço médico. Entretanto, os profissionais de saúde, inclusive o dentista, têm um papel importante em fomentar e facilitar a promoção de saúde (WHO, 1984, 1986, 1988, 1991).

Portanto, enquanto a meta na educação em saúde é tornar os indivíduos internamente melhor equipados para que possam fazer escolhas mais saudáveis, a promoção de saúde tenta fazer com que as escolhas mais saudáveis tornem-se mais fáceis e viáveis, (*making the healthy choices the easy choices*) (Milio, 1983).

Pinto (2000), considera que para o ajustamento ao novo movimento de promoção de saúde, a prevenção da doença bucal deve ser considerada sobre três temas principais:

- (1) *Estratégia populacional*: como cárie, doenças periodontais, consumo exagerado de açúcar e higiene oral deficiente constitui fenômenos de larga abrangência, há uma evidente indicação para que se adote uma estratégia de base ampla, ou seja, de base populacional;
- (2) *Abordagem de fatores de risco comuns*: embora profissionais de saúde tendam a lidar com cada doença como se elas fossem completamente independentes umas das outras, a maioria tem determinante comum, ou seja, privação econômico-social e desigualdades (pobreza absoluta e relativa) são

determinantes da maioria das doenças; outros determinantes bem conhecidos são educação, moradia e emprego;

- (3) *Ação intersectorial*: para prevenir doenças bucais, a promoção de saúde é mais efetiva se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não governamentais e outras organizações importantes estiverem envolvidas. (PINTO, 2000)

Enfim, o sucesso da promoção em saúde em evitar doenças bucais depende da odontologia sair do consultório e advogar pela saúde bucal, por intermédio de cirurgiões-dentistas, que tenham desenvolvido esta competência que permeia este conceito amplo de promoção, prevenção, educação e reabilitação em saúde, na interação com a comunidade em que atua.

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) compreende a educação em saúde, através de 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 possibilidade do usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia.

Assim postula que a atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa (BRASIL, 2004).

Salienta que os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas e poderão ser desenvolvidos a partir de diferentes formas, que possibilite a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde (BRASIL, 2004).

Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), pela equipe odontológica, o Auxiliar de consultório Dentário e o Técnico de Higiene dental (ACD e THD), pela equipe multiprofissional, mas também pelo agente comunitário de saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares.

Vale ressaltar, porém que muito ainda temos que avançar no sentido de incorporação efetiva e para a regulamentação no país destes dois profissionais - o ACD e o THD, inegavelmente indispensáveis para que haja ampla implementação qualificada das ações preventivas coletivas na atenção à saúde bucal.

As proposições do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005), deixam claro que se faz necessário: ampliar os cursos de formação para trabalhadores em saúde bucal no nível técnico e auxiliar em odontologia; exigir do Ministério de Educação o reconhecimento do curso de ACD e THD, assim como rejeitar o projeto do Conselho Nacional de Educação que institui diretrizes básicas, para educação profissional de nível tecnológico (tecnólogo) na área de Saúde Bucal, uma vez que os níveis de formação existentes de THD e ACD contemplam o modelo de atenção em saúde bucal proposto pelo SUS; assim como, incentivar a descentralização e interiorização dos cursos de THD e ACD, para consolidação das ações de saúde bucal no SUS.

As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado. (BRASIL, 2004).

Concordamos que um dos sinais mais evidentes de que a transdisciplinaridade não é apenas um complexo devaneio acadêmico, refere-se ao trabalho que algumas instituições de ensino começam a desenvolver em suas comunidades. E acreditamos que o significado da transdisciplinaridade está na recuperação de valores existenciais (papel do ser humano no mundo), em que cada um deve entender que é um ser incluído em uma existência multidimensional, envolvendo família, história pessoal, meio, etc.

Finalmente concordamos com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), quando apresenta visão ampla que converge às dimensões curativas e preventivas, dentro do âmbito profissional do CD, postulando que os mesmos: "(...) devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo".

Compreendemos a estratégia de saúde da família como estruturante dos sistemas municipais de saúde e a mesma tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.

Consideramos que houve um avanço no entendimento da estratégia de saúde da família, desde o princípio de implementação das primeiras equipes até a atualidade, apontando e salientando o seu eixo estruturante dos sistemas de saúde. Esta evolução de concepção da estratégia de saúde da família gratifica os profissionais que atuam no campo da APS.

Neste sentido, vislumbramos a estratégia de saúde da família a partir de planos de reorientação e substituição do modelo assistencial, através do fortalecimento e implantação de rede de APS no SUS.

Os atributos da APS devem realmente ser incorporados na formação, capacitação e ação do profissional de saúde, para o alcance da atenção básica de qualidade.

Segundo Starfield (2005), tem-se os atributos essenciais e derivados. Dentre os atributos essenciais incluem-se: o acesso ao 1º contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação. Por sua vez, os atributos derivados definem-se a partir da orientação familiar e comunitária e a competência cultural, sendo esta última inerente à alteridade e a capacitação dos profissionais em se comunicar com os distintos segmentos da população.

6.2.1.3. Educação Permanente

Justificou-se a inclusão da competência - *Educação Permanente*, com percentual de concordância igual a 95.4%, através da seguinte argumentação:

“Atualizar-se constantemente, considerando que a odontologia está em permanente evolução, é dinâmica e desenvolve, com frequência, novas técnicas, materiais e condutas. Além disto, considera que o processo de trabalho na atenção primária exige conhecimento em todas as áreas da odontologia e da saúde coletiva”.

Em consonância com as vozes representativas da prática da atenção básica, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), tem a seguinte concepção de Educação Permanente, que deve compor as competências e habilidades gerais do CD:

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas 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.

Ainda, sob a perspectiva do estabelecimento das competências e habilidades específicas do profissional a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), observamos que há a menção para a participação do CD em educação continuada relativa a saúde bucal e doenças como um componente da *obrigação profissional*, assim como a manutenção do espírito crítico, mas aberto a novas informações.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (SGTES/DEGES/MS) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária. (BRASIL, 2004).

A SGTES/DEGES/MS (BRASIL, 2004) propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, cujas linhas orientadoras foram definidas, documentadas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2003.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. (BRASIL, 2004).

Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2004).

Compreendemos que o caráter quase sempre pontual, esporádico e emergencial das atividades de treinamento nos serviços de saúde tem contribuído em muito para seu descrédito, ineficiência e desvinculação das necessidades do sistema de saúde.

Assim, a política de educação permanente da SGTES/DEGES/MS aponta para a incorporação da educação permanente aos trabalhadores da saúde de forma mais abrangente e conceitualmente mais adequada às necessidades vigentes neste campo da educação.

O Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde.

O Pró-Saúde é fruto de uma parceria de grande importância entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

A construção do Pró-Saúde contou também com a participação de representantes do Conasems, Opas, CFM, CFO, Cofen, Abem, Abeno, ABO e das IES que fazem parte do Promed e participaram do Seminário de Avaliação do Promed realizado no RJ e da Oficina do Pró- Saúde realizados em Brasília em setembro de 2005.

Este programa se inspira na avaliação do Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas

médicas brasileiras. O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela IES, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2005).

Assim, consideramos que esta iniciativa visa a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. O distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS. A experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer a propedêutica complementar, cada dia mais custosa (BRASIL, 2005).

Observamos que as várias demandas do SUS, que chegam rotineiramente até os municípios estão exigindo processos educacionais com horizontes mais longos, cada vez mais relacionados às prioridades da comunidade (com resultados mensuráveis) e uma dose cada vez maior de participação de todos os atores envolvidos no processo e o Pró-Saúde pode ser apontado como uma das iniciativas institucionais importantes para minimizar estas demandas educacionais.

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005), dentre mais de 50 proposições, no capítulo referente à *Formação e Trabalho em Saúde Bucal*, faz referência a importância do estímulo à capacitação permanente de recursos humanos em saúde bucal, de forma descentralizada e regionalizada, priorizando a formação das profissões de nível médio com ênfase para o atendimento à saúde.

Consideramos importante, também, ressaltar a proposição da 3ª CNSB (BRASIL, 2005) que reconhece a necessidade de capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe multiprofissional e a conscientização da equipe de saúde bucal quanto aos princípios e às diretrizes do SUS, bem como as normas e leis que regem a saúde pública.

6.2.1.4. Habilidade Manual

Justificou-se a inclusão da competência específica – “*Habilidade Manual*”, com percentual de concordância de 92.7%, argumentando-se a partir da:

“Necessidade do desenvolvimento da habilidade manual do CD, considerando que a prática da odontologia se constitui em uma profissão que exige técnica, delicadeza e destreza”.

Segundo (Daruge apud Santos, 2006), a tarefa do profissional de odontologia supera os cuidados com a saúde bucal e a boa aparência dos dentes. Isso porque um problema dentário pode acarretar outros problemas de saúde. É por isso que a formação do dentista é basicamente a mesma que a de outros profissionais ligados à área da saúde.

Durante o curso, que dura em torno de quatro a cinco anos, o estudante do curso de odontologia tem além das disciplinas de anatomia, histologia, patologia, fisiologia e farmacologia, várias disciplinas práticas de laboratório. Em seu trabalho diário, o cirurgião-dentista faz restauração e extração de dentes, projeta e coloca próteses e corrige defeitos de dentição em crianças e adultos. Outra tarefa é a realização de cirurgias na região buco-maxilar, tanto estéticas quanto reparadoras.

Assim, a função do cirurgião-dentista na clínica exige muita *habilidade psicomotora* como pré-requisito, pois o bom trabalho do dentista depende da precisão do movimento das mãos o tempo todo, tanto no equipamento utilizado quanto nas manobras intrabucais que executa (DARUGE apud SANTOS, 2006).

Por outro lado, vale ressaltarmos, conforme explicita Demo (1994), sobre a coexistência de diferentes dimensões da competência, as quais, em conjunto, ajudam a humanizar o conhecimento, ao vinculá-lo aos seus fins político-sociais.

Desta forma, ele quer dizer que é preciso garantir a competência formal-técnico científica, e no caso da profissão odontológica, inclusive, promovendo o

desenvolvimento das habilidades manuais (psicomotoras), mas, alerta que isto não basta, ou seja, o desenvolvimento apenas desta dimensão da competência.

Concordamos com este autor sobre a necessidade do entendimento da complementaridade da competência política, para a integralização da competência humana para o cuidar profissionalizado no SUS, como requisito para a efetivação da cidadania do trabalhador e do usuário do sistema.

Demo (1994), defende que essas dimensões da competência ajudam a humanizar o conhecimento ao vinculá-lo aos seus fins políticos sociais.

Assim, comparativamente, observamos que o CD que incorporou durante a sua graduação, e suas experiências práticas, baixo desenvolvimento da habilidade manual (habilidades psicomotoras), pode ao longo de sua trajetória profissional, aprimorá-la, através de exercícios e simulações, que irá lhe exigir concentração, dedicação e movimentos repetitivos, que desenvolvam os seus esquemas de assimilação concretos e objetivos.

Em contraposição, a construção de competências que envolvem aspectos da responsabilidade social, do cuidado, da humanização, como vistas anteriormente, é resultante de processos de percepção e absorção do conhecimento e habilidades, que utilizam esquemas de assimilação mais desenvolvidos, como o poder de abstração, de análise e de sensibilização, frente ao objeto do conhecimento subjetivo, ou seja, das competências subjetivas.

6.2.2. Competências de Serviço

Esta categoria define-se, segundo a Resolução nº 4/ 199 da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2000), como:

A capacidade de compreender e se indagar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados.

Agrupamos as *Competências de Serviço* conforme suas respectivas justificativas, construídas pelos cirurgiões dentistas da atenção básica, em cinco competências:

(2e) Execução de Visitas Domiciliares Qualificadas;

(9e) Atendimento Adequado a Grupos Específicos e (11e) Atenção Odontológica com enfoque para Gestantes e Bebês;

(1g) Interação e conhecimento da comunidade que atua;

(5g) Trabalho em Equipe Multiprofissional.

6.2.2.1. Execução de visitas domiciliares qualificadas

Justificou-se a inclusão da competência específica – “*Execução de visitas domiciliares qualificadas*”, com percentual de concordância de 87.5%, através da seguinte argumentação:

“Promove ações preventivas e procedimentos clínicos de menor complexidade direcionada às famílias de maior risco e incidência de doenças bucais, através de visitas domiciliares planejadas e periódicas, às gestantes, puérperas, aos acamados e deficientes”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), refere-se em seu artigo 5º, sobre os objetivos da formação odontológica, e inclui a dotação do profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício da competência e habilidade específica de – “(...) planejar e administrar serviços de saúde comunitária”.

O documento final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005), reconhece em seu eixo temático, intitulado – *Organização da Atenção em Saúde Bucal*, o Programa de Saúde da Família, como a estratégia de organização da atenção básica capaz de promover e contribuir para uma melhor organização do Sistema de Saúde brasileiro, caso seja aplicada em consonância com as diretrizes do SUS.

Nesse contexto, dentre as várias práticas de saúde preconizadas pela estratégia de Saúde da Família, a competência - *Execução de visitas domiciliares qualificadas*, constitui-se em uma orientação básica e imprescindível na estruturação da organização desta atenção.

A Portaria n.º 267, de 06 de março de 2.001, que trata da reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, estabelece, que:

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

Dentre as várias atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF, define a competência de programação e realização de visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.

Paradoxalmente, observamos que esta é uma competência valorizada pelos cirurgiões-dentistas dos 11 municípios da região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, que em contraponto atuam na prática não habilitada pelo PSF 437 (86%), contra 72 (14%), que atuam nesta referida prática.

Desta forma, constatamos que apesar de não se tratar de uma competência requerida a estes profissionais, no contexto da organização da atenção básica a que estão sujeitos (prática não habilitada pelo PSF), que se caracteriza pela centralização das atividades deste profissional, predominantemente, intramuros, ou seja, no interior da unidade de saúde, observamos concordância positiva com a referida competência.

Assim, temos como um resultado positivo na identificação e construção das competências do CD deste estudo, o fato de que as *visitas domiciliares qualificadas* constituem-se em uma prática valorizada pelo mesmo, independente de fazer parte da sua prática cotidiana, na atenção básica.

Compreendemos que faz parte da prática clínica da atenção primária o cirurgião dentista sentar do lado do usuário e entrar em sua casa, e envolver-se com a realidade e o contexto do mesmo na estratégia de Saúde da Família.

A execução de visitas domiciliares qualificadas possibilita a compreensão do paciente integrado no seu cotidiano, no seu modo particular de vida, inclusive que representações sociais este usuário incorporou na sua fala, no seu gestual e no seu modo de ser.

6.2.2.2. *Atendimento Adequado a Grupos Específicos e Atenção Odontológica com enfoque para Gestantes e Bebês*

Justificou-se a inclusão das competências – *Atendimento Adequado a Grupos Específicos e Atenção Odontológica com Enfoque para Gestantes e Bebês* com percentuais de concordância iguais a 96.5 % e 97.7%, respectivamente, através das argumentações que se seguem, conforme a competência.

Para a competência Atendimento Adequado a Grupos Específicos:

Conhecer, ter consciência e segurança para executar as práticas odontológicas relacionadas a alguns grupos específicos, dominando as técnicas referentes às especialidades odontológicas requeridas na atenção básica, dentre elas: a odontopediatria, a periodontia e a farmacologia. Desta forma, respeitar as especificidades no tratamento e as restrições técnicas existentes no atendimento odontológico aos referidos grupos, dentre eles: gestante, idoso, criança, hipertenso e diabético.

Para a competência Atenção Odontológica com enfoque para Gestantes e Bebês:

Intervir de forma preventiva e precoce em relação às doenças bucais e incentivar o aleitamento materno, qualificando a saúde bucal das gestantes e responsabilizando as mesmas para a introdução de bons hábitos desde o início da vida da criança.

A atenção adequada em saúde bucal voltada para grupos específicos como, por exemplo, a gestante, idoso, criança, hipertenso e diabético, justifica-se com base na definição de prioridades na saúde coletiva e dos eixos norteadores da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004)..

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), também reconhece como competência e habilidade específica, demandante da formação profissional, sobre a identificação em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-máximo-faciais e conseqüentemente a realização de procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle.

Segundo Pinto (2000), a escolha de prioridades se dá pela incorporação balanceada dos enfoques epidemiológicos, sociopolítico, administrativo e econômico, combinando o quadro de morbidade, a opinião dos consumidores, a factibilidade das ações pela máquina burocrática e os custos financeiros.

Ainda conforme este autor, em odontologia estabelecem-se prioridades principalmente quanto a: danos; grupos populacionais por faixa etária; por situação econômica; e por tipo de serviço.

Concordamos com o autor que prioridade não significa exclusividade e sim ênfase, pressuposto que o grupo ou dano que ficou em posição secundária vá ser contemplado com um menor volume de recursos ou de tempo e não ser esquecido. Além disto, defendemos a perspectiva do atendimento com ênfase na atenção no grupo familiar, envolvendo seus costumes, crenças e hábitos.

Assim, consideramos que os grupos específicos aqui citados são reconhecidamente importantes seja devido à faixa etária a que pertence, como é o caso dos bebês e crianças, o ciclo e estágio de vida que perpassa, como é o caso da gestação, e de problemas de saúde caracterizados como problemas de saúde pública, como por exemplo, hipertensão e diabetes, que se constituem em causa comum de morbidade ou mortalidade; existem métodos eficazes de prevenção e controle e tais métodos não estão sendo utilizados de modo adequado.

Com base nesses princípios, tem sido comum utilizar os seguintes critérios para estabelecer prioridade em odontologia: número de pessoas atingidas – seriedade do dano – possibilidade de atuação eficiente – custo per capita e grau de interesse da comunidade (Pinto, 2000).

Nesse aspecto, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), organizou-se em bases abrangentes no sentido da ampliação e qualificação da atenção básica, concebendo –a, da seguinte forma:

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento (...) (BRASIL, 2004).

Nesse sentido e considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de buscar-se continuamente formas de ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados, recomenda a organização e desenvolvimento de ações de: prevenção e controle do câncer bucal; implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica (por exemplo, pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico); inclusão da reabilitação protética na atenção básica e ampliação do acesso (BRASIL, 2004).

A ampliação do acesso tem o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propondo duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida.

A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

Nesse sentido, ações de saúde bucal também estão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas de cuidado ou condição de vida.

6.2.2.3. *Interação e conhecimento da comunidade que atua*

Por sua vez, justificou-se a inclusão da competência *“Interação e conhecimento da comunidade que atua”* com percentual de concordância igual a 94.7%, através da seguinte argumentação:

“O conhecimento e a interação com a comunidade em que atua, inclusive trabalhando junto às lideranças locais e conselhos de saúde, favorecem o alcance de resultados satisfatórios, e conseqüentemente leva a participação popular e do controle social”.

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005), compreende o Controle Social como uma conquista da sociedade consagrada na Constituição Brasileira, e normatizado pela Lei 8142/90. Baliza que a participação do cidadão pode se dar por meio de organizações representativas, com a função de formulação das políticas públicas e no controle da execução das ações dos administradores públicos, especialmente nas chamadas políticas sociais.

Por outro lado, coloca que a participação popular, como exercício do poder político, é efetivada através das conferências de saúde e dos órgãos colegiados decisórios, como os conselhos de saúde ou somando-se a isto a atuação no âmbito judicial, como o Ministério Público com as ações civis públicas ou de improbidade administrativa, ampliando o processo de democratização do Sistema.

Outra parte considerada aliada do controle social é a informação veiculada através dos diferentes meios de comunicação (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) define dentre os seus princípios norteadores das ações de saúde bucal, a *Gestão Participativa*, a partir do desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal, perpassando

por: “definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo”.

A Portaria N.º 267, de março de 2.001, que define normas e diretrizes para a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2001), considera que para ocorrer a ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças e agravos a ela relacionados e promoção da melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população, exige a inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, que representa o eixo a ser seguido, pela odontologia, na reorganização da atenção básica.

Esta Portaria estabelece como atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF: “Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal” e “Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde” (BRASIL, 2001).

Conhecer a comunidade favorece a compreensão da determinação social do processo saúde e as possibilidades de intervenção.

Nessa perspectiva, entendemos que o desenvolvimento da competência de serviço: *Interação e conhecimento da comunidade que atua*, torna-se imprescindível para o cirurgião dentista, da atenção básica.

6.2.2.4. Trabalho em Equipe Multiprofissional

Justificou-se a inclusão da competência *Trabalho em equipe multiprofissional* com percentual de concordância igual a 97.1%, através da seguinte argumentação:

Promove a divisão de responsabilidades, cultiva o trabalho em equipe, a boa relação interpessoal, o suporte mútuo entre os profissionais e o esforço conjunto para o alcance dos objetivos traçados (e não os próprios interesses), tendo em vista a alta demanda e as necessidades acumuladas de atenção odontológica.

Acrescenta-se a isto, o fato de que atender as necessidades dos usuários em equipe, respeitando os princípios do SUS, praticando a equidade e a integralidade de ações, torna os resultados mais ricos, produtivos, resolutivos e com aumento de cobertura.

Uma das razões da dificuldade de vivência interdisciplinar para a odontologia reside na formação de base tecnicista, que privilegia o enfoque de superespecialização (Ferreira, 1997). É uma visão limitada de postura odontológica intervencionista, que tem suas raízes históricas fincadas em conceitos ultrapassados de saúde bucal desvinculada da saúde geral, sendo totalmente inadequada para o atendimento ao idoso, por exemplo (SHINKAI & DEL BEL CURY, 2000), e para o alcance dos princípios do SUS.

Segundo estas mesmas autoras, uma vez que a saúde bucal é indissociável da saúde como um todo, fatores gerais do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático e vice-versa, o que torna o conhecimento dessas interações de extrema importância para o diagnóstico das reais necessidades e prioridades do usuário, bem como para o delineamento do plano de ação. Assim sendo, a atenção ao usuário exige a formação de uma ampla rede de conhecimentos de mão dupla.

Concordamos plenamente com a análise crítica, histórica e social de Deluiz (2000), que esclarece que o trabalho não-qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, característico do modelo taylorista/ fordista, é substituído, nas empresas e instituições que adotaram as novas formas de organização do trabalho, por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia.

Um trabalho de “arbitragem”, onde é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho. A natureza deste tipo de trabalho reverte-se da imprevisibilidade das situações, nas quais o trabalhador ou o coletivo de trabalhadores tem que fazer escolhas e opções todo o tempo, ampliando-se as operações mentais e cognitivas envolvidas nas atividades (Deluiz, 2000).

Ainda segundo esta mesma autora, o trabalho individualizado cedeu lugar ao trabalho em grupo e as tarefas do posto de trabalho foram substituídas pelas funções polivalentes em “ilhas de produção”, “grupos semi-autônomos” e equipe de trabalho (Deluiz, 1996).

Observamos que os documentos que tratam das Diretrizes Curriculares do Curso de Odontologia e o da Política Nacional de Saúde Bucal enfatizam o trabalho em equipe de forma intersetorial e engajada a visão de trabalho polivalente e integrado.

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002) entende como competência específica a ser desenvolvida junto ao estudante a atuação multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com extrema produtividade na promoção da saúde, baseado na convicção científica, de cidadania e de ética.

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), defende a adequação do processo de trabalho em saúde bucal a um modelo de atenção que se requer - *Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo*, compreendido como:

A atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido (BRASIL, 2004).

Assim, a troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções deve acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004).

O campo da competência *comunicação* é abordado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), através de um enfoque importante, contudo limitado aos aspectos técnicos e formais da comunicação:

Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

Compreendemos a comunicação como competência essencial para o desenvolvimento da cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal, como instrumentos essenciais na implementação pactuada do SUS entre equipe de saúde, usuários, comunidade e gestor, enfim todos os atores envolvidos, direta ou indiretamente, no sistema de saúde.

Segundo Schraiber (1999), a proposta e a prática do trabalho em equipe estão, ambos, o almejado e o realizado, relacionados a uma série de mudanças que vêm ocorrendo na oferta de serviços de saúde, tais como: a especialização do trabalho; a especialização das disciplinas científicas; a crescente incorporação de tecnologia; a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta de atenção à saúde; o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde; o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde do conjunto da população.

Conjuga-se nesta aspiração ao trabalho em equipe, portanto, tanto a divisão dos trabalhos e dos saberes, quanto à necessidade de recomposição de suas ações.

Pensar a interação ou comunicação dos agentes da equipe é pensá-la não somente como meio que permite estabelecer as correlações e os nexos entre as distintas ações, mas também como a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais e a maneira mais adequada de atingi-los. Ou seja, a interação dos agentes permite a construção de um "projeto assistencial comum" à equipe de trabalho - onde e como chegar no que se refere às necessidades de saúde dos usuários SCHRAIBER (1999).

No entanto, ainda como nos mostra Peduzzi (1998), nem todas as formas de relacionamento conduzem à interação comunicativa, em que cada estratégia de ação profissional e a racionalidade de seus trabalhos é conhecida, dialogada e negociada como prática comum.

Assim, o trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar.

Nesse sentido, tal concepção de trabalho em equipe assenta-se em algumas questões prévias e que são também questões no planejamento e gestão dos serviços de saúde, que serão discutidos a seguir em item específico.

6.2.3. Competências Pessoais

Esta categoria define-se, segundo a Resolução nº 4/ 199 da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2000), como:

A capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.

Agrupamos as *Competências Pessoais* conforme suas respectivas justificativas, construídas pelos cirurgiões dentistas da atenção básica, a partir das quatro competências, a seguir:

(5e) Criatividade e Capacidade de Adaptação e (8g) Criatividade com iniciativa e flexibilidade;

(4g) Liderança;

(7g) Segurança e Confiança

6.2.3.1. *Criatividade e Capacidade de Adaptação e Criatividade com iniciativa e flexibilidade*

Justificou-se a inclusão das competências –*Criatividade e Capacidade de adaptação e Criatividade com iniciativa e flexibilidade* com percentuais de concordância iguais a 93.6 % e 97.9%, respectivamente, segundo a visão dos sujeitos do estudo.

A competência “*Criatividade e Capacidade de Adaptação*” é entendida como apropriada à prática da atenção básica, pois considera que: “promover atenção odontológica de qualidade e com criatividade, adaptando-se as condições oferecidas e motivar o usuário a cuidar de sua saúde bucal”.

Por sua vez, a competência *Criatividade com Iniciativa e flexibilidade* é concebida como a necessidade de incorporação às atividades desenvolvidas pelo CD, a partir dos seguintes fatores;

“Possuir visão estratégica, iniciativa, flexibilidade e de criação de soluções e novas alternativas, para melhor resolver a diversidade de desafios e de situações imprevistas presentes na atenção básica e também frente às subjetividades e reações diversificadas dos indivíduos”.

Navega (2000), insere os seguintes questionamentos: Por que criatividade é tão importante? Será que todos nós somos criativos? É algo que vem de berço ou se aprende? Pode ser cultivada, incentivada? Dá para ser criativo em uma empresa não criativa? O que é afinal criatividade?

O autor responde que são muitas perguntas, grande parte delas com várias respostas possíveis, e nenhuma resposta pode ser considerada a "melhor". Assim, considera que a criatividade é o típico conceito que resiste a definições e durante muito tempo temos visto aparecer diversos livros e manuais, na literatura, tentando apresentar visões pessoais (e algumas vezes idiosincráticas) sobre o assunto.

Nesta discussão, o enfoque é mostrar que criatividade pode ser encarada de uma maneira bastante diferente das tradicionais e de forma também fundamentada.

O autor faz um exercício interessante de observação da concepção de criatividade por vários ângulos, ou sob três pontos de vista mais importantes, dentre eles:

Sob o ponto de vista humano: criatividade é a obtenção de novos arranjos de idéias e conceitos já existentes formando novas táticas ou estruturas que resolvam um problema de forma incomum, ou obtenham resultados de valor para um indivíduo ou uma sociedade. Criatividade pode também fazer aparecer resultados de valor estético ou perceptual que tenham como característica principal uma distinção forte em relação às "idéias convencionais".

Sob o ponto de vista cognitivo: criatividade é o nome dado a um grupo de processos que procura variações em um espaço de conceitos de forma a obter novas e inéditas formas de agrupamento, em geral selecionadas por valor (ou seja, possuem valor superior às estruturas já disponíveis, quando consideradas separadamente). Podem também ter valor similar às coisas que já se dispunha antes, mas representam áreas inexploradas do espaço conceitual (nunca usadas antes);

Sob o ponto de vista neurocientífico: é o conjunto de atividades exercidas pelo cérebro na busca de padrões que provoquem a identificação perceptual de novos objetos que, mesmo usando "pedaços" de estruturas perceptuais antigas, apresentem uma peculiar ressonância, caracterizadora do "novo valioso", digno de atenção. (NAVEGA, 2000).

Consideramos que estes pontos de vista demonstram como é vasto o repertório de idéias que podem ser postas em conjunto para tentar explicar o que é o fenômeno criativo.

Adaptando estes pontos de vista para as competências aqui estudadas, sob a perspectiva da criatividade no contexto da saúde, entendemos como Navega (2000)

que dois fatores influenciam bastante a criatividade, sendo eles: primeiro - a necessidade (em conjunto com a habilidade perceptual); em segundo, a crítica dos pais ou parentes e amigos, no âmbito familiar, ou de pessoas com autoridade hierárquica superior na estrutura do trabalho.

Paradoxalmente, no contexto das necessidades de saúde, representada pelas inúmeras demandas do SUS, compreendemos que as mesmas podem tanto fornecer impulso positivo, quanto negativo, para o desenvolvimento de soluções criativas, na rede do sistema de saúde.

Na perspectiva do impulso positivo para o desenvolvimento da criatividade, temos, por exemplo, o desenvolvimento do fio dental alternativo (a partir do saco de sal ou saco de leite), a técnica de aplicação tópica de flúor, com escovas de dentes, como método coletivo acessível e de baixo custo, dentre várias outras alternativas criativas e viáveis.

E por sua vez, no âmbito do trabalho, reforços negativos, pois há a imposição de normas e regras fixas, pouco flexíveis as realidades locais, no processo de trabalho, que em algumas vezes, pode reprimir o fluxo criativo de pensamento e de execução de práticas sanitárias mais criativas. Podemos citar como exemplo a implementação de alguns programas verticais do SUS, que impedem ou dificultam o atendimento à demanda espontânea, restringindo e não realizando uma atenção balanceada que equilibra a livre demanda com a programada.

Entendemos que a criatividade pode servir para explorarmos o desconhecido (minimizar as iniquidades do sistema de saúde, por exemplo), e para isso precisamos ter em mente que freqüentemente vamos errar. Tentar e errar faz parte do processo criativo (desde que implementado de forma planejada e responsável e não intempestiva e negligente) e um dos pontos básicos para ampliarmos nosso potencial criativo é justamente reconsiderarmos nosso "medo" de errar, talvez transformando a palavra em "testar" ou "projetos pilotos".

Cada "projeto piloto" malsucedido que fazemos conseguimos novos elementos para nosso aparelho perceptual (mais ligações de causa/efeito, mais identificação de correlações, mais micro-regras unindo partes do problema, mais conhecimento sobre partes montando um todo, etc). Eles enriquecem nossa percepção de forma que possamos ter melhores chances de simular o mundo (por exemplo, um SUS

mais eqüitativo e acessível de forma integral) em futuras situações e provavelmente de aperfeiçoarmos a construção de um sistema de saúde mais eficiente, a partir da potencialização de nossa criatividade na atenção básica.

Por outro lado, explorando a competência *capacidade de adaptação*, observamos que a necessidade de levar os serviços a pessoas, por exemplo, que vivem em áreas mais remotas apresenta suas próprias dificuldades. Mas, com previsão e capacidade de adaptação, os programas podem organizar o trabalho de forma a tornar os serviços mais acessíveis e convenientes. Por exemplo, a unidade de saúde mudar o horário do serviço de forma a atender aos clientes das áreas rurais ou a equipe de uma determinada unidade de saúde ajudar a comunidade a convencer o prefeito, a mudar o horário do transporte coletivo, para melhor atender às necessidades desses usuários.

As organizações de saúde precisam enfrentar também as perdas temporárias e permanentes de pessoal. Quando ocorrem estas situações, o trabalho a executar pode ser reorganizado e as tarefas específicas alocadas a outras pessoas, de forma a manter a continuidade dos serviços. Uma forma de garantir que outras pessoas possam substituir um profissional e de prestar um serviço básico quando este não estiver disponível, é treinando equipes ao invés de treinar apenas as pessoas, ou seja, promove a capacitação da instituição como um todo.

Enfim, precisamos refletir, conforme acentua Deluiz (2000), que no contexto de crise da sociedade do trabalho ocorre um fenômeno paradoxal: a ampliação do desemprego e do trabalho precarizado e informal, e, simultaneamente, a emergência de um trabalho revalorizado, no qual o trabalhador polivalente, multiquificado deve exercer cada vez mais, funções abstratas e executar, cada vez menos, trabalho manual.

A autora complementa que a complexidade advém do fato de que é preciso lidar não só com símbolos e signos, mas com o novo o incerto e o aleatório nas atividades de trabalho. Assim, as novas exigências do trabalho, em especial o da saúde, requerem não só uma flexibilidade técnico-instrumental como também a flexibilidade intelectual e a criatividade, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), reconhece a necessidade de desenvolvimento da competência categorizada como pessoal, referente à criatividade e flexibilidade, a ser incorporada pelo profissional, tendo em vista as alterações contextuais do mundo moderno: “reconhecer suas limitações e estar adaptado e flexível face às mudanças circunstanciais”.

6.2.3.2. Liderança

Justificou-se a inclusão da competência *Liderança* com percentual de concordância igual a 97.1%, através da seguinte argumentação:

“Comunicar-se com clareza, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e motivando todos do grupo. Reconhecer o momento certo para agir adequadamente e ter disponibilidade para assumir compromissos junto à equipe de trabalho”.

Azevedo (2002), reconhece a liderança como fator fundamental para enfrentar as dificuldades de implementação de processos de mudança nas organizações públicas de saúde – incluindo aspectos relativos à organização da assistência, sua humanização e a busca de maiores níveis de responsabilidade institucional para com os seus resultados.

Neste sentido, é necessário admitir os limites das ferramentas gerenciais para viabilizar tais processos, especialmente no que se refere à problemática da relação dos indivíduos nas organizações, subjacente às questões da participação, compromisso e adesão dos funcionários a um determinado projeto institucional.

Ainda segundo esta mesma autora, o conceito de liderança envolve, em suas definições mais usuais, três elementos: influência, grupo e objetivo. Os líderes tratariam de influenciar, induzir e impactar o comportamento de outros, processo que se dá em um contexto grupal. O último elemento envolve a idéia de direção – o comportamento dos membros do grupo é influenciado no sentido de determinados objetivos.

A partir dos anos 80, as definições empregadas utilizam a idéia da “gestão do simbólico”. A característica fundamental da liderança, na perspectiva simbólica, seria promover valores que forneçam significados partilhados sobre a natureza da organização (BRYMAN, 1996).

Desta forma, o líder conforma o sentido de direção e propósito através da articulação de uma visão de mundo. (Zaleznik apud Bryman, 1996), enfatizando a compreensão da gestão pelo simbólico, aponta os líderes como aqueles que “mudam a forma das pessoas pensarem sobre o que é desejável, possível e necessário”.

Consideramos, conforme concebe Azevedo (2002) que, possivelmente, o exame da liderança em nossas organizações públicas de saúde deva explorar a hipótese de convivência de lideranças de grupo, como fenômeno disperso, com a presença do dirigente/ líder representando a possibilidade de condução democrática, permitindo a identificação, cooperação e algum nível de coesão dos seus membros.

Concordamos com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), que define a necessidade de desenvolvimento da competência e habilidades gerais referentes a liderança com base no bem estar da comunidade e no envolvimento da responsabilidade social. Entende que a liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

Além disso, na perspectiva de consolidação do SUS, no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade.

6.2.3.3. Segurança e Confiança

Justificou-se a inclusão da competência *Segurança e confiança*, com percentual de concordância igual a 97.6%, através da seguinte argumentação: *“Agir de forma segura, firme, competente e confiante, aliando-se ao usuário e a equipe, favorecendo a colaboração máxima aos procedimentos e tratamentos prescritos”*.

Segundo Farias (2001), em qualquer sociedade e período histórico as pessoas estão expostas, tanto individual quanto coletivamente, a fenômenos que ameaçam sua reprodução material e social, sendo que a percepção dessas ameaças assim como a natureza e abrangência das mesmas ganham contorno diferenciados no tempo e no espaço.

Ainda segundo este autor, a possibilidade dessas ameaças potenciais atingirem efetivamente uma dada realidade, provocando-lhe alterações funestas, chamamos

risco. A sensação de segurança, por sua vez, está diretamente relacionada às percepções e representações sobre o volume e a intensidade dos riscos aos quais esses indivíduos e coletividades encontram-se expostos, em síntese, à representação de sua vulnerabilidade.

Do ponto de vista dos indivíduos, o sentimento de segurança é abalado, em maior ou menor grau, de acordo com as representações que eles conferem aos riscos, difusos ou pontuais, que se associam ao contexto no qual estão inseridos.

No campo da prática da saúde bucal coletiva, destacamos alguns riscos que o CD está exposto, dentre eles: faltar-lhe, por diferentes razões, consistência técnico-científica em relação a alguns procedimentos técnicos; ausência de habilidades e competência para liderança e o trabalho em equipe.

Assim, a própria idéia de segurança, como algo passível de ser identificado e sentido como tal pelo sujeito, só se torna possível através de uma condição ou sentimento que a ela se contraponha. Desta forma, segurança e risco são categorias indissociáveis, que produzem seus sentidos na relação existente entre elas.

Podemos afirmar que a segurança pressupõe certa crença na estabilidade e previsibilidade do ambiente (do contexto) de ação, de modo a manter mais ou menos sob controle os riscos potenciais (Giddens, 1991).

Contudo, temos que ser cômicos de que as práticas de saúde, desenvolvidas no contexto do SUS, exigem a competência do saber-fazer, do saber-conviver e do saber-aprender em circunstâncias que refletem as características da pós-modernidade, dentre elas o fato de que as turbulências e as imprevisibilidades fazem parte da normalidade, trazendo-nos o sentimento de insegurança e de necessidade de reconstruir cotidianamente.

A noção de segurança diferencia-se bastante da de *proteção* embora haja algum grau de relação entre ambas. A idéia de proteção, largamente utilizada nos estudos sobre *Welfare State* e sobre políticas sociais de uma forma geral, faz menção à construção de mecanismos concretos que visam atenuar ou eliminar as conseqüências do desenvolvimento capitalista, sociais e politicamente reconhecidas como negativas.

Nesse sentido, a proteção é um elemento externo ao sujeito e possui, via de regra, uma materialidade própria; não é uma experiência subjetiva, mas sim um estado de coisas (leis, instituições, procedimentos, ações etc.).

Assim, os mecanismos de proteção relacionam-se com a noção de segurança na medida que compõem ou modificam o contexto no qual os indivíduos se inserem objetivando atenuar os riscos potenciais.

Contudo, a sensação de segurança é produto da mediação subjetiva operada pelo sujeito posto em contato com os eventos e processos que caracterizam o contexto específico em que ele está inserido, dentro do qual a existência de algum mecanismo de proteção constitui apenas um entre vários elementos (Farias, 2001).

Ainda segundo Farias, a segurança é uma experiência subjetiva que reflete a interação entre o conjunto de características particulares de cada sujeito (socioculturais, econômicas, psicológicas etc.) e um dado contexto. Este conjunto de características individuais já é, em si, um produto complexo derivado de diversas outras inserções em diferentes contextos sociais. Os sujeitos não apenas participam de contextos sociais diferentes como também participam diferentemente de um mesmo contexto.

Compreendemos que a partir destes aspectos analisados, decorre o fato de que a segurança, como experiência do indivíduo e no campo da saúde, não seja algo que possua um conteúdo fixo, idêntico ou facilmente intercambiável para diferentes sujeitos sociais.

6.2.4. Competência do Cuidado

Esta categoria define-se, segundo a Resolução nº 4/ 199 da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2000), como:

A capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.

Agrupamos as *Competências do Cuidado* conforme suas respectivas justificativas, construídas pelos cirurgiões dentistas da atenção básica, em duas competências, a seguir:

(12e) Acolhimento ao Usuário e (6g) Humanização

6.2.4.1. *Acolhimento ao Usuário e Humanização*

A competência específica com maior percentual de concordância - *Acolhimento ao usuário* (99.6%), justificou-se, com o seguinte argumento:

“A promoção de atenção e respeito ao usuário, desenvolvendo o seu comprometimento com o tratamento proposto, considerando que a prática odontológica tem procedimentos invasivos que geram, em algumas condições, incômodo, dor e sofrimento. Acrescenta-se a estes fatores, o entendimento de que o usuário é um ser integral sendo necessário o conhecimento geral de sua saúde e de todo seu contexto”.

A competência Geral Humanização selecionada neste estudo com percentual de concordância (97.4%), foi justificada, pelo grupo de sujeitos da pesquisa com o seguinte argumento:

“Acolher, escutar, examinar, investigar e tentar resolver ou conduzir os problemas junto aos usuários dos serviços de saúde, com respeito e dignidade. Respeitar os saberes, crenças, valores culturais e morais dos usuários. Ter atitude comprometida e visão integral do usuário na resolução ou condução de seus problemas, através do encaminhamento para outras instâncias, disponibilizando métodos educativos e de informação”.

Vale ressaltarmos que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), inclui em seu artigo 3º, objetivos claros para o perfil do graduando do Curso de Odontologia, com base em uma formação, além de generalista, *humanista*, crítica e reflexiva, conforme pode ser visto na reprodução do referido artigo, a seguir:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, **humanista**, 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.

Ainda dentre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), chama a atenção o desenvolvimento das competências e habilidades do estudante que o levem a:

(...) atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, **sensibilizada e comprometida com o ser humano**, respeitando-o e valorizando-o;

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), determina o Acolhimento como um dos princípios norteadores das ações de saúde bucal na perspectiva do cuidado, a partir da seguinte definição de acolhimento:

(...) desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

Por sua vez, o documento final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005), reconhece em seu eixo temático, intitulado – *Educação e construção da Cidadania*, o *cidadão como foco* da ação do Estado:

No Brasil, os contextos político, econômico e social impõem transformações, com vistas à construção de um modelo de Estado que reduza o enorme déficit institucional, tendo no **cidadão o foco** da ação pública.

Compreendemos que para o cidadão tornar-se o foco da ação pública, dentre outras medidas, isto se concretiza, fundamentalmente com um profissional cirurgião-dentista, com formação humanista, que valorize a responsabilidade social, e desenvolva a competência do cuidado, inclusive acolhendo o usuário dos serviços de saúde.

Deluiz (2000), entende que a noção de competência humana é fundamental na área da saúde, na medida em que a nova visão de qualidade em saúde considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática profissional, mas inclui a *humanização do cuidado* na perspectiva do cliente.

Nesta mesma linha, Demo (1994) compreende o desempenho ético, comprometido com a vida, com o outro (colega, a equipe e o *usuário*), como uma competência política, para o trabalho em saúde, voltada para o trabalho humanizado, que qualifica a referida competência.

Assim, este autor salienta que a competência política humanizada revela-se naquelas atitudes que vão além do que um curso centrado estritamente nas técnicas perfeitas e rápidas possa assegurar, sem significar de forma alguma a negação da importância das mesmas como parte da competência formal necessária.

Esperamos que o fato da *competência Acolhimento ao usuário* ou *Competência do Cuidado*, ter apresentado os maiores percentuais de concordância, dentre as 20

competências estudadas, estejam apontando para a incorporação, real, gradual e coletiva, da *competência do cuidado*, que se caracteriza, pela superação da aplicação isolada de medidas de prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal, somando atitudes de compromisso e responsabilidade com a integridade e a dignidade do usuário nos serviços de saúde, por intermédio da categoria profissional aqui estudada.

Com certeza, se há um campo no qual os problemas reais estão fortemente ávidos de enfrentamento competente, esse é o *cuidar em saúde* para todos os profissionais do SUS, e representa um dos componentes fundamentais para o salto de qualidade necessário e desejado para qualificar sua atenção básica.

A APS além de reduzir a internação hospitalar e a atenção terciária de forma geral, reduz as consultas que se caracterizam como emergência e urgência, mas principalmente assume a coordenação do cuidado no campo de ação das equipes de saúde da família. As relações da APS com os outros níveis do sistema não devem continuar se constituindo em encaminhamentos que não se efetivam. Assim, entendemos que a coordenação estando sob responsabilidade das equipes de saúde da família pode representar uma alternativa para a exigência da qualidade do cuidado nos outros níveis de atenção, a partir de profissionais cômicos dos atributos da APS.

Ayres (2005) considera que o conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso.

Observamos que embora muito já tenha sido feito em termos da discussão e reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços, há, comparativamente, ainda escassos trabalhos sobre as bases teóricas e filosóficas para as mudanças propostas sobre humanização.

Este mesmo autor concebe a humanização, como valor, que aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES apud AYRES, 2005).

Assim, pondera que quanto mais formos capazes de identificar e trabalhar esses aspectos, tanto mais seremos capazes de reconstruí-los.

Ainda segundo Ayres (2005), a humanização, aspira a uma ampliação de horizontes normativos capaz de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico estrito dos riscos, disfunções e dismorfias. Mas também quer fugir, de outro lado, a uma ampliação excessivamente abstrata desse horizonte, tal como vimos acontecer na clássica definição da saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social" difundida pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70 (Alma-Ata, 2001).

Com efeito, sem desconsiderar a importância política que esta definição teve e continua a ter no cenário da saúde pública mundial, é preciso reconhecer que a concepção de saúde como um "estado" de coisas, e "completo", imprime uma tendência naturalizante, uma visão essencialista ao conceito de saúde.

Obstaculiza-se, sob essa visão, a identificação clara dos horizontes normativos dessas práticas, já que estes, como quaisquer horizontes, devem mover-se continuamente, conforme nós próprios, seus sujeitos, nos movemos - não é um estado, portanto, mas um devir. Da mesma forma, não podem nunca estar completos, pois as normas socialmente associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente - é incompleto, portanto, é sempre um projeto em curso (AYRES, 2004).

Por outro lado, Deslandes & Ayres (2005) contextualizam que diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no País, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre a qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito de maneira indissociável ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, profissionais de saúde, gestores ou técnicos.

Assim, o debate que envolve a humanização aposta em processos relacionais re-significados, tendo como horizonte uma maior reciprocidade entre as expectativas de vida, de felicidade e a produção dos cuidados. O processo terapêutico, neste

sentido, ganha em validade cultural e afetiva, ampliando sua legitimidade (DESLANDES & AYRES, 2005).

As análises de Deslandes demonstram que os sentidos da humanização encontrados nos documentos do MS convergem, em última instância, para uma mesma grande questão: relações. O objetivo principal do Projeto Nacional de Humanização (PNHAH) seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias) (DESLANDES, 2004).

Teixeira (2005) concebe que a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para (1) a "democratização das relações que envolvem o atendimento", (2) o "maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente", (3) o "reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais", ou ainda, o "reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico". Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir "uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo" (DESLANDES, 2004. Grifos de Teixeira).

Por sua vez, Benevides & Passos (2005), consideram que no momento em que se assume a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde urge que o conceito de humanização seja reavaliado e criticado para que possa efetuar-se como mudança nos modelos de atenção e de gestão. Tal urgência se configura pela banalização com que o tema vem sendo tratado, assim como pela fragmentação das práticas ligadas a programas de humanização. Trata-se de um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde.

Os autores afirmam que não há como garantir uma política nacional de humanização da saúde sem que se confronte com o tema do humanismo no contemporâneo. Esta tarefa não é simples, já que o pensamento no século 20 foi fortemente marcado por uma crítica anti-humanista que deve agora ser retomada para que possamos nos reposicionar.

Consideramos que o fato de o SUS ter se constituído como um texto legal, sua dimensão "de direito", "cuidado" e "humanização", na experiência concreta se dá como o movimento contínuo de reflexão crítica e reinvenção do próprio SUS.

6.2.5. Competências Organizacionais e Metódicas

Esta categoria define-se, segundo a Resolução nº 4/ 199 da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2000), como:

A capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.

Agrupamos as *Competências Organizacionais e Metódicas* conforme suas respectivas justificativas, construídas pelos cirurgiões dentistas da atenção básica, em duas competências, a seguir:

(4e) Planejamento em Saúde e (3g) Gerenciamento e Organização

6.2.5.1. Planejamento em Saúde e Gerenciamento e Organização

Justificou-se a inclusão das competências – *Planejamento em Saúde e Gerenciamento e Organização* com percentuais de concordância iguais a 93.3 % e 97.1%, respectivamente.

Segundo a visão dos sujeitos do estudo, a competência *Planejamento em Saúde* é apropriada a prática odontológica na atenção básica, pois esta referida prática exige do CD:

"Realizar o planejamento das ações de forma integral, juntamente com a equipe de trabalho e a comunidade, atuando no momento adequado, ocorrendo economia de tempo e recursos, evitando transtornos e resultando em tratamento êxito".

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002) define Administração e Gerenciamento, como:

Os profissionais 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.

Segundo Pinto (2000), o futuro é o desconhecido, mas com certeza será diferente do presente. O reconhecimento desta verdade aparentemente tão elementar conduz as

duas atitudes possíveis, uma, passiva, de espera pelo que virá a acontecer; a outra, ativa, de antecipação e de preparação lógica a fim de enfrentar da melhor maneira possível a mudança inevitável. Esta segunda posição é que dá origem (junto com a curiosidade pela exploração do futuro) ao planejamento, que pode ser definido como o processo lógico pelo qual se procura prever racionalmente o amanhã.

Assim, conforme a concepção deste autor planejar é o mais elementar requisito da administração, visto que significa, em suma, não mais que ordenar de forma sistemática a conduta de cada um, da empresa ou organização, para alcançar uma nova realidade, melhor que a atual.

Nesse sentido, a qualificação de “estratégico” adicionado ao termo “planejamento” significa que este assume necessariamente um caráter conjuntural, amplo, no qual as análises ligadas às causas, efeitos e soluções possíveis dos problemas procuram abranger o maior número de variáveis relacionadas, buscando compreender cada situação dentro do ambiente social, e econômico e político em que ocorre.

Pinto (2000) sugere para a prática da saúde bucal, quatro momentos ou fases, visando uma melhor compreensão do método de planejamento, que é uma adaptação a partir de diversos autores contemporâneos como Munoz Amato (1966), Carvalho (1976), Bromley e Bustelo (1982), Matus (1993), Testa (1981, 1992), Oliveira (1997), Uribe Rivera (1992) e ainda de publicações específicas da CEPAL (1993) e da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1989). Assim, as quatro instâncias do planejamento, são:

- *Compreensão da realidade*: reside na obtenção de informações gerais, epidemiologia, oferta de serviços odontológicos e informações qualitativas, que permitam a correta compreensão da realidade;
- *Hierarquização dos problemas e definição de diretrizes*: inclui o estabelecimento de objetivos, a especificação de prioridades e de diretrizes;
- *Elaboração e Execução de Programação*: elaboração de um plano que vise a melhoria das condições de saúde bucal da população pode comportar mais que um programa, e cada programa deve ser detalhado em termo de projetos específicos por atividade, e em seguida compor a estruturação de protocolos clínicos;

- *Acompanhamento e Avaliação*: toda ação deve ser acompanhada de modo crítico para que as correções necessárias se procedam no momento oportuno e promovam a comparação entre objetivos estipulados e metas que foram atingidas.

Por sua vez, a competência - *Gerenciamento e Organização*, se justificou neste estudo, através do seguinte argumento:

“Administrar de forma adequada e organizada da atenção odontológica, considerando que no Sistema Único de Saúde (SUS) sempre se depara com uma diversidade de problemas, inclusive a demanda reprimida para o atendimento em saúde bucal”.

Compreendemos que há a necessidade para efetivação das estratégias do SUS, de implementação das quatro instâncias do planejamento e que o mesmo, no campo da saúde, constitui-se de processos de formulação, implementação, planejamento e administração das políticas, sistemas, serviços e práticas de saúde. Inclui a organização dos serviços de saúde, bem como a articulação das práticas de saúde (individual e coletiva) nos níveis central, regional e local do sistema.

Considerando esta forma de conceber o planejamento, de forma estratégica, aliando a contextualização da realidade, a hierarquização dos problemas, para então, partir para elaboração e execução da programação, e finalmente propor sua avaliação e acompanhamento, reconhecemos que assume importância indispensável o desenvolvimento das competências planejamento, gerência e organização, na prática da atenção básica em saúde e conseqüentemente na formação do cirurgião-dentista.

Em todo mundo se discute e se pratica uma reordenação produtiva e gerencial que vem ancorada nas novas tecnologias de informação, comunicação e informática, evidenciando outros referenciais de espaço e tempo. Desta forma, trazer à discussão questões relacionadas ao planejamento e gestão, como uma das áreas da saúde coletiva brasileira torna-se indispensável, especialmente na atenção primária em saúde.

Esta área "planejamento e gestão" pode ser vista como um conjunto bastante amplo de produções técnico-científicas que, de modo mais tradicional, pertenceu a uma das divisões da saúde coletiva já denominada "Planejamento e Administração em Saúde".

Matus (1993), acredita que com a introdução de novas práticas gerenciais será possível viabilizar uma alta qualidade da gestão. Estas novas práticas gerenciais se confundem com a proposta de seu sistema de direção estratégica que, deve ser apoiado por outros como o planejamento estratégico, sistema de informações, etc.

A recomendação explícita é de que essa construção siga o modelo de uma reforma organizativa vertical, no sentido de uma reforma radical e seletiva em todos os sistemas relevantes da organização simultaneamente, dada à mútua dependência de todos os subsistemas, cada um gerando demandas para os outros.

Consideramos que as condições políticas, institucionais, jurídicas e financeiras construídas em dezoito anos de implementação do SUS, vêm contribuindo significativamente para o estabelecimento de caminhos promissores para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para uma maior governabilidade setorial na garantia do direito à saúde.

No entanto, segundo Lucchese (2003), tais mudanças ainda não resultaram em redução substantiva das desigualdades em saúde no país. Estudos recentes evidenciam a persistência, ao final dos anos 90, de importantes iniquidades relacionadas 1) à distribuição espacial da oferta de recursos humanos e de capacidade instalada; 2) ao acesso e utilização de serviços (públicos e privados); 3) à qualidade da atenção recebida; e 4) às condições de vida e de saúde da população nas diferentes localidades (Duarte, 2000; Viana et al., 2001; Mello Jorge, Gotlieb & Laurenti, 2001; Araújo, 2001; Duarte et al., 2002, apud Lucchese).

Abordar a equidade nesse novo contexto da gestão da política de saúde e do Sistema Único de Saúde, conforme afirma Lucchese (2003) não é tarefa fácil porque exige um esforço de reflexão que reconheça o "clima e o terreno" do novo ambiente de gestão descentralizada em que se processam as tarefas públicas. Este esforço requer uma revisão conceitual que não somente aperfeiçoe o já avançado mapeamento das desigualdades no país, como simultaneamente auxilie na identificação das tarefas de gestão necessárias para reduzi-las.

Enfim, entendemos a gestão pública como o espaço de tomada de decisões a partir da mediação entre as necessidades/demandas sociais e a administração dos recursos governamentais disponíveis, caberia, portanto, explorar o conceito de equidade na gestão descentralizada do SUS como concebe Lucchese (2003):

(...) a igualdade de condições e oportunidades, entre todas as unidades político-administrativas da Federação Brasileira, para a realização dos "funcionamentos" e para o desenvolvimento das "capacidades" necessárias à organização e implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população em cada local.

6.2.6. Competência Sócio-Política

Esta categoria define-se, segundo a Resolução nº 4/ 199 da Câmara de Educação Básica (BRASIL, 2000), como:

Capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

Incluimos a Competência (1e) Responsabilidade Social nesta supracitada categoria.

6.2.6.1. Responsabilidade Social

A competência específica com menor percentual de concordância - Responsabilidade social (83.1%), foi justificada como apropriada pelos sujeitos deste estudo, com o seguinte argumento:

Considerando o extenso conhecimento técnico-científico apreendido durante a formação odontológica, o cirurgião-dentista deveria promover saúde, de forma contínua, independente da remuneração profissional, demonstrando responsabilidade social.

Consideramos que a competência Responsabilidade Social é pertinente também a categoria - *Competências Sociais*, da Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, que explicita as competências profissionais de nível técnico e a normalização das competências gerais e específicas, que se define como:

Competências sociais: a capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos em fontes, meios e recursos diferenciados – nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), o profissional deverá reconhecer a saúde como:

(...) direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Além disto, estas diretrizes curriculares supracitadas enfocam o exercício da profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social e estimula a busca pela melhoria da percepção e providências no sentido de encontrar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e das necessidades globais da comunidade.

Segundo Deluiz (2000), no contexto atual da crise da sociedade do trabalho assalariado e do trabalho prescrito, o modelo de competência expressa uma profunda modificação na organização do trabalho e nas relações sociais dentro da empresa.

Para Zarifian (1998), a competência é compreendida como:

(...) um assumir de responsabilidade pessoal do assalariado frente às situações produtivas. Assumir responsabilidades quer dizer uma atitude social de tal sorte que o assalariado vai, por conta própria, tentar atingir o complexo de performances que ele deverá respeitar e tentar enfrentar, sempre a partir de si mesmo, os eventos que ocorrem de forma imprevista na situação produtiva. (...) Este assumir de responsabilidade é uma atitude social de implicação (de engajamento), no sentido em que mobiliza fortemente a inteligência e a subjetividade da pessoa. Significa também assumir riscos, pois toda pessoa que aceita assumir responsabilidades corre o risco de fracassar, de 'não estar à altura', e, então, de sofrer uma avaliação negativa por parte da hierarquia e de colegas de trabalho.

Segundo as diretrizes do Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior, referente à Resolução CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), a formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de diversas competências e habilidades específicas, incluindo em seu artigo V a seguinte visão de responsabilidade social: "(...) exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social".

Nessa perspectiva, consideramos que a competência responsabilidade social, apesar de incluída pelos participantes da pesquisa, com 83.1% de concordância, se destaca como a competência com menor aprovação de concordância, e que esta posição conquistada, dentre as 20 competências analisadas, tem um significado e uma representação social.

Além, das condições supracitadas por Deluiz, que estabelece o contexto de crise econômica e do trabalho em que se exige a competência de responsabilidade social

e Zarifian que percebe a decisão de assumir responsabilidades como uma atitude social, compreendemos que esta competência - responsabilidade social, faz parte de uma das competências que apontam para a necessidade de investimentos em “organizações qualificadoras”, ou seja, Instituições de Ensino que se proponha a promover espaços formativos que desenvolvam esta competência como um valor, que mobiliza e articula os profissionais de saúde em situações concretas do cotidiano.

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), reconhece como eixo das ações de saúde bucal – a Responsabilidade Profissional, e a define como:

(...) 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.

Devemos, com certeza, buscar maior engajamento social do profissional da saúde, propiciando a valorização, pelo cirurgião-dentista, da sua contribuição com a sociedade nos aspectos da saúde bucal, independente de seus vencimentos, mas sim como um valor societário intrínseco ao profissional de saúde, que promove mudanças no comportamento mais saudável e na convivência mais adequada entre os cidadãos.

Enfim, preparar um profissional cirurgião-dentista, que desenvolva o exercício da profissão de forma articulada ao contexto social, com competência para compreensão de seu papel no mundo e na sociedade, sob a perspectiva do valor da responsabilidade social, em busca de soluções para os problemas de saúde bucal, sob a ótica da promoção e prevenção em saúde.

Em síntese, compreendemos que a odontologia brasileira está em acelerada e irreversível reorganização, apesar dos cirurgiões-dentistas não estarem cientes desta nova situação da categoria, frente a um cotidiano que ela, apesar de *sentir e sofrer*, não é ainda capaz de compreender e explicar com clareza para inserir medidas para transformá-la.

Esta situação se coloca como muito confusa e equivocada e temos um modelo hegemônico de atenção e formação odontológica que mantém um referencial teórico

nos cursos de odontologia em que os estudantes, em sua grande maioria, não são estimulados a refletir criticamente sobre a sucessão de fatos, com as interfaces necessárias com as questões sociológicas, antropológicas, históricas, econômicas e políticas.

Assim, há a necessidade premente de introduzir e implementar novas bases, que forneçam instrumental crítico necessário ao desempenho da profissão, reduzindo ou problematizando o impacto negativo que a atual formação tecnicista, hegemônica, vem acarretando à prática odontológica.

As novas bases do SUS e da inserção da Equipe de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família apontam para o desenvolvimento, concomitante, além das competências técnicas e de serviço, das pessoais, das comunicativas e, fundamentalmente, a valorização das competências sócio-políticas.

A competência correspondente ao menor percentual de concordância neste estudo se refere à competência específica denominada - *Responsabilidade social* e por outro lado, a competência que apresentou a maior concordância se refere à competência específica *Acolhimento ao usuário*.

Assim, há uma tendência destes sujeitos do estudo em valorizar as competências práticas, técnicas, pessoais, comunicativas, do cuidado e organizacionais em detrimento de competências sócio-políticas, ou seja, reforçando novamente um grupo que não foi estimulado a capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

Por outro lado, foram preparados e instrumentalizados tecnicamente para realização dos procedimentos odontológicos com enfoque para o indivíduo, na esfera privada e não com enfoque simultâneo para a coletividade, na esfera pública.

Um dado bastante positivo se refere à valorização, neste estudo, da competência do cuidado. Nesse sentido, entendemos que o processo sócio -cultural e histórico da saúde pública, contexto destes sujeitos do estudo, como prática humanista por excelência, requer conhecimentos, técnicas e uma prática de serviço baseada em valores como a consideração à vida e à saúde como bens supremos do ser humano, dotado de direitos e responsabilidades, a solidariedade, a utilização eficiente dos

recursos disponíveis, a participação e a equidade no acesso aos bens e serviços que produzem saúde conforme afirma Macedo (2001).

Os atributos da APS em interface com os princípios do SUS devem, indubitavelmente, ser incorporados na formação, capacitação e ação do profissional de saúde, para o alcance da atenção básica de qualidade. Dentre estes atributos essenciais salientamos o acesso ao 1º contato, a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação, a orientação familiar e comunitária e a competência sócio-política.

A ampliação do acesso tem o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propondo duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. Nesse sentido, ações de saúde bucal também estão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo estas duas linhas.

Salientamos também a co-existência de diferentes dimensões da competência, as quais, em conjunto, ajudam a humanizar o conhecimento, ao vinculá-lo aos seus fins político-sociais, sendo necessário garantir a competência formal-técnico científica, e no caso da profissão odontológica, inclusive, promovendo o desenvolvimento das habilidades manuais (psicomotoras), mas, alertamos que isto não basta, ou seja, o desenvolvimento apenas desta dimensão da competência.

O entendimento da complementaridade da competência política faz-se fundamental, para a integralização da competência humana para o cuidar profissionalizado no SUS, como requisito para a efetivação da cidadania do trabalhador e do usuário do sistema. Essas dimensões da competência ajudam a humanizar o conhecimento ao vinculá-lo aos seus fins políticos sociais.

Entendemos, também, que a criatividade pode servir para explorarmos o desconhecido (minimizar as iniquidades do sistema de saúde, por exemplo). Tentar e errar faz parte do processo criativo (desde que implementado de forma planejada e responsável e não intempestiva e negligente) e um dos pontos básicos para ampliarmos nosso potencial criativo é justamente reconsiderarmos nosso "medo" de errar, talvez transformando a palavra em "testar" ou "projetos pilotos".

Além disso, na perspectiva de consolidação do SUS, no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade.

A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re) construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la, conforme afirma (AYRES apud AYRES, 2005).

Consideramos que o fato de o SUS ter se constituído como um texto legal, sua dimensão "de direito", "cuidado" e "humanização", na experiência concreta se dá como o movimento contínuo de reflexão crítica e reinvenção do próprio SUS.

A tônica das competências para o profissional de saúde, em especial o cirurgião dentista, perpassa pela busca de maior engajamento social, propiciando a valorização, da sua contribuição com a sociedade nos aspectos da saúde bucal, independente de seus vencimentos, mas sim como um valor societário intrínseco ao profissional de saúde, que promove mudanças no comportamento mais saudável e na convivência mais adequada entre os cidadãos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo constata a indispensável e urgente necessidade do desenvolvimento, conjunto, efetivo e integrado das competências técnicas, de serviço, pessoais, do cuidado, comunicativas e organizacionais e, fundamentalmente, promove um olhar crítico para a inevitável, implementação de esforços focados nas competências sócio-políticas, para os profissionais do núcleo da saúde bucal, especificamente o cirurgião-dentista, por intermédio da educação permanente no Sistema Único de Saúde – SUS e pelo ensino por competências na esfera da educação.

Compreendemos que na medida em que a nova visão de qualidade, de promoção em saúde e de revitalização da atenção primária em saúde, considera não só os aspectos técnico-instrumentais envolvidos na prática da profissão, mas inclui a noção de competência humana como fundamental, tanto no âmbito dos serviços, quanto no campo da educação, exige-se a inclusão da humanização do cuidado, na perspectiva dos usuários do sistema de saúde.

Certamente a competência política humanizada revela-se em conhecimentos, habilidades e atitudes do cirurgião-dentista, que vão além do que um Curso centrado estritamente nas técnicas funcionais, estéticas e imediatas possa assegurar. Contudo, não se propõe aqui negligenciar as competências técnicas e de serviço, pelo contrário, sugerimos o entendimento de que priorização não pode significar o desprezo e esquecimento do desenvolvimento de competências formais, que são desejáveis e imprescindíveis a partir de um contexto de implementação integrada ao conjunto das demais competências aqui estudadas.

Segundo Moysés (2006) (informação verbal)¹², “(...) não se pode prescindir das tecnologias (...), ou seja, no suporte para atenção primária, no apoio diagnóstico e terapêutico; as especialidades e aos níveis de complexidade. Não se pode criar esta falsa polaridade, como por exemplo, entre os que atuam na APS (Primaristas) versus especialistas, até porque muitos dos desafios da “humanização” podem passar por soluções tecnológicas, sejam elas leves, semileves, semiduras ou duras.

Então, chamamos a atenção para as Instituições de Serviço e de Ensino canalizarem esforços em busca de fortalecer os compromissos sociais e políticos mais relevantes para a categoria odontológica.

¹² Informação fornecida por Samuel Jorge Moysés no II Seminário Internacional de Atenção Primária- Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, em setembro de 2006.

Em linhas gerais, o que se busca é um cirurgião dentista com atitude social de implicação (de engajamento), no sentido em que mobilize fortemente a sua inteligência e a subjetividade em busca do fortalecimento de sua capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do mesmo, de ter autonomia de ação e compromisso social, desenvolvendo o exercício da cidadania, em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

A subjetividade aqui referida, conforme a concepção de Moysés (2006) (informação verbal) “(...) alia pensamento, afeto, sentimento e decisão, estando indissociavelmente interligados”. Refere-se a decisão no impacto não diretamente sobre o profissional de saúde, apesar do mesmo estar se construindo como sujeito, mas sobre a saúde, a dor, a morte e a vida de outros sujeitos sobre os quais está se tomando decisões.

Sendo assim, “(...) representa um caminho de envolvimento pessoal e de compromisso com o outro” (MOYSÉS, 2006) (Informação Verbal). Esta subjetividade não deriva de uma relação tipo sujeito-objeto, mas sim a partir do interior de uma relação intersubjetiva, que implica relação do tipo sujeito-sujeito, de alteridade e de autonomia.

O arcabouço jurídico, assim como o eixo filosófico, técnico e oficial para a implementação de novas bases, para a noção de competências, na esfera do trabalho e da educação, pertinentes ao profissional cirurgião-dentista, está posto.

No campo do trabalho, analisamos que desde a Política Oficial de Saúde – o SUS; a Política Nacional de Saúde Bucal; a Política de Recursos Humanos do Ministério da Saúde - A Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; a Estratégia de Saúde da Família; a (re) conceituação de saúde (no sentido do equilíbrio do ser “sociopsicosomático” e da qualidade de vida); assim como a emersão da noção de (re) vitalização da atenção primária em saúde, a partir da implementação efetiva de seus atributos; e a estrutura legal, referente ao estabelecimento de portarias que regulamentam a inclusão da saúde bucal, na estratégia de saúde da família, aponta, de forma complementar e sinérgica, conspirando a favor da transferência, na esfera do trabalho, da qualificação ao desenvolvimento de competências.

Por sua vez, no campo da educação, tanto a Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional, que postula sobre as competências profissionais de nível técnico na área da saúde e a normalização das competências gerais e específicas de educação (BRASIL, 2000); e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (CNE, 2002), estimulam o deslocamento, na formação do profissional CD, da noção de saberes ao desenvolvimento de competências.

Ressaltamos que o estudo de competências remexe com valores éticos e com a formação do profissional. Contudo, não foi objeto deste trabalho o aprofundamento das competências em nível de compromisso rigoroso com a reorganização curricular vigente no campo da saúde, mas certamente este estudo contribui com esta discussão, a partir da sistematização de saberes tácitos, ou seja, apreendidos através da experiência, estando ligados à vivência concreta do trabalhador em situações específicas, no caso, do cirurgião-dentista na atenção básica.

Assim, este estudo imergiu nas considerações do mundo do trabalho e buscou identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas para atuação do CD, na rede básica do SUS na região do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, importante, tanto econômica como culturalmente, no estado de Minas Gerais. Convictamente, podemos generalizar os resultados encontrados nesta região para a totalidade dos municípios brasileiros, respeitando suas especificidades epidemiológicas e regionais.

Finalizamos este estudo com a apresentação do “Decálogo do Cirurgião-Dentista competente, para atuar na atenção primária em saúde”, construído durante a trajetória desta tese, com base na percepção do grupo de cirurgiões-dentistas que vivenciam a realidade do SUS, em seus municípios e o apoio de documentos oficiais. Adaptamos a idéia de Decálogo da Integralidade, na perspectiva do usuário, desenvolvido por Moysés (2006) (Informação verbal).

Elaboramos, então, a partir das 20 competências construídas neste estudo, juntamente com o conhecimento científico acumulado disponível na literatura, apontamentos sobre as competências do profissional de saúde, em especial o cirurgião-dentista na atenção básica, a partir da seguinte indagação:

- Como identificar se realmente sou um profissional de saúde (cirurgião-dentista) competente, para atuar em atenção primária em saúde, na rede do SUS?

O processo de construção de competências a que se propôs esta tese permitiu-nos sintetizar e sistematizar em 10 (dez) as competências que expressam, no mundo do trabalho, especificamente no contexto do SUS, as competências necessárias ao profissional de saúde, enfocando neste momento o cirurgião-dentista com perfil para atuação na atenção básica.

“Decálogo do Profissional de Saúde (cirurgião-dentista) competente, para atuar na atenção primária em saúde”,

- 1. Acolher o usuário.** Conhecer a história de cada um deles, através da escuta, presente e atenta. Respeitar os 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;
- 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,** atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.
- 3. Dominar os conteúdos das atividades, das regras e dos procedimentos da sua área específica de trabalho.** No plano individual, realizar anamnese, diagnóstico e planejamento adequado (tendo visão do usuário em sua totalidade - indivíduo, família e comunidade), para execução correta e criteriosa dos procedimentos específicos odontológicos. No plano coletivo, dominar as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações e a capacidade de obter e usar informações. Definir prioridades, por intermédio de levantamento epidemiológico e com a utilização de protocolo de atendimento, favorecendo o sucesso do tratamento, evitando perdas, re-trabalhos e minorando insucessos. Submeter seus usuários/pacientes a sessões objetivas e úteis de tratamento, unindo individual e coletivamente, orientações preventivas, reabilitadoras e que estimulem a formação de um usuário autônomo, sujeito de sua saúde e cidadão. Promover informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e

resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo aos usuários fazer escolhas esclarecidas;

- 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.** Promover a interação com a comunidade que atua, reconhecendo as áreas e famílias em risco para doença bucal e por consequência promover as ações de atenção à saúde bucal, equanimemente. Desenvolver duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: por linhas de cuidado (reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso); e, por condição de vida (compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras). Articular possibilidades na esfera pública, filantrópica e privada, na tentativa de promoção e da garantia de linhas de cuidado progressivo, nos demais níveis de atenção para os usuários do SUS (prótese, endodontia, periodontia, dentre outras especialidades). Promover rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos;
- 5. Desenvolver o trabalho em equipe.** A atuação da equipe de saúde bucal (ESB) não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Ademais de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objetos das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção. Acrescenta-se a isto, promover a divisão de responsabilidades, a boa relação interpessoal, o suporte mútuo entre os profissionais e o esforço conjunto para o alcance dos objetivos traçados (e não os próprios interesses), tendo em vista a alta demanda e as necessidades acumuladas de atenção odontológica.

6. **Assumir posição de liderança, no trabalho em equipe multiprofissional.** Os profissionais de saúde bucal deverão estar aptos a 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. Comunicar-se com clareza, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e motivando todos do grupo. Reconhecer o momento certo para agir adequadamente e ter disponibilidade para assumir compromissos junto à equipe de trabalho.
7. **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.
8. **Promover saúde e ter postura e visão preventiva.** Inserir-se num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma, câncer, dentre outros) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. Promover apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que aumente a autonomia dos usuários.
9. **Estar sempre atualizado e ser capaz de aprender continuamente,** tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua

educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas 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.

- 10. Possuir responsabilidade e atitude social** de implicação (de engajamento), no sentido de mobilizar fortemente a sua inteligência e a subjetividade em prol da melhoria da saúde bucal da comunidade. Desenvolver a capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania.

Construir competências não é percorrer “trilhos”, são “trilhas”.

Quem trabalha na APS tem intrinsecamente todos os sonhos de transformação da APS, no sentido de oferta de ações em saúde de qualidade e com maior impacto junto à população. Nessa perspectiva, consideramos que se deve almejar, competente e insistentemente, a implementação de um sistema de atenção primária de altíssima qualidade, desvendando trilhas que concretizem estes sonhos.

O caminhar destas trilhas nos leva a consolidação do SUS. Nesse contexto, o desenvolvimento das competências, com certeza, é uma resposta positiva que contribuirá com o desafio de implementação efetiva deste sistema de saúde.

Compreendemos que as competências requeridas para o trabalho do cirurgião dentistas na atenção primária em saúde, se constituem e fazem parte, indispensável, junto a um conjunto de demais ações estratégicas, que possibilitam o suporte necessário para a construção do SUS, sendo que estas competências devem atender as necessidades de articulação da prática e da formação do CD, em uma perspectiva do cuidado à saúde e da responsabilidade social.

Finalmente, consideramos necessária uma reflexão central a partir deste estudo e da percepção do diagnóstico da APS concebido como problema complexo. Assim, entendemos que, conforme afirma Mendes (2006) “Problemas complexos são resolvidos com soluções complexas e sistemas”. Por muitas vezes, identificou-se no processo de desenvolvimento do SUS, várias tentativas de resolução de problemas complexos, com soluções simples, rápidas, de baixo custo e inadequadas.

Enfim, não há mistério nesta análise, ou seja, frente a um problema complexo exige-se respostas com soluções complexas.

A construção de competência representa uma resposta complexa e sistêmica e a nossa tese central constitui-se na seguinte concepção: para um problema complexo, como é o caso da construção das competências do CD na atenção primária, não basta enfrentá-lo com programas isolados como, por exemplo, a educação permanente ou um sistema de programação, portanto exige-se uma ação interventora eficaz, sobre o conjunto de causas que determinam a má qualidade e ineficiência da APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A CARTA de Ottawa. **Radis FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, maio 2000. P. 4.

Alma-Ata 2001. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978), pp. 15-17. In Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde.

ALMEIDA, M. **Diretrizes Curriculares dos cursos universitários da área da saúde**. Londrina: REDE UNIDA, 2003.

ALPERT, J.; CHARNEY, E. The Education of Physicians for Primary Care. Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, **Health Resources Administration**, 1974.

ANDRADE, F.M.O. et alli. **O programa de saúde da família no Ceará**. Fortaleza, SESA/UNICEF, 1998.

AYRES JRCM 2004. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação** 8(14): 73-91.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

AZEVEDO, C.S., Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2002.

BASTOS, A.V.B.; LIMA, A.A.B. **Trabalho e Educação: bases conceituais**. Educação Continuada em Contextos Organizacionais. Brasília: SESI, 2002.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

BESSA, K.C.F.O.; SOARES, B.R. **Considerações sobre a dinâmica demográfica na região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba**. Caminhos da Geografia 3 (6), jun., 2002.

BOTAZZO, C.; FREITAS, S. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: UNESP. 1998. 229 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área da saúde**. Brasília: OPAS, 1999. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Sistema Nacional de certificação profissional baseada em competências**. Brasília: [s.n], 2000. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. CONASEMS. **Legislação básica do SUS**. Brasília, [1999]. 171 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000**. Cria o Incentivo de Saúde Bucal que garante financiamento as ações da equipe odontológica do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe técnico institucional: programa saúde da família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.316-9. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde. **Informe de Atenção Básica**. n.7, mar., 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo7.pdf>> Acesso 20 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 267, de 06 de março de 2001. **Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica**. Brasília: 2001.

Disponível em: <www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo/amplo/portaria267/htm>. Acesso em 5 fev 2004.

_____. Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República. Brasil sorridente amplia atendimento. **Em questão**. Brasília, n.195, mai., 2004. Disponível em:<www.brasil.gov.br/emquestao/eq195.htm>. Acesso em: 10 nov 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2004

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso: 20 mai 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, em atuação - competência setembro/2004**. Brasília: 2004. Disponível em <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planilhpsf_setembro_2004.pdf>. Acesso em: 12 ago 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999. 33p.

_____. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social**, Brasília, DF, 2005. 148 p.

BRASIL. Lei 8080/90. **Lei orgânica da saúde**. Brasília, 1990.

BRYMAN, A. Leadership in organizations. In Clegg S, Hardy C & Nord W.R. (coord.). **Handbook of Organization Studies**. Sage, Nova York, 1996.

BROMLEY, R. e BUSTELO, E. **Política X técnica no Planejamento; perspectivas críticas**. São Paulo: Brasiliense/ UNICEF, 251 p., 1982.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 29 Jan 2007.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública em defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARDOSO, E.& MORENO, M.I. Opções ecológicas e turísticas da região do Triângulo Mineiro e adjacências. *Caminhos da Geografia*. 4 (10) 60-73, set. 2003.

CATANI, A.M. et al. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. **Revista Educação e Sociedade**, ago., 2001.

CEPAL. **La microplanificación: un método de planificación local com participación comunitária**. Comisión Económica para América Latina y Caribe, Santiago de Chile: LC/R. 1272, May., 43 p., 1993.

CNE. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. 2

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE). **ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse**. Geneva: Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003.

DELUIZ, N. **Formação do Trabalhador**: produtividade e cidadania. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

_____. A Globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do Senac**, v.22, n. 2, maio./ago., 1996.

_____. N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v.1, n.3, p.5-15, 2000.

_____. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação**: implicações para o currículo, 2003.

DEMO, P. **Educação e qualidade**. São Paulo: Papirus, 1994.

DEMO, P. **Educação profissional**: desafio da competência humana para trabalhar. In: Educação profissional: o debate da(s) competência(s). Brasília: Ministério do Trabalho, SEFOR, 1997.

DEPRESBITERIS, L. **Certificação de Competências**: a necessidade de avançar numa perspectiva for mativa. 2001.

DESAULNIERS, J.B.R. Formação, competência e cidadania. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, n 60, dez., 1997.

DESLANDES SF 2004. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 9(1):7-14.

DESLANDES, Suely Ferreira; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Humanização e cuidado em saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring**: an illustrated analysis. Ann Harbor: Health Administration Press, 1985. v.3.

DRUCK, G. Qualificação, empregabilidade e competência: mitos versus realidade. In: GOMES, A. (organizador). **O trabalho no século XXI**: considerações para o futuro do trabalho. São Paulo: A. Garibaldi; Salvador: Sindicato dos Bancários da Bahia, 2001. p. 81-90.

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. **Boletim Informativo da Rede IDA**, v. 9, n. 7, p. 6-7, 1992.

FARIAS, O.L. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.6 n.2 Rio de Janeiro 2001.

FERREIRA, R. A., 1997. **Odontologia: Essencial para a qualidade de vida**. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, 51:514-521.

FIBGE – FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censos demográficos**. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1970-1991.

_____. Censo demográfico, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso: 2001.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. **Estratégias empresariais e formação de competências**. Rio de Janeiro: Atlas, 2001. p. 64.

FRIGOTTO, G., Educação, Crise do Trabalho Assalariado e do Desenvolvimento: Teorias em Conflito. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (org.). **Educação e Crise do Trabalho: Perspectivas de Final de Século**. Petrópolis, Vozes, PP. 25-24, 1998.

GIDDENS A. **As conseqüências da modernidade**. Editora da Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 1991.

GÓES, A.O.S. **Qualificação profissional ou aquisição de competências? Tendências e perspectivas no setor bancário**: um estudo de caso no Banco do Brasil. Dissertação Mestrado UFBA-UESC-UESB, Salvador, 2003.

GONCZI, A. Competency based assessment in the professions in Australia. **Assess. Educ.**, v.1 n.1.p.27-44, 1994.

GONTIJO, L.P.T. **A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia**: estudo de uma experiência. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, 2002.

GOODMAN, C.M. The Delphi technique: a critique. **J. Adv. Nurs.**, v.12. n.6. p. 729-34, 1987.

GRANT, J.S.; KENNEY, M.R. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. **Nurs. Diagn.** v.3, n.1, p. 12-22, 1992.

LALONDE, M. A new perspective in the health of Canadians. Ottawa, Government Printing Office, 1974.

LEVY, M. **Improving the personal skills of graduates in transferable personal skills and higher education curriculum**. Sheffield. University of Sheffield, 1992.

LORD DAWSON OF PENN. Interim report on the future provisions of medical and allied services. London, United Kingdom Ministry of Health, Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

- LUCCHESI, Patrícia T. R.. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>
- MACEDO, C. G. La salud publica em lAs Américas: documento conceptual y operacional. In: OPS. **Educación en salud pública**: nuevas perspectivas para las Américas. Washington: OPS, 2001.p. 1-16.
- MACHADO, M. H. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil**: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992. 94 p.
- MANFREDI, S.M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**, ano XIX, n. 64, p. 13-49, set.,1998.
- MANN, P.H. **Métodos de investigação sociológica**. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.
- MARQUES, C.M.S., Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. **Formação**. Maio, 2001. p 53-60.
- MARSIGLIA, R. M. G. **Relação ensino-serviços**: 10 anos de Integração Docente Assistencial – IDA no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MATUS C 1993. **Política, Planejamento e Governo**. Ipea, Brasília.
- MATUS, C. Política. Política, planejamento & governo. Brasília, **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Tomos I e II, 591 p., 1993.
- MENDES, E.V. Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. IN: Paganini JM & Capote MIRR. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodosl, Experiencias. **Publicación Científica** nº 519, Washington, 1990, p.21-7.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001. MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MERHY, E.E. et al. O trabalho em saúde – olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILIO, N. Promoting health through public policy. Philadelphia: F. A. Davis, 1983.

MILLIS, J.S. **The Graduate Education of Physicians:** Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education. Chicago: American Medical Association, 1966, p. 37.

MOYSÉS, S.J. Assim é se lhe parece. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 11(1): 18-43, 2006a.

MUNOZ AMATO, P. Planejamento. **Fundação Getúlio Vargas, Cadernos de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 33:66 p, 1966.

NAVEGA, S. De onde vem a criatividade? Disponível em: <http://www.intelliwise.com/seminars/criativ.htm>, outubro de 2000

NEVES, Magda; CARVALHO, Ricardo. **Gestão de competências: risco e desafios par o novo perfil profissional**. Comunicação apresentada ao XXI Congresso da Associação Latino-Americana de Sociologia. São Paulo: USP, 1997.

OLIVEIRA, D.R. **Planejamento estratégico; conceitos, metodologia, práticas**. 1. ed., São paulo: Atlas, 294 p, 1997.

OMS/ Unicef. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Competency in Nursing**. Genebra: OMS, 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de salud em las Américas. Valores esenciáis, principios y elementos de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud. Washington: **Organización Panamericana de la Salud**; 2005.

PAGANINI, Sistema locais de salud, Um nuevo modelo de atención. In: Paganini JM & Capote MIRR. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodosl, Experiencias. **Publicación Científica** nº 519, Washington, 1990, p.50-6.

PAIM, J.S. A situação de saúde no Brasil e os modelos assistenciais. In: SBPC. 4ª Reunião Especial da SBPC. **Anais**. Feira de Santana - BA, 24 a 28 de novembro de 1996. p248-253.

PARDINAS, F. **Metodologia y técnicas de investigación en ciencias sociales:** introducción elemental. México. Siglo Veintiuno, 1970.

PEDUZZI M 1998. Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas.

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3 ed, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

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

PIORE, M.;SABEÇ, C. **The second industrial divide: possibilities for prosperity.** Nova York: Basic Books, 1984.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências e a psicologização das questões sociais.** (200?).

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

REID,N. The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice. In: ELLIS. R. **Professional competence and quality assurance in the caring professions.** London. Crom Helm, 1988. p. 230-62.

SANTOS, F.T. Odontologia exige habilidade manual e muito estudo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2006. Opinião.

SANTOS, J.F. **O que é Pós - Moderno.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1996.

SANTOS, N.R. **Atenção Primária em Saúde: alguns aspectos físicos, funcionais técnicos e Políticos.** Coletânea de textos - I Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Belo Horizonte., mar. 1981.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

SCHULZ, A., Gatti Júnior, D. Da Silva, J.I. As políticas públicas de educação e as Instituições de educação superior do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Disponível em: <<http://www.anped.org.br>>. Acesso em: 9 de agosto de 2005.

SHINKAI, Rosemary Sadami Arai; DEL BEL CURY, Altair Antoninha. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Out 2006.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária em saúde. **Rev.Esc. Enf. USP**, v.33, n.3.p. 207 –16. set, 1999.

SIQUEIRA, H.S.G. A nova concepção de trabalho. **A Razão**.Brasília, DF, maio, 2003.

SOARES, S.M., PENAFORTE, J.C. & SÁ, H.L. do C. Estruturação de um programa de capacitação e educação permanente para as equipes do Programa de Saúde da Família no município de Vitória. Vitória, **mimeo**, 2001.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo..> Acesso em: 30 Jan 2007.

SPÍNOLA, A.W.P. **Delpos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 1984.

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

STARFIELD, B. **Is Primary care essential?** Lancet, 344: 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evalution, and policy. New York, Oxford university Press, 1992.

TEIXEIRA, M. et al. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: MACHADO, M. H. **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. cap 12, p. 183-193.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>

TESTA, M. **La Planificación estratégica en el setor salud**. Santiago de Chile: Cendes/UCV – Mimeo, 1981.

TESTA, M. Pensamento estratégico em saúde. In: URIBE RIVERA, FRANCISCO JAVIER – **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, Coleção Pensamento Social e Saúde. Vol. 2, pp. 59-104, 1992.

TORRES, I. A. Câncer de Boca no Brasil – perfil atual do odontólogo frente ao problema. **Revista Saúde em Debate**, v. 37, p. 44-49, 1992.

TOWLE, A. Changing medical education in the United Kindgon: the role of a non – governamental organization. **Med. Educ.**, v.5. n. 3. p. 16-170, 1994.

URIBE RIVERA, F. J. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2. ed., São Paulo, Cortez: coleção Pensamento Social e Saúde , Vol. 2, 222p., 1992.

VUORI, H. **Primary care in Europe**: problems and solutions. Community Medicine, 6:221-231, 1984.

WHO. Health promotion. **A discussion document on the concepts and principles**. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1984.

WHO. **Healthy Trough oral Healthy; guidelines for planning and monitoring for oral health care**. London: Quintessence pub. for World Health Organization, 1989.

WHO. **Summary report of Working group on concepts and principles of health promotion**. Copenhagen, World Health Organization. November, 1981.

WHO. **The Adelaide Recommendations, healthy public policy**. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1988.

WHO. **The create supportive environments for health**. The Sundsvall Hand book. Geneva, World Health Organization, 1991.

WHO. The Ottawa Charter for health promotion. **Health Promotion 1**, iii – v. Geneva, World Health Organization, 1986.

WILLIAMS, P.L.: WEBB,C. The Delphi techniqe: a methodological discussion. **J. Adv. Nurs.**, v.19, n.1, p.180-6, 1994.

WITT, R. R. ; ALMEIDA, M.C.P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. Ver. Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2003. jul/ago; 56 (4): 433-438.

WITT, R. R. ; ALMEIDA, M.C.P.O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2003; 12, p 5559-568.

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, 1978.

WRIGHT, J.T.C.; & GIOVINAZZO, R.A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n. 12p. 54-65, 2000.

ZANETTI, C. H. G. “A Crise da Odontologia Brasileira: As Mudanças Estruturais do Mercado de Serviços e o Esgotamento do Modo de Regulação Curativo de Massa”. Brasília, 1999. Trabalho Acadêmico - Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília.

ZARIFIAN, Philippe. A gestão da e pela competência. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIA**. Rio de Janeiro, 1996. Anais... Rio de Janeiro: SENAI/ DNCIET, 1998.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROFISSIONAIS CIRURGIÕES DENTISTAS

Prezado Sr (a) _____,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: *Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde*. Este projeto de pesquisa tem como objetivo identificar quais são as competências que caracterizam a prática profissional do odontólogo, na atenção primária à saúde.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação nas respostas ao questionário, que será aplicado com cirurgiões dentistas de 12 municípios que atuam na rede de atenção básica do SUS, na Região do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto de pesquisa. 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 momento 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, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa para que possamos confirmar o agendamento de data e local para o preenchimento do questionário.

Atenciosamente,

Liliane Parreira Tannús Gontijo
Doutoranda do Programa de Enfermagem em
Saúde Pública da USP/ Ribeirão Preto

Prof. Dra. Maria Cecília Púntel de Almeida
Orientadora
Profª Titular do Departamento Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/ USP.

Eu, _____ aceito participar do trabalho, respondendo ao questionário sobre o projeto de pesquisa – *Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária à saúde*, em data e local marcado antecipadamente, e estou ciente de que seus resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, ____ de _____, de 2006.

Assinatura

Endereço e telefones para contato:

Endereço: Rua Armando Lombardi, 177. Apto 302. Bairro Santa Maria. Uberlândia-MG. Cep: 8.408-046.

Tels: (34) 3236 8262/ 3239 2671/ 9977 1910

Email: lilianetannus@uberlandia.mg.gov.br

ANEXO B - INSTRUMENTO I – FORMULÁRIO - LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE COMPETÊNCIA

Adaptação de WIITT (2005)

Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde

Este instrumento visa fazer um levantamento preliminar para identificar as competências gerais e específicas requeridas do cirurgião dentista para atuação em atenção primária em saúde, com enfoque no nível local. Ele faz parte de um estudo a respeito da especificidade do trabalho do cirurgião dentista na atenção primária e visa contribuir com o ensino e a pesquisa em saúde bucal coletiva.

Competência tem sido relacionada à capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Ela compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais.

As competências genéricas referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenhos em diferentes setores ou atividades e usualmente estão relacionados à interação com tecnologias mais gerais. Na área da saúde, na atenção básica, seriam aqueles de todos os profissionais (de nível superior, técnico e outros). Tendo como exemplos: liderança, afetividade, dentre outros.

As competências específicas são aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas do cirurgião-dentista, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. No caso do projeto em execução são aquelas necessárias para o trabalho do cirurgião-dentista, na atenção primária em saúde. Tendo como exemplos: prescrição adequada, diagnóstico preciso, dentre outros.

Neste estudo, porém, não pretendemos gerar uma lista exaustiva de atividades a cumprir, mas sim, suscitar um debate na odontologia, a partir das competências, sobre os ideais de saúde que se tem, os principais desafios a enfrentar, os grandes campos de atuação para alcançá-los, as capacitações necessárias e as responsabilidades correspondentes.

Interessa-nos, neste trabalho, suscitar a discussão a respeito do trabalho do cirurgião dentista de saúde pública no nível local, ou seja, na atenção básica, naquele nível definido tecnicamente como o primeiro contato da população com o sistema de saúde.

Para darmos início a esta discussão, solicitamos que liste três competências gerais e três específicas que, segundo a sua experiência e o seu conhecimento, são essenciais para o trabalho do cirurgião dentista na atenção básica. Solicitamos que, após listar cada competência, comente por que você considera que esta é necessária ao trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica de saúde.

COMPETÊNCIAS GERAIS

(1) Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde.

(2) Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde.

(3) Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

(1) Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde.

(2) Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde.

(3) Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde.

ANEXO C - COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Leia a lista¹³ contendo 60 (sessenta) **COMPETÊNCIAS GERAIS do Cirurgião Dentista (CD)**, reconsidere suas respostas e selecione apenas **5 (CINCO) COMPETÊNCIAS** que lhe pareçam **mais apropriadas** para atuação do CD em atenção primária em saúde, **assinalando com um X** na coluna (1) da esquerda:

Coluna 1	COMPETÊNCIAS GERAIS
()	1. TRABALHO EM EQUIPE (Porque frente a grande demanda, somente o trabalho em equipe, onde cada um se esforce para alcançar os objetivos traçados, e não os próprios interesses, resultará em produtividade).
()	2. TRABALHO EM EQUIPE (É preciso que o dentista saiba trabalhar em equipe, dividindo responsabilidades dentro do consultório, para atender as necessidades do público, respeitando princípios do SUS: praticando a equidade, integralidade de ações e maior cobertura).
()	3. CAPACIDADE DE TRABALHO EM EQUIPE (Como o atendimento é geralmente realizado em equipe, faz-se essencial uma boa relação interpessoal, bem como o suporte mútuo entre os profissionais).
()	4. ESPÍRITO DE EQUIPE (Todos os procedimentos realizados dependem de como funciona o entrosamento da equipe de saúde bucal. Se o dentista começar a trabalhar sozinho ele será somente um técnico que não cria vínculos).
()	5. COLETIVIDADE (Saber dividir o espaço e trabalhar em equipe).
()	6. COOPERAÇÃO (Muitas vezes, para fluir o trabalho, deve-se fazer algumas coisas que não são da responsabilidade do CD, por exemplo, ajudar um colega que está com muito serviço, ou seja, trabalhar em equipe).
()	7. DESENVOLVER EM EQUIPE AÇÕES DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO (Para viabilizar o diagnóstico, obter maior resolutividade e para avaliação do serviço).
()	8. CAPACIDADE DE LIDERANÇA (Dentro da unidade onde atende, o CD é o responsável pelo trabalho final, por isso precisa estar sempre observando o trabalho dos outros que o acompanham e instruindo auxiliares para os procedimentos corretos)
()	9. LIDERANÇA (Ter domínio frente a situações de tratamento odontológico)
()	10. LIDERANÇA (Saber comunicar-se, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e fazendo todos trabalharem em sintonia)
()	11. LIDERANÇA (A liderança é uma competência necessária ao cirurgião-dentista pela capacidade de ir além do que é necessário e também pela habilidade para reconhecer o momento certo para agir adequadamente e pela disponibilidade de assumir compromissos)
()	12. TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS PARA OS PACIENTES COM LIDERANÇA E CONFIANÇA (Porque assim realmente haverá mudanças de hábitos e como consequência, ocorrerá a atenção primária)
()	13. COMPROMISSO COM O SERVIÇO E PACIENTE (Entender e ver o paciente como um todo e não só boca e dente)

¹³ **Nota:** Lista gerada por vinte cirurgiões-dentistas (CD), que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde de Ituiutaba, Patos de Minas, Uberaba e Uberlândia e editada, exatamente, conforme cada um respondeu.

-
()	14. COMPROMISSO COM O SERVIÇO (É necessário para que não haja tantas interrupções, faltas, pouco interesse e assim o atendimento possa fluir com maior resolutividade)
()	15. COMPROMETIMENTO (Porque se tivermos esta atitude constante com as pessoas que nos procuram, elas terão a certeza que o seu problema, caso não seja totalmente resolvido, será conduzido da melhor forma através do encaminhamento para outras instâncias, da educação e da informação)
()	16. COMPROMETIMENTO (O trabalho em instituição pública geralmente é remunerado em forma de salário, não havendo nenhuma relação com a produtividade. Assim sendo, o profissional não comprometido com a atenção em saúde tende a não produzir eficientemente)
()	17. EDUCAÇÃO EM SAÚDE (Dentro da atenção primária, a educação em saúde talvez seja a de maior competência para todos os profissionais visto que a população necessita de educação, informação, aprender prevenção para começar a ter saúde e saber usar os programas e serviços existentes)
()	18. EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE FORMA CONTÍNUA NAS ESCOLAS E CRECHES (Porque desperta as crianças e adolescentes para a reflexão e o conhecimento do processo saúde-doença. Forma uma consciência sanitária voltada ao “autocuidado”, interferindo no futuro como “cuidadores”)
()	19. DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS JUNTO ÀS EQUIPES, GRUPOS DE ATENÇÃO E POPULAÇÃO EM GERAL (Para garantir o cumprimento de metas da OMS e contribuir para melhoria da qualidade de vida)
()	20. ATUAÇÃO EM GRUPOS DE GESTANTES, PUÉPERAS, HIPERTENSOS, DIABÉTICOS, ADOLESCENTES (Porque trabalha com o coletivo, atendendo às necessidades de diferentes grupos populacionais)
()	21. CONHECIMENTO DE TODAS AS OUTRAS ÁREAS COM AS QUAIS FAZ INTERFACE (Para que se possa olhar a pessoa como um todo e efetivamente ajudar na promoção da saúde da população)
()	22. TRABALHO MULTIDISCIPLINAR DENTRO DA UNIDADE DE SAÚDE (O cirurgião-dentista deve se preocupar em conhecer seu paciente e poder tratá-lo, até mesmo de ajudá-lo, dentro de todas as áreas dentro de sua unidade de saúde, isto é, preocupar com a saúde geral do paciente, identificar grupos de risco e enfoque na família)
()	23. INTERDISCIPLINARIDADE E MULTIPROFISSIONALISMO (Porque possibilita a abordagem do indivíduo como um todo dentro das condições sócio-econômicas em que ele está inserido. Torna o trabalho mais rico e com maior possibilidade de resolutividade)
()	24. INTEGRAÇÃO (O trabalho multiprofissional é de suma importância para a melhora do aprendizado e atendimento)
()	25. HUMANIZAÇÃO (Porque somente tendo a visão voltada para o indivíduo como um todo, será possível acolher o usuário com respeito e dignidade)
()	26. HUMANIZAÇÃO (É o grande desafio para nós profissionais de saúde é desenvolver esta competência e ter a habilidade de acolher, escutar, examinar, investigar e tentar resolver os problemas junto com as pessoas)
()	27. ATENDIMENTO HUMANIZADO (É essencial para conquistar a confiança de um paciente que já chega ao consultório humilhado e desconfiado após todas as barreiras encontradas até conseguir ser atendido no SUS)
()	28. SOCIABILIDADE (Para um bom entrosamento entre profissionais da equipe, com usuários do sistema e com pessoal auxiliar da unidade de saúde)
()	29. SOCIABILIDADE (Integrar-se e estabelecer adequados vínculos com ACD, secretárias, médicos – como nas equipes de PSF, de hospital – e outros profissionais no local de trabalho, pois gera uma melhor resolutividade com produtivas parcerias)
-

-
()	30. HUMILDADE (No sentido de ser democrático e saber ouvir, pois na atenção básica muitas vezes temos que trabalhar em equipe e também saber ouvir nossos pacientes para melhor entender as suas necessidades)
()	31. HUMILDADE (Para saber até onde o profissional é capaz de agir, buscar aprender mais e solicitar ajuda de outras pessoas da equipe, quando julgar necessário)
()	32. CRIATIVIDADE (Na atenção básica são muitos os desafios, por isto é necessário ter uma visão estratégica e saber criar soluções para melhor resolver estes desafios)
()	33. CRIATIVIDADE (Diante das diversidades do dia-a-dia a criatividade para desenvolver as ações do CD se torna necessária, buscando soluções e não esperando por elas)
()	34. ORGANIZAÇÃO (Para organizar os serviços e ações)
()	35. ORGANIZAÇÃO (Para um bom trabalho em equipe precisamos de organização, para não atrapalharmos o bom andamento das ações na nossa unidade)
()	36. ACOLHIMENTO AO PACIENTE (Transmitir ao paciente segurança quanto ao seu trabalho, pois estamos trabalhando com vida, com sentimentos e com emoções)
()	37. ACOLHIMENTO AO PACIENTE (É necessário para que o paciente tenha satisfação e com isso colabore no melhor desempenho do tratamento)
()	38. CONHECER AS CARACTERÍSTICAS DA COMUNIDADE QUE ATUA (Porque as metas e ações estão relacionadas com as características daquela população. Só assim haverá um resultado final satisfatório)
()	39. CONHECER E TRABALHAR JUNTO ÀS LIDERANÇAS LOCAIS E CONSELHOS DE SAÚDE (Para fortalecer os Conselhos de Saúde, a participação popular e o controle social)
()	40. CONFIANÇA (É importante deixar o paciente mais à vontade, mostrando confiança quando você dialoga e mostrar todo o percurso do tratamento que será executado, sendo assim, uma visão transparente)
()	41. SEGURANÇA OU CONFIANÇA (Impor ao meio uma imagem de um profissional seguro, competente e confiante permite que o paciente e a equipe se renda ao CD, permitindo-o exercer seu trabalho com a colaboração máxima aos procedimentos e tratamentos prescritos)
()	42. ANAMNESE (Conhecimento que gera confiança. O cirurgião-dentista deverá ter um conhecimento geral de todas as especialidades da odontologia para explicar as dúvidas dos pacientes)
()	43. ANAMNESE (É através dela que o cirurgião-dentista vê o paciente como um todo avaliando a saúde geral do paciente)
()	44. FLEXIBILIDADE (Para poder problematizar as diversas situações e buscar junto com a pessoa e com a comunidade as soluções necessárias)
()	45. FLEXIBILIDADE (É uma competência importante quando trabalhamos com pessoas e suas subjetividades, campo no qual as reações podem ser completamente diferentes daquelas esperadas, já que as pessoas são diferentes uma das outras e, portanto, sujeitas a reagirem de formas distintas e às vezes inesperadas)
()	46. RESPEITO (É necessário mostrar ao paciente que ele está sendo tratado como um “todo”, não visando somente uma área específica como os dentes. Respeitar seu saber, suas crenças e seus valores culturais e morais)
()	47. RESPEITO (Saber ouvir tanto pacientes bem como colegas de trabalho, pois ajuda na formação de vínculos)
-

-
()	48. INICIATIVA (Porque temos a função de sermos fomentadores dentro da equipe, buscando sempre novas alternativas para atendermos melhor, devolvendo a credibilidade do serviço público)
()	49. SENSIBILIDADE (Para que o profissional possa ter uma boa percepção da realidade e das necessidades da pessoa humana e da comunidade)
()	50. TRANQUÍLIDADE (Não demonstrar para o paciente e equipe que está em dificuldade, não gerando expectativa negativa)
()	51. NOÇÕES BÁSICAS SOBRE O SUS (Geralmente, o dentista tende a trabalhar de maneira isolada, por isso é importante que ele saiba em que seu trabalho interfere no sistema de saúde, principalmente em seu município)
()	52. RELACIONAMENTO COM O PÚBLICO – COMUNIDADE (O cirurgião-dentista deve estar apto não só a atender dentro do consultório como também a ministrar palestras, dirigir grupos de estudo)
()	53. CAPACIDADE DE GERENCIAMENTO (É uma característica importante a ser desenvolvida, pois no SUS sempre lidamos com demanda reprimida e é preciso ser capaz de administrá-la da melhor maneira possível)
()	54. INDIVIDUALIDADE (É essencial porque você saberá o limite de cada paciente, o limiar de dor deste e a fobia que alguns pacientes ainda tem em relação ao tratamento dentário)
()	55. INTERAGIR COM OS PACIENTES, RESPEITANDO SUAS DIFERENÇAS (Porque com esse respeito teremos uma ação direta em cada ser humano)
()	56. EMPATIA (A capacidade do CD de se colocar no lugar do paciente, entender seu universo, suas crenças, condicionar-se da sua situação é o primeiro passo necessário para estabelecer um vínculo eficiente e produtivo)
()	57. CONHECIMENTO DAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA (Tanto dentistas, como as auxiliares devem conhecer e trabalhar dentro das normas da vigilância sanitária, zelando pela sua saúde e da população local)
()	58. ÉTICA (Porque não fazemos um serviço público sozinhos, dependemos de um relacionamento de equipe, respeitoso, humano, responsável. Com um ambiente de trabalho assim, as pessoas demonstram mais envolvimento com a atividade que fazem)
()	59. PACIÊNCIA (Lidamos com toda espécie de pessoas, que na maioria das vezes, já chegam cansadas e agressivas. Temos que ter paciência para ouvi-las e saber ajudá-las)
()	60. DOMÍNIO DO DIAGNÓSTICO DA ÁREA (Importante para a formulação das ações de saúde visando a promoção e prevenção bem como a prestação do cuidado - tratamento)
-

Sugestões:

COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Leia a lista¹⁴ contendo as 60 (sessenta) **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS do Cirurgião Dentista (CD)**, reconsidere suas respostas e selecione apenas **5 (CINCO) COMPETÊNCIAS** que lhe pareçam **mais apropriadas** para atuação do CD em atenção primária em saúde, **assinalando com um X** na coluna (1) da esquerda:

Coluna 1	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS
()	1. DIAGNÓSTICO PRECISO (Como as necessidades são muito grandes, quanto menos erros, melhor, pois isto implicaria em ter que refazer, atrasando assim o objetivo de atingir metas)
()	2. DIAGNÓSTICO PRECISO (Porque o diagnóstico correto é a chave para uma boa intervenção e satisfação das necessidades do usuário)
()	3. DIAGNÓSTICO PRECISO (Para que possa fazer uma intervenção adequada)
()	4. CAPACIDADE DE OFERECER DIAGNÓSTICO PRECISO (Se a base de todos os procedimentos está no diagnóstico, o erro neste caso anula a eficiência de todos os outros procedimentos)
()	5. CORRETO DIAGNÓSTICO (Só com um preciso diagnóstico é que o cirurgião-dentista poderá ter um bom planejamento e conseqüentemente o êxito em toda a seqüência de tratamento)
()	6. DIAGNÓSTICO (O estudo constante ajuda o CD aumentar seus conhecimentos para que tenham condições de fazer sempre um diagnóstico correto, que é meio caminho andado para um tratamento eficiente)
()	7. DIAGNÓSTICO (A partir de um diagnóstico bem feito, a chance do sucesso no tratamento é muito maior)
()	8. DIAGNÓSTICO (O diagnóstico de saúde ampliado é uma competência necessária ao trabalho do cirurgião-dentista, pensando no indivíduo na sua integralidade: indivíduo, família e comunidade)
()	9. TRATAMENTO CURATIVO-RESTAURADOR (É o trabalho rotineiro do dentista já que ainda temos necessidades acumuladas e algumas faixas etárias estão descobertas em relação aos programas de atendimento existentes)
()	10. TRATAMENTO (Conhecer o paciente como um todo – Anamnese correta para um tratamento bem feito)
()	11. TRATAMENTO (Com um tratamento bem feito, soluciona-se o problema do paciente que procurou o serviço)
()	12. INTERVENÇÃO CLÍNICA HUMANIZADA (Para favorecer o vínculo e o respeito profissional/ paciente, bem como para fazer frente aos aspectos históricos da dor e da desconsideração por séculos atribuídos à atuação profissional)
()	13. PRECISA EXECUÇÃO DO TRATAMENTO (O cirurgião-dentista precisa nesta fase exercer seu senso crítico em determinados trabalhos e fazer o melhor tratamento possível, mostrando todo o seu conhecimento)

¹⁴**Nota:** Lista gerada por vinte cirurgiões-dentistas (CD), que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde de Ituiutaba, Patos de Minas, Uberaba e Uberlândia e editada, exatamente, conforme cada um respondeu.

-
- () 14. REALIZAR ATENDIMENTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO, OBSERVANDO PRIORIDADES ATRAVÉS DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO (Para garantir o acesso progressivo das pessoas ao serviço obedecendo aos princípios da universalidade e da equidade no SUS)
 - () 15. ATENÇÃO À PREVENÇÃO (Em saúde pública, mais importante que o tratamento da doença é a sua profilaxia. Portanto, o profissional deve valorizar os procedimentos preventivos tanto quanto aqueles curativos)
 - () 16. VISÃO CLÍNICA PREVENTIVA (Para que as pessoas tenham mais saúde, com intervenções de menor complexidade)
 - () 17. ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS (Para obtermos sucesso no tratamento curativo é preciso ensinar as pessoas o autocuidado com higiene oral a fim de evitar novos tratamentos e evolução das doenças bucais)
 - () 18. PROCEDIMENTOS COLETIVOS PREVENTIVOS (Evidenciação de placa, ensino e monitoramento da técnica de escovação e aplicação de flúor, para populações específicas como escolas e creches)
 - () 19. PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL (É necessário devido ao grande índice de câncer bucal na população. Esta busca poderá ser feita em visitas domiciliares, grupos, grupos de idosos e em campanhas específicas)
 - () 20. COORDENAR E EXECUTAR AÇÕES COLETIVAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO (Para que seja cumprido as diretrizes do SUS, requer do cirurgião-dentista novas práticas sanitárias e por consequência, a transformação do modelo de atenção prevalente)
 - () 21. ODONTOPEDIATRIA (Estar bem capacitado nesta área, pois na atenção primária o número de atendimentos à criança é grande)
 - () 22. ODONTOLOGIA PARA BEBÊS (Importante para orientação de gestantes e mães sobre aleitamento materno, higiene oral da criança e dieta alimentar não cariogênica)
 - () 23. IMPLANTAÇÃO DE ODONTOLOGIA PARA GESTANTES E BEBÊS (Porque qualifica a saúde bucal das gestantes, através de procedimentos educativos, preventivos e curativos, responsabilizando-a para a introdução de bons hábitos desde o início da vida da criança. Incentiva o aleitamento materno e intervém de forma preventiva e precoce nas cáries dos bebês)
 - () 24. ENTENDER E GOSTAR DE ATENDER ODONTOPEDIATRIA (a odontopediatria é uma das áreas mais requisitadas devido à prioridade da atenção às crianças)
 - () 25. CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO (Porque a execução da técnica adequada favorece o sucesso do tratamento, evita perdas e diminui insucessos)
 - () 26. CONHECIMENTO (Sobre o diagnóstico e tratamento)
 - () 27. CONHECIMENTO PROFUNDO DA ÁREA EM QUE ATUA (Precisamos conhecer profundamente nossa área específica para que possamos atuar preventivamente neste paciente)
 - () 28. QUALIDADE PROFISSIONAL (Porque precisamos estar sempre atualizados com temas que nos capacitam como bons cirurgiões-dentistas generalistas, para atender melhor este nível primário de atenção)
 - () 29. ATUALIZAÇÃO CONTINUADA (A odontologia está em constante evolução, novas técnicas, materiais e condutas estão sempre sendo desenvolvidas, portanto a atualização do profissional é importante)
 - () 30. ATUALIZAÇÃO CONTINUA (Devemos estar sempre atualizados para melhor atender nossos pacientes, pois a odontologia é muito dinâmica, a todo dia surge medicações, materiais e técnicas novas)
 - () 31. ANAMNESE DETALHADA (Uma boa anamnese é necessária porque só assim o dentista acaba descobrindo mais sobre seu paciente e capta informações importantes que poderiam ficar omitidas)
-

-
- () 32. ANAMNESE E INVESTIGAÇÃO DO PASSADO MÓRBIDO (A capacidade de tratar corretamente um paciente só surge caso se conheça adequadamente o paciente como um todo. A ausência dessa prática de se fazer uma “consulta” de verdade tem sido a origem de muitos insucessos)
- () 33. CONHECIMENTO DA SAÚDE GERAL DO PACIENTE (Porque precisamos entender que o paciente é um ser e não só uma “boca”. Tudo está interagindo a todo instante. Há de se ter um conhecimento geral de todo o sistema que estamos atuando)
- () 34. PLANEJAMENTO (Saber resolver todos os casos, mesmo que seja para encaminhar para a pessoa certa)
- () 35. PLANEJAMENTO (Com ele evitam-se transtornos e faz com que o tratamento seja realizado e concluído com êxito)
- () 36. PLANEJAMENTO DE SAÚDE (É primordial que o cirurgião-dentista realize o planejamento de ações integrais, juntamente com a equipe de trabalho e a comunidade)
- () 37. ATENDIMENTO A GRUPOS ESPECÍFICOS - GESTANTE, IDOSO, HIPERTENSO, DIABÉTICO (O cirurgião-dentista tem que estar seguro e ciente das limitações existentes em cada grupo específico, durante o tratamento odontológico)
- () 38. ENTENDER SOBRE DIABETES E HIPERTENSÃO (São geralmente as principais patologias encontradas nas áreas de atuação das equipes de saúde. Saber se o paciente faz uso de medicação, se usa corretamente e cuidados que se deve ter no tratamento odontológico)
- () 39. ODONTOGERIATRIA - SAÚDE DO IDOSO (Importante para o tratamento de idosos, hipertensos, diabéticos e na prevenção do câncer bucal)
- () 40. HABILIDADE MANUAL (Ao cirurgião-dentista que se dedica à vida clínica é de fundamental importância que tenha ou adquira habilidade manual, haja vista que é uma profissão que exige técnica e destreza)
- () 41. HABILIDADE MANUAL (Não adianta nada ser ótimo de teoria se não tiver habilidade manual, pois nosso trabalho é delicado e cheio de detalhes)
- () 42. COMPROMETIMENTO COM A PROFISSÃO (Não importa a situação ou o quanto recebe financeiramente, o dentista não deve esquecer que é possuidor de um conhecimento técnico-científico muito grande, o que lhe confere a responsabilidade de promover saúde sempre)
- () 43. COMPROMETER-SE COM A REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Para agilizar, otimizar a atenção especializada, dando maior resolutividade aos serviços)
- () 44. SEGUIR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO (Ser criterioso em todas as etapas do trabalho realizando um bom tratamento para o paciente)
- () 45. REALIZAR PROCEDIMENTOS CLÍNICO-ODONTOLÓGICOS, OBSERVANDO O CUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO (Para organizar a atenção, garantindo melhor atendimento no restabelecimento da saúde bucal)
- () 46. CAPACIDADE PROFISSIONAL DE EXECUTAR OS PROCEDIMENTOS REQUERIDOS (É imperdoável que um CD “não atenda crianças”, “não gosto de cirurgia”, “não atendo pacientes especiais”, enfim, profissionais que não se dispõem sequer a superar suas deficiências - que todos nós temos. E que preferem restringir cada vez mais seu campo de atuação, por não estar apto a executar os procedimentos requeridos e nem se esforçarem por crescer como profissionais)
- () 47. SABER ATUAR NO MOMENTO CORRETO (Isto é importante para que haja economia de tempo, recursos financeiros e que a medida tomada seja eficaz e eficiente)
- () 48. CONDIÇÕES DE TRABALHO (Não adianta sabermos técnicas e abordagens de atendimento, se não temos o mínimo de materiais e condições de trabalho para aplicar o que sabemos)
-

-
()	49. MATERIAL CLÍNICO (Uso de instrumentais corretos na clínica diária facilita e otimiza o trabalho do CD)
()	50. ERGONOMIA (Ter noções de ergonomia e utilizá-la, prorroga o tempo de atuação clínica do CD, evitando afastamento do trabalho ocasionada por doença ocupacional)
()	51. GENERALIDADE (É necessário ter conhecimento de todas as áreas da odontologia, pois na atenção básica o dentista tem que trabalhar basicamente em todas as áreas)
()	52. RAPIDEZ (Na execução do trabalho, pois as necessidades são muito grandes e para conseguir realizar as metas necessita-se trabalhar muito)
()	53. ENTENDER SOBRE PERIODONTIA (Grande parte dos pacientes adultos hipertensos e diabéticos necessitam de tratamento periodontal. Algumas ações da atenção básica ajudam a minimizar este problema)
()	54. FARMACOLOGIA (Justamente por atender a grupos com necessidades específicas, é importante saber mais sobre medicamentos utilizados por esses grupos para evitar possíveis interações medicamentosas)
()	55. RESPEITO AS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA (Porque o usuário deve ser atendido com segurança, sem riscos de contaminação)
()	56. CRIATIVIDADE E CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO (Não basta apenas conhecimentos científicos, no serviço público o dentista precisa saber trabalhar com as condições oferecidas e motivar o paciente a cuidar de sua saúde bucal)
()	57. PRODUTIVIDADE COM QUALIDADE (Não basta fazer inúmeros procedimentos, mas é importante que eles sejam feitos com técnica e conhecimento de maneira que resolva o problema do usuário, sem que ele precise voltar várias vezes ao consultório)
()	58. ACOLHIMENTO (Porque nossa atividade já tem uma visão invasiva, de sofrimento, de dor. Se tivermos o cuidado de demonstrar atenção e respeito, o paciente se sentirá comprometido com o seu tratamento)
()	59. MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E ATENÇÃO FAMILIAR (Para conseguirmos sucesso nos trabalhos curativos é preciso instituir o acompanhamento através da família, com orientações, mudança de atitudes, criação de hábitos saudáveis e muito mais. Pois se sabe que hoje é muito difícil manter o paciente tratado sem apresentar novas cáries, pois se trata de “livre demanda” sem garantia de vê-lo novamente)
()	60. VISITAS DOMICILIARES PLANEJADAS (Porque promove ações direcionadas às famílias de maior risco e incidência de doenças bucais. Visita às gestantes e puérperas. Atendimento mensal aos acamados e deficientes, executando ações preventivas e pequenos procedimentos clínicos)
-

Sugestões:

ANEXO D - LISTA DE COMPETÊNCIAS GERAIS SELECIONADAS PELOS 20 DENTISTAS E

COMPILADAS PELA PESQUISADORA

(Foram solicitadas cinco competências)

Nº	COMPETÊNCIAS GERAIS	Q
1	HUMANIZAÇÃO (É o grande desafio para nós profissionais de saúde é desenvolver esta competência e ter a habilidade de acolher, escutar, examinar, investigar e tentar resolver os problemas junto com as pessoas)	12
2	HUMANIZAÇÃO (Porque somente tendo a visão voltada para o indivíduo como um todo, será possível acolher o usuário com respeito e dignidade)	1
	Total	13
3	EDUCAÇÃO EM SAÚDE (Dentro da atenção primária, a educação em saúde talvez seja a de maior competência para todos os profissionais visto que a população necessita de educação, informação, aprender prevenção para começar a ter saúde e saber usar os programas e serviços existentes);	7
4	DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS JUNTO ÀS EQUIPES, GRUPOS DE ATENÇÃO E POPULAÇÃO EM GERAL (Para garantir o cumprimento de metas da OMS e contribuir para melhoria da qualidade de vida)	2
5	EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE FORMA CONTÍNUA NAS ESCOLAS E CRECHES (Porque desperta as crianças e adolescentes para a reflexão e o conhecimento do processo saúde-doença. Forma uma consciência sanitária voltada ao “autocuidado”, interferindo no futuro como “cuidadores”)	1
6	TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS PARA OS PACIENTES COM LIDERANÇA E CONFIANÇA (Porque assim realmente haverá mudanças de hábitos e como consequência, ocorrerá a atenção primária)	1
	Total	11
7	TRABALHO EM EQUIPE (É preciso que o dentista saiba trabalhar em equipe, dividindo responsabilidades dentro do consultório, para atender as necessidades do público, respeitando princípios do SUS: praticando a equidade, integralidade de ações e maior cobertura).	6
8	CAPACIDADE DE TRABALHO EM EQUIPE (Como o atendimento é geralmente realizado em equipe, faz-se essencial uma boa relação interpessoal, bem como o suporte mútuo entre os profissionais);	3
9	TRABALHO EM EQUIPE (Porque frente a grande demanda, somente o trabalho em equipe, onde cada um se esforce para alcançar os objetivos traçados, e não os próprios interesses, resultará em produtividade).	3
10	COLETIVIDADE (Saber dividir o espaço e trabalhar em equipe).	2
11	ESPÍRITO DE EQUIPE (Todos os procedimentos realizados dependem de como funciona o entrosamento da equipe de saúde bucal. Se o dentista começar a trabalhar sozinho ele será somente um técnico que não cria vínculos).	1
12	DESENVOLVER EM EQUIPE AÇÕES DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO (Para viabilizar o diagnóstico, obter maior resolutividade e para avaliação do serviço).	1
	Total	16
13	CRIATIVIDADE (Na atenção básica são muitos os desafios, por isto é necessário ter uma visão estratégica e saber criar soluções para melhor resolver estes desafios)	6
14	CRIATIVIDADE (Diante das diversidades do dia-a-dia a criatividade para desenvolver as ações do CD se torna necessária, buscando soluções e não esperando por elas)	2

15	FLEXIBILIDADE (É uma competência importante quando trabalhamos com pessoas e suas subjetividades, campo no qual as reações podem ser completamente diferentes daquelas esperadas, já que as pessoas são diferentes uma das outras e, portanto, sujeitas a reagirem de formas distintas e às vezes inesperadas);	4
16	INICIATIVA (Porque temos a função de sermos fomentadores dentro da equipe, buscando sempre novas alternativas para atendermos melhor, devolvendo a credibilidade do serviço público)	3
	Total	15
17	INTERDISCIPLINARIDADE E MULTIPROFISSIONALISMO (Porque possibilita a abordagem do indivíduo como um todo dentro das condições sócio-econômicas em que ele está inserido. Torna o trabalho mais rico e com maior possibilidade de resolutividade);	5
18	TRABALHO MULTIDISCIPLINAR DENTRO DA UNIDADE DE SAÚDE (O cirurgião-dentista deve se preocupar em conhecer seu paciente e poder tratá-lo, até mesmo de ajudá-lo, dentro de todas as áreas dentro de sua unidade de saúde, isto é, preocupar com a saúde geral do paciente, identificar grupos de risco e enfoque na família)	5
19	CONHECIMENTO DE TODAS AS OUTRAS ÁREAS COM AS QUAIS FAZ INTERFACE (Para que se possa olhar a pessoa como um todo e efetivamente ajudar na promoção da saúde da população)	1
	Total	11
20	COMPROMETIMENTO (Porque se tivermos esta atitude constante com as pessoas que nos procuram, elas terão a certeza que o seu problema, caso não seja totalmente resolvido, será conduzido da melhor forma através do encaminhamento para outras instâncias, da educação e da informação);	5
21	COMPROMETIMENTO (O trabalho em instituição pública geralmente é remunerado em forma de salário, não havendo nenhuma relação com a produtividade. Assim sendo, o profissional não comprometido com a atenção em saúde tende a não produzir eficientemente)	2
	Total	07
22	LIDERANÇA (A liderança é uma competência necessária ao cirurgião-dentista pela capacidade de ir além do que é necessário e também pela habilidade para reconhecer o momento certo para agir adequadamente e pela disponibilidade de assumir compromissos)	4
23	LIDERANÇA (Saber comunicar-se, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e fazendo todos trabalharem em sintonia)	2
	Total	6
24	CONHECER AS CARACTERÍSTICAS DA COMUNIDADE QUE ATUA (Porque as metas e ações estão relacionadas com as características daquela população. Só assim haverá um resultado final satisfatório)	3
25	RELACIONAMENTO COM O PÚBLICO – COMUNIDADE (O cirurgião-dentista deve estar apto não só a atender dentro do consultório como também a ministrar palestras, dirigir grupos de estudo)	2
26	CONHECER E TRABALHAR JUNTO ÀS LIDERANÇAS LOCAIS E CONSELHOS DE SAÚDE (Para fortalecer os Conselhos de Saúde, a participação popular e o controle social)	1
	Total	6
27	CAPACIDADE DE GERENCIAMENTO (É uma característica importante a ser desenvolvida, pois no SUS sempre lidamos com demanda reprimida e é preciso ser capaz de administrá-la da melhor maneira possível)	3

28	ÉTICA (Porque não fazemos um serviço público sozinhos, dependemos de um relacionamento de equipe, respeitoso, humano, responsável. Com um ambiente de trabalho assim, as pessoas demonstram mais envolvimento com a atividade que fazem)	3
29	HUMILDADE (No sentido de ser democrático e saber ouvir, pois na atenção básica muitas vezes temos que trabalhar em equipe e também saber ouvir nossos pacientes para melhor entender as suas necessidades)	2
30	HUMILDADE (Para saber até onde o profissional é capaz de agir, buscar aprender mais e solicitar ajuda de outras pessoas da equipe, quando julgar necessário)	1
	Total	3
31	RESPEITO (É necessário mostrar ao paciente que ele está sendo tratado como um “todo”, não visando somente uma área específica como os dentes. Respeitar seu saber, suas crenças e seus valores culturais e morais)	2
32	RESPEITO ¹⁵ (Saber ouvir tanto pacientes bem como colegas de trabalho, pois ajuda na formação de vínculos)	1
	Total	3
33	ORGANIZAÇÃO (Para um bom trabalho em equipe precisamos de organização, para não atrapalharmos o bom andamento das ações na nossa unidade)	1
34	PACIÊNCIA (Lidamos com toda espécie de pessoas, que na maioria das vezes, já chegam cansadas e agressivas. Temos que ter paciência para ouvi-las e saber ajudá-las)	1
35	NOÇÕES BÁSICAS SOBRE O SUS (Geralmente, o dentista tende a trabalhar de maneira isolada, por isso é importante que ele saiba em que seu trabalho interfere no sistema de saúde, principalmente em seu município)	1
36	SEGURANÇA OU CONFIANÇA (Impor ao meio uma imagem de um profissional seguro, competente e confiante permite que o paciente e a equipe se renda ao CD, permitindo-o exercer seu trabalho com a colaboração máxima aos procedimentos e tratamentos prescritos)	1

¹⁵ RESPEITO: saber ouvir as pessoas, respeitando saberes, crenças e valores, para estabelecer vínculos e alcançar resultados efetivos.

LISTA DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS SELECIONADAS PELOS 20 DENTISTAS E COMPILADAS PELA PESQUISADORA

(Foram solicitadas cinco competências)

Nº	COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Q
1	CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO COM INTERVENÇÃO CLÍNICA HUMANIZADA Execução da técnica correta, adequada e criteriosa, precedida de anamnese, com conhecimento geral e específico e desenvolvendo a superação de deficiências técnicas. Partir do acompanhamento da família e abordagem preventiva, incentivando a criação de novos hábitos saudáveis e de atitudes positivas. Acrescenta-se a estes fatores a observação de prioridades, por intermédio de levantamento epidemiológico e com a utilização de protocolo de atendimento, favorecendo o sucesso do tratamento, evitando perdas, retrabalhos, minorando insucessos e favorecendo o vínculo e o respeito profissional/paciente.	4
2	CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO (Porque a execução da técnica adequada favorece o sucesso do tratamento, evita perdas e diminui insucessos)	4
3	CONHECIMENTO PROFUNDO DA ÁREA EM QUE ATUA (Precisamos conhecer profundamente nossa área específica para que possamos atuar preventivamente neste paciente)	3
4	INTERVENÇÃO CLÍNICA HUMANIZADA (Para favorecer o vínculo e o respeito profissional/ paciente, bem como para fazer frente aos aspectos históricos da dor e da desconsideração por séculos atribuídos à atuação profissional)	1
5	REALIZAR ATENDIMENTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO, OBSERVANDO PRIORIDADES ATRAVÉS DE LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO (Para garantir o acesso progressivo das pessoas ao serviço obedecendo aos princípios da universalidade e da equidade no SUS)	2
6	CONHECIMENTO (Sobre o diagnóstico e tratamento)	1
7	CAPACIDADE PROFISSIONAL DE EXECUTAR OS PROCEDIMENTOS REQUERIDOS (É imperdoável que um CD “não atenda crianças”, “não gosto de cirurgia”, “não atendo pacientes especiais”, enfim, profissionais que não se dispõem sequer a superar suas deficiências - que todos nós temos. E que preferem restringir cada vez mais seu campo de atuação, por não estar apto a executar os procedimentos requeridos e nem se esforçarem por crescer como profissionais)	1
8	TRATAMENTO CURATIVO-RESTAURADOR (É o trabalho rotineiro do dentista já que ainda temos necessidades acumuladas e algumas faixas etárias estão descobertas em relação aos programas de atendimento existentes)	2
9	TRATAMENTO (Conhecer o paciente como um todo – Anamnese correta para um tratamento bem feito)	1
10	PRECISA EXECUÇÃO DO TRATAMENTO (O cirurgião-dentista precisa nesta fase exercer seu senso crítico em determinados trabalhos e fazer o melhor tratamento possível, mostrando todo o seu conhecimento)	2
11	SEGUIR PROTOCOLO DE ATENDIMENTO (Ser criterioso em todas as etapas do trabalho realizando um bom tratamento para o paciente)	1
12	REALIZAR PROCEDIMENTOS CLÍNICO-ODONTOLÓGICOS, OBSERVANDO O CUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO ¹⁶ (Para organizar a atenção, garantindo melhor atendimento no restabelecimento da saúde bucal)	3
13	PRODUTIVIDADE COM QUALIDADE (Não basta fazer inúmeros procedimentos, mas é importante que eles sejam feitos com técnica e conhecimento de maneira que resolva o problema do usuário, sem que ele precise voltar várias vezes ao consultório)	3
Total		28

¹⁶ REALIZAR PROCEDIMENTOS CLÍNICO-ODONTOLÓGICOS, OBSERVANDO O CUMPRIMENTO DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO (Para organizar a atenção, garantindo qualidade no restabelecimento da saúde bucal nas diversas linhas do cuidado e na referência e contra-referência).

14	ATENÇÃO À PREVENÇÃO	8
	Para ocorrer a concretização das diretrizes do SUS, requer do cirurgião-dentista, postura e visão preventiva, utilização de novas práticas sanitárias, intervenções de menor complexidade, orientações para o autocuidado, a higienização e prevenção de doenças bucais e por consequência ocorrerá a transformação do modelo de atenção prevalente e mais saúde para as pessoas, evitando novos tratamentos, intervenções desnecessárias e evolução das doenças bucais.	
15	ATENÇÃO À PREVENÇÃO (Em saúde pública, mais importante que o tratamento da doença é a sua profilaxia. Portanto, o profissional deve valorizar os procedimentos preventivos tanto quanto aqueles curativos)	4
16	VISÃO CLÍNICA PREVENTIVA (Para que as pessoas tenham mais saúde, com intervenções de menor complexidade)	2
17	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS BUCAIS (Para obtermos sucesso no tratamento curativo é preciso ensinar as pessoas o autocuidado com higiene oral a fim de evitar novos tratamentos e evolução das doenças bucais)	1
18	PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER BUCAL (É necessário devido ao grande índice de câncer bucal na população. Esta busca poderá ser feita em visitas domiciliares, grupos, grupos de idosos e em campanhas específicas)	1
	Total	16
19	DIAGNÓSTICO PRECISO (Considera que a base para o êxito no tratamento consiste no diagnóstico de saúde ampliado e planejamento adequado tendo visão do usuário em sua totalidade (indivíduo, família e comunidade).	3
20	DIAGNÓSTICO (O diagnóstico de saúde ampliado é uma competência necessária ao trabalho do cirurgião-dentista, pensando no indivíduo na sua integralidade: indivíduo, família e comunidade)	3
21	DIAGNÓSTICO PRECISO (Como as necessidades são muito grandes, quanto menos erros, melhor, pois isto implicaria em ter que refazer, atrasando assim o objetivo de atingir metas)	2
22	CORRETO DIAGNÓSTICO (Só com um preciso diagnóstico é que o cirurgião-dentista poderá ter um bom planejamento e consequentemente o êxito em toda a sequência de tratamento)	2
23	DIAGNÓSTICO (O estudo constante ajuda o CD aumentar seus conhecimentos para que tenha condições de fazer sempre um diagnóstico correto, que é meio caminho andado para um tratamento eficiente);	1
24	DIAGNÓSTICO (A partir de um diagnóstico bem feito, a chance do sucesso no tratamento é muito maior)	1
	Total	12
25	EDUCAÇÃO PERMANENTE	6
	Considerando que a odontologia está em constante evolução, é dinâmica e desenvolve com frequência novas técnicas, materiais e condutas e a atenção primária exige conhecimento em todas as áreas da odontologia e da saúde coletiva, torna a atualização do profissional de fundamental importância.	
26	ATUALIZAÇÃO CONTINUA (Devemos estar sempre atualizados para melhor atender nossos pacientes, pois a odontologia é muito dinâmica, a todo dia surge medicações, materiais e técnicas novas)	1
27	QUALIDADE PROFISSIONAL (Porque precisamos estar sempre atualizados com temas que nos capacitam como bons cirurgiões-dentistas generalistas, para atender melhor este nível primário de atenção)	1
28	GENERALIDADE (É necessário ter conhecimento de todas as áreas da odontologia, pois na atenção básica o dentista tem que trabalhar basicamente em todas as áreas)	3
	Total	11

29	PLANEJAMENTO EM SAÚDE	4
	Realizar o planejamento das ações integrais, juntamente com a equipe de trabalho e a comunidade, atuando no momento adequado, ocorrendo economia de tempo e recursos, evitando transtornos e obtendo medidas eficazes e eficientes, resultando em tratamento êxito.	
30	PLANEJAMENTO (Com ele evitam-se transtornos e faz com que o tratamento seja realizado e concluído com êxito)	1
31	SABER ATUAR NO MOMENTO CORRETO (Isto é importante para que haja economia de tempo, recursos financeiros e que a medida tomada seja eficaz e eficiente)	2
	Total	7
32	CAPACITAÇÃO EM ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	2
	Capacitar-se em algumas especialidades odontológicas, bastante requeridas na atenção básica, dentre elas: odontopediatria, periodontia e farmacologia.	
33	ENTENDER SOBRE PERIODONTIA (Grande parte dos pacientes adultos hipertensos e diabéticos necessitam de tratamento periodontal. Algumas ações da atenção básica ajudam a minimizar este problema)	2
34	FARMACOLOGIA (Justamente por atender a grupos com necessidades específicas, é importante saber mais sobre medicamentos utilizados por esses grupos para evitar possíveis interações medicamentosas)	2
	Total	6
35	CRIATIVIDADE E CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO	4
	Saber trabalhar com as condições oferecidas e motivar o paciente a cuidar de sua saúde bucal	
36	HABILIDADE MANUAL	2
	Possuir ou adquirir habilidade manual, haja vista que é uma profissão que exige técnica, delicadeza e destreza.	
37	HABILIDADE MANUAL (Não adianta nada ser ótimo de teoria se não tiver habilidade manual, pois nosso trabalho é delicado e cheio de detalhes)	1
	Total	3
38	CONHECIMENTO INTEGRAL DO USUÁRIO	3
	Entender que o paciente é um ser integral e considerando que ocorre interação constante, há de se ter um conhecimento geral da saúde do usuário e de todo contexto do sistema de atuação do profissional.	
39	CONHECIMENTO E ATENDIMENTO AOS GRUPOS ESPECÍFICOS	2
	Conhecimento, consciência e segurança sobre as especificidades no tratamento e as restrições técnicas existentes no atendimento odontológico aos distintos grupos específicos, dentre eles: gestante, idoso, hipertenso, diabético e crianças.	
40	ENTENDER SOBRE DIABETES E HIPERTENSÃO (São geralmente as principais patologias encontradas nas áreas de atuação das equipes de saúde. Saber se o paciente faz uso de medicação, se usa corretamente e cuidados que se deve ter no tratamento odontológico)	1
	Total	3
41	CONDIÇÕES DE TRABALHO	2
	Considerar pré-condições para o bom atendimento ao usuário e otimização do processo de trabalho do cirurgião-dentista a disponibilidade mínima de materiais e condições de trabalho, possibilitando a aplicação dos seus conhecimentos.	
42	MATERIAL CLÍNICO (Uso de instrumentais corretos na clínica diária facilita e otimiza o trabalho do CD)	1
	Total	3
43	CONHECIMENTO SOBRE A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA COM ENFOQUE PARA GESTANTES E BEBÊS	2
	Porque qualifica a saúde bucal das gestantes, através de procedimentos integrais responsabilizando as mesmas para a introdução de bons hábitos desde o início da vida da criança. Incentiva o aleitamento materno e intervém de forma preventiva e precoce nas cáries dos bebês.	

44	ACOLHIMENTO AO USUÁRIO	1
	Considerando que a odontologia tem uma prática invasiva, caracterizando sofrimento e dor ao usuário, faz-se necessário que o cirurgião-dentista cultive a dedicação, atenção e respeito ao usuário, resultando em comprometido do mesmo com o tratamento proposto.	
45	EXECUÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES PLANEJADAS	1
	Promoção de ações direcionadas às famílias de maior risco e incidência de doenças bucais. Visita às gestantes e puérperas. Atendimento mensal aos acamados e deficientes, executando ações preventivas e pequenos procedimentos clínicos.	
46	COMPROMETIMENTO COM A PROFISSÃO	1
	Independente da remuneração profissional, o cirurgião-dentista apreendeu um extenso conhecimento técnico-científico, que lhe confere a responsabilidade de promover saúde de forma contínua.	

ANEXO E - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

CIRCULE o número correspondente a resposta correta e preencha os espaços sublinhados:

1. DADOS PESSOAIS

1.1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

1.2. Idade: _____ (em anos completos)

1.3. Estado Civil: (1) Casado (a) (2) Solteiro (a) (3) Separado (a) (4) Viúvo (a) (5) outro.

2. DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

2.1. Município onde trabalha:

(1) Araguari	(4) Carmo do Paranaíba	(7) Lagoa Formosa	(10) Patrocínio
(2) Araxá	(5) Conceição das Alagoas	(8) Monte Alegre	(11) Uberaba
(3) Campina Verde	(6) Ituiutaba	(9) Patos de Minas	(12) Uberlândia

2.2. Função: (1) Cirurgião-dentista (2) Coordenador (3) Outra função. Especificar:

2.3. Tempo de trabalho nesta função: _____ (em meses completos)

3. DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

3.1. Tempo de formado (graduação em odontologia): _____ (em meses completos)

3.2. Especialização (mínimo 360 hs): (1) sim (2) não (3) cursando

3.3. Mestrado: (1) sim (2) não (3) cursando

3.4. Doutorado: (1) sim (2) não (3) cursando

INFORME O SEU EMAIL OU ENDEREÇO PARA CONTATOS SUBSEQUENTES:

QUESTIONÁRIO SOBRE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS

COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO BÁSICA

Para cada uma das **COMPETÊNCIAS GERAIS** e **ESPECÍFICAS** listadas, **CIRCULE** apenas uma alternativa, na escala numérica de 1 a 5, indicando o seu nível de concordância/discordância ou a ausência de opinião, frente a competência listada.

COMPETÊNCIAS GERAIS	Nível de Concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo Totalmente
1. CRIATIVIDADE COM INICIATIVA E FLEXIBILIDADE Possuir visão estratégica, iniciativa, flexibilidade e criar soluções e novas alternativas, para melhor resolver a diversidade de desafios e de situações imprevistas presentes na atenção básica e também frente às subjetividades e reações diversificadas dos indivíduos.	1	2	3	4	5
2. GERENCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO Administrar de forma adequada e organizada a atenção odontológica, considerando que no Sistema Único de Saúde (SUS) sempre se depara com uma diversidade de problemas, inclusive a demanda reprimida para o atendimento em saúde bucal.	1	2	3	4	5

COMPETÊNCIAS GERAIS	Nível de Concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo Totalmente
3. HUMANIZAÇÃO Acolher, escutar, examinar, investigar e tentar resolver ou conduzir os problemas junto com os usuários dos serviços de saúde, com respeito e dignidade. Respeitar os saberes, crenças, valores culturais e morais dos usuários. Ter atitude comprometida e visão integral do usuário na resolução ou condução de seus problemas, através do encaminhamento para outras instâncias, disponibilizando métodos educativos e de informação.	1	2	3	4	5
4. INTERAÇÃO E CONHECIMENTO DA COMUNIDADE QUE ATUA Conhecer e inteirar-se da comunidade em que atua, inclusive trabalhar junto às lideranças locais e conselhos de saúde, para alcançar resultados satisfatórios, a participação popular e o controle social.	1	2	3	4	5
5. LIDERANÇA Comunicar-se com clareza, trabalhar por um mesmo objetivo, gerando bons resultados, criando um bom clima de trabalho e motivando todos do grupo. Reconhecer o momento certo para agir adequadamente e ter disponibilidade para assumir compromissos junto à equipe de trabalho.	1	2	3	4	5
6. PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE Desenvolver ações contínuas de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e orientações gerais sobre os serviços de saúde disponíveis, junto aos usuários, equipes de atendimento, grupos prioritários de atenção e a população em geral. Utilizar diferentes espaços da comunidade (escolas, creches, igrejas, dentre outros locais), em busca do cumprimento das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da contribuição para a melhoria da consciência sanitária, o autocuidado e a qualidade de vida e de saúde da população.	1	2	3	4	5
7. SEGURANÇA E CONFIANÇA Agir de forma segura, firme, competente e confiante, aliando-se ao usuário e a equipe, favorecendo a colaboração máxima aos procedimentos e tratamentos prescritos.	1	2	3	4	5
8. TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL Promover a divisão de responsabilidades, cultivar o trabalho em equipe, a boa relação interpessoal, o suporte mútuo entre os profissionais e o esforço conjunto para alcançar os objetivos traçados (e não os próprios interesses), tendo em vista a alta demanda e as necessidades acumuladas de atenção odontológica. Acrescenta-se a isto, o fato de que atender as necessidades dos usuários em equipe, respeitando os princípios do SUS, praticando a equidade e a integralidade de ações, torna os resultados mais ricos, produtivos, resolutivos e com aumento de cobertura.	1	2	3	4	5

Faça sugestão (ões) de nova (s) COMPETÊNCIA (S) GERAL (IS) e comente por que você considera que esta (s) competência (s) é (são) necessária (s) ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde: (No verso da folha 2 - ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO).

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Nível de Concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo Totalmente
9. ACOLHIMENTO AO USUÁRIO Proporcionar atenção e respeitar o usuário promovendo o seu comprometimento com o tratamento proposto, considerando que a prática odontológica tem procedimentos invasivos que geram, em algumas condições, incômodo, dor e sofrimento. Acrescenta-se a estes fatores, o entendimento de que o usuário é um ser integral sendo necessário o conhecimento geral da saúde do usuário e de todo seu contexto.	1	2	3	4	5
10. ATENÇÃO ODONTOLÓGICA COM ENFOQUE PARA GESTANTES E BEBÊS Intervir de forma preventiva e precoce em relação às doenças bucais e incentivar o aleitamento materno, qualificando a saúde bucal das gestantes e responsabilizando as mesmas para a introdução de bons hábitos desde o início da vida da criança.	1	2	3	4	5
11. ATENDIMENTO ADEQUADO A GRUPOS ESPECÍFICOS Conhecer, ter consciência e segurança para executar as práticas odontológicas relacionadas a alguns grupos específicos, dominando as técnicas referentes às especialidades odontológicas requeridas na atenção básica, dentre elas: a odontopediatria, a periodontia e a farmacologia. Desta forma, respeitar as especificidades no tratamento e as restrições técnicas existentes no atendimento odontológico aos referidos grupos, dentre eles: gestante, idoso, criança, hipertenso e diabético.	1	2	3	4	5
12. CONHECIMENTO TÉCNICO-CIENTÍFICO COM INTERVENÇÃO CLÍNICA HUMANIZADA Executar a técnica correta, adequada e criteriosa, precedida de anamnese, com conhecimento geral e específico e desenvolver a superação de deficiências técnicas. Partir do acompanhamento da família e abordagem preventiva, incentivando a criação de novos hábitos saudáveis e de atitudes positivas. Acrescenta-se a estes fatores, a observação de prioridades, por intermédio de levantamento epidemiológico e com a utilização de protocolo de atendimento, favorecendo o sucesso do tratamento, evitando perdas, re-trabalhos, minorando insucessos e favorecendo o vínculo e o respeito profissional/usuário.	1	2	3	4	5

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Nível de Concordância				
	Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Não tenho opinião	Concordo parcialmente	Concordo Totalmente
13. COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DE AÇÕES COLETIVAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE Ter postura e visão preventiva, promovendo a utilização de novas práticas sanitárias, intervenções de menor complexidade, orientações para o autocuidado e prevenção das doenças bucais, gerando alterações do modelo de atenção prevalente e mais saúde para as pessoas. Evitar intervenções desnecessárias e a progressão das doenças bucais, possibilitando a concretização das diretrizes do SUS.	1	2	3	4	5
14. CRIATIVIDADE E CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO Promover atenção odontológica de qualidade e com criatividade, adaptando-se as condições oferecidas e motivar o usuário a cuidar de sua saúde bucal.	1	2	3	4	5
15. DIAGNÓSTICO PRECISO Proporcionar diagnóstico de saúde ampliado e planejar adequadamente o tratamento, tendo visão do usuário em sua totalidade (indivíduo, família e comunidade), considerando que o diagnóstico preciso é a base para o êxito do tratamento.	1	2	3	4	5
16. EDUCAÇÃO PERMANENTE Atualizar-se constantemente, considerando que a odontologia está em permanente evolução, é dinâmica e desenvolve com frequência novas técnicas, materiais e condutas. Além disto, o processo de trabalho na atenção primária exige conhecimento em todas as áreas da odontologia e da saúde coletiva.	1	2	3	4	5
17. EXECUÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES QUALIFICADAS Promover ações preventivas e procedimentos clínicos de menor complexidade direcionados às famílias de maior risco e incidência de doenças bucais, através de visitas domiciliares planejadas e periódicas, às gestantes, puérperas, aos acamados e deficientes.	1	2	3	4	5
18. HABILIDADE MANUAL Desenvolver habilidade manual, haja vista que é uma profissão que exige técnica, delicadeza e destreza.	1	2	3	4	5
19. PLANEJAMENTO EM SAÚDE Realizar o planejamento das ações de forma integral, juntamente com a equipe de trabalho e a comunidade, atuando no momento adequado, ocorrendo economia de tempo e recursos, evitando transtornos e resultando em tratamento êxito.	1	2	3	4	5
20. RESPONSABILIDADE SOCIAL Promover saúde de forma contínua, independente da remuneração profissional, demonstrando responsabilidade social, considerando o extenso conhecimento técnico-científico apreendido durante sua formação.	1	2	3	4	5

Faça sugestão (ões) de nova (s) COMPETÊNCIA (S) ESPECÍFICA (S) e comente por que você considera que esta (s) competência (s) é (são) necessária (s) ao trabalho do cirurgião dentista na atenção primária em saúde: (No verso da folha 2 - ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO).

**ANEXO F - MODELO DE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO, COM A FINALIDADE DE
APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS PARA PESQUISA CIENTÍFICA**

Declaro para os devidos fins de pesquisa que se fizerem necessários, referente ao subsídio para elaboração de tese do curso de pós-graduação, nível doutorado em saúde pública, sobre o tema: “Construindo as competências do cirurgião dentista na atenção primária em saúde”, que me encontro ciente e autorizo a aplicação de questionários, junto aos cirurgiões dentistas que atuam na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de _____, em Minas Gerais.

_____, ____ de dezembro de 2005.

Secretario Municipal de Saúde

ANEXO G – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 119/2006

Ribeirão Preto, 03 de julho de 2006

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 87ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de junho de 2006.

Protocolo: nº 0668/2006

Projeto: CONSTRUINDO AS COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Pesquisadores: Maria Cecília Puntel de Almeida (Orientadora)
Liliane Parreira Tannús Gontijo (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Cléia Regina de Oliveira Ribeiro-
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

PARECER

PROTOCOLO No. 0668/2006

TÍTULO DO PROJETO: Construindo as competências do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde

PESQUISADOR: Liliane Parreira Tannús Gontijo

DEPARTAMENTO: Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública - EERP/USP

Trata-se de um projeto de doutorado que pretende investigar a atuação do cirurgião-dentista, em nível de atenção primária, no Sistema Único de Saúde. Sua abordagem baseia-se em recentes estudos e pesquisas sobre formação e construção das competências profissionais no cenário atual do processo de reconfiguração dos cursos de graduação na área da saúde no Brasil.

Apresenta os seguintes objetivos: 1) Identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas do cirurgião-dentista para atuação em saúde pública, a partir do trabalho realizado na rede básica do SUS nos municípios da Região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba; 2) Compreender como as competências gerais e específicas dos cirurgiões-dentistas na atenção básica em saúde estão contribuindo para a garantia dos princípios do SUS.

Justifica-se por ser a odontologia um dos pilares do suporte para a construção do SUS e, assim sendo, torna-se de extrema importância uma integração dos profissionais da área com as ações propostas em nível de atenção primária, inclusive respondendo à demanda de atenção em saúde bucal cada vez mais crescente no país.

A amostra será constituída por 473 cirurgiões-dentistas que atuam em 12 secretarias municipais de saúde da rede básica de saúde do interior de Minas Gerais (Diretorias de Ações Descentralizadas em Saúde - DADS), selecionados a partir do critério populacional (p.60) de 20.000 habitantes a 500.000 habitantes explicitados de acordo com a microrregião. Os municípios participantes são: Campina Verde, Lagoa Formosa, Conceição de Alagoas, Monte Alegre de Minas, Ituiutaba, Carmo do Paraíba, Araxá, Patrocínio, Patos de Minas, Uberaba, Araguari, Uberlândia.

A metodologia baseia-se na técnica Delphi e suas várias etapas e (p.67) e nos passos metodológicos publicados através das experiências da Medicina e da Enfermagem da FAMEMA (1999), que utilizaram a mesma técnica. Refere-se a um processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de um grupo de profissionais que lidam com um problema complexo, para um consenso sobre um tópico particular, promovendo a divergência de opiniões. Serão aplicados como instrumentos de coleta de informações dois questionários (ANEXO B) com orientações, listas, etc sobre as competências a serem apontadas por cirurgiões-dentistas atuantes nas referidas secretarias municipais. Serão enviados por e-mail para o coordenador da odontologia da Secretaria de Saúde de cada um dos 12 municípios selecionados e logo depois distribuídos aos profissionais, os quais deverão responder se aceitam participar mediante o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto é relevante, está bem detalhado e bem redigido; contém vasta bibliografia atualizada e pertinente ao tema. Apresenta cronograma das atividades previstas e as autorizações para a coleta de dados de todos os secretários municipais de saúde das cidades

que participação do estudo. A folha de rosto está corretamente preenchida e o TCLE está escrito em linguagem acessível aos sujeitos participantes.

Assim sendo, recomendamos o projeto para aprovação;

Ribeirão Preto, 21 de junho de 2006.