JULIANA PASTI VILLALBA

**PERFIL PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS E
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma reflexão sobre a
capacitação para a prática na atenção básica**

CAMPINAS

2007

JULIANA PASTI VILLALBA

**PERFIL PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS E
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma reflexão sobre a
capacitação para a prática na atenção básica**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em
Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO ROBERTO DE MADUREIRA

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

V711p Villalba, Juliana Pasti
Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas e o Sistema Único de Saúde: uma reflexão sobre a capacitação para a prática na atenção básica / Juliana Pasti Villalba. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientadores : Paulo Roberto de Madureira, Nelson Filice de Barros
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Odontologia. 2. Política de Saúde. 3. Programa Saúde da Família. 4. Mercado de trabalho. 5. Formação profissional. 6. Educação superior. I. Madureira, Paulo Roberto. II. Barros, Nelson Filice de. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês : Professional profile of dentists and the brazilian National Health System : a reflection about the capacitation for practice an the basic health attention

Keywords: • Dentistry
• Health policy
• Family health Program
• Labor market
• Formation professional
• Higher education

Área de concentração : Saúde Coletiva

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

**Banca examinadora: Prof Dr Paulo Roberto de Madureira
Prof Dr Everardo Duarte Nunes
Prof Dr Edison Bueno
Prof Dr Paulo Capel Narvai
Prof Dr Carlos Botazzo**

Data da defesa: 27-02-2007

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto de Madureira

Membros:

1. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

2. Prof. Dr. Edison Bueno

3. Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

4. Prof. Dr. Carlos Botazzo

**Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.**

Data: 23/02/2007

*Aos meus filhos
Victor e Ana,
ao meu eterno companheiro
Wander,
aos meus pais,
a todos os colegas cirurgiões-dentistas,
especialmente meu irmão,
e aos meus alunos.*

Quando terminei de escrever a tese de doutorado senti uma emoção especial; dei-me conta de que esse não era o final de um simples trabalho de pesquisa, mas o fruto de quase dez anos de vida no Departamento de Medicina Preventiva e Social. Nesses minutos de reflexão percebi o tanto que minha vida tinha se transformado e muitas lembranças vieram à tona: a escolha pela Odontologia, os quatro anos da graduação, o ingresso na Odontologia do CECOM, a pós-graduação em Saúde Coletiva e minha carreira docente.

Nos diferentes momentos dessa trajetória muitas foram as pessoas que me apoiaram. Seria impossível nomear todas elas e agradecer a cada uma; contudo, registro aqui minha sincera gratidão a todos que me acompanharam nesta jornada e, mesmo sabendo das injustiças que posso cometer, algumas pessoas não posso deixar de mencionar e agradecer diretamente:

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Roberto de Madureira, que me ajudou na elaboração da minha dissertação e da minha tese, pelo acolhimento, pelo carinho e pelas valiosas sugestões.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Nelson Filice de Barros, pela paciência, incentivo e ensinamentos das Ciências Sociais.

Aos Profs. Drs. Everardo Duarte Nunes e Edison Bueno, pela estimável colaboração na minha qualificação.

A todos os docentes e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social pelo apoio em meus estudos de pós-graduação.

Agradeço novamente ao Prof. Dr. Edison Bueno, mas agora na condição de Coordenador do CECOM, e ao Dr. Nildemar R. Mendes Filho, diretor do Serviço de Odontologia- CECOM, pela oportunidade de realizar esta Tese.

Aos colegas do Serviço de Odontologia do CECOM, que hoje não são apenas colegas, mas grandes amigos. Devo destacar dois deles na realização deste trabalho: a Lila, que foi a primeira pessoa que me ensinou o significado da Saúde Coletiva, e ao Paulo Cerri, cuja amizade com os dentistas da rede básica de Campinas facilitou o contato e a aceitação para que respondessem aos questionários.

Ao Prof. Carlos Pizante, que me acolheu, sempre com muito carinho, como integrante da disciplina de Odontologia Preventiva e Social, pela confiança e pelos primeiros ensinamentos sobre a prática docente.

Aos companheiros da disciplina de Saúde Coletiva, Prof. Michael Bedros Arsenian, Prof. Luís Felipe Scabar e Profa. Naraiana Ramos, pelas valiosas trocas de experiências.

Ao Prof. Dr. Ângelo Secco, coordenador do curso de Odontologia UNIP- Campinas, pela oportunidade de integrar-me no corpo docente da Universidade.

À Secretaria Municipal Saúde de Campinas, pela autorização para a realização desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Isamu Murakami, coordenador da área técnica de saúde bucal da Secretaria Municipal de Campinas, que, além de autorizar a realização desta pesquisa, forneceu as informações necessárias e colaborou na distribuição e arrecadação dos questionários sem medir esforços.

A todos os cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo permitindo sua realização.

Ao Dr. Antônio Carvalho de Ávila Jacintho, meu “guru”.

E, finalmente, a toda minha família, essencial para toda nossa vida:

Ao meu esposo, Wander, e aos meus filhos Victor e Ana, meus companheiros de toda essa jornada, sempre me incentivando e torcendo por mim. Agradeço também pelo respeito e pela compreensão ao meu trabalho.

Aos meus pais, José Julio e Sônia, e ao meu irmão Júlio César, pelas suas orações e pelo apoio incondicional em qualquer situação.

Aos meus sogros, Mário e Alice, por atenderem sempre com carinho meus pedidos de socorro.

Aos meus “irmãos Campineiros”, Vivi e Miguel, Elen e Paulinho, Regina e Beto, Rose e Vitor, pelo acolhimento de irmão.

E a todos os outros familiares. Não foi possível citar cada um, pois, Graças a Deus, são muitos...

A todos muito obrigada!

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xi</i>
ABSTRACT	<i>xiii</i>
INTRODUÇÃO- “O sentido deste estudo”	15
CAPÍTULO 1- “A origem da odontologia no Brasil”	20
1.1- A formação do cirurgião-dentista	25
CAPÍTULO 2- Em busca do conceito “odontologia em saúde coletiva”	34
2.1- A saúde bucal da população brasileira	35
2.2- A odontologia na saúde pública	41
2.3- A odontologia integral	44
2.4- A saúde bucal coletiva	46
CAPÍTULO 3- “Os cirurgiões dentistas da rede básica do município de Campinas”	53
3.1- População estudada e métodos	55
3.2- Apresentação dos resultados e da discussão	56
3.2.1- Identificação pessoal dos cirurgiões-dentistas.....	56
3.2.2- A formação profissional.....	59
3.2.3- Atividade profissional e a Política de saúde.....	64
3.2.3.1- Conhecimento do SUS como política de saúde.....	67
3.2.3.2- Modelo de atenção à saúde.....	68
3.2.3.3- Formação acadêmica e educação permanente.....	73
3.2.3.4- Perfil do profissional.....	78

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS.....	95
Anexo 1.....	96
Anexo 2.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

ABENO	Associação Brasileira do Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACD	Atendente de Consultório Dentário
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CPO	Cariados, perdidos e obturados
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FDI	Federação Dentária Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INBRAPE	Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde

PADES	Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – em termos de promoção, proteção e recuperação – impulsionou a decisão de orientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de Saúde da Família. Entretanto, a reorganização dentro desse novo modelo requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral; requer também currículos e programas de capacitação orientados para atender a essas necessidades, em consonância com a realidade dos sistemas municipais, de modo a permitir que tais profissionais intervenham de forma qualitativa – no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade. O objetivo deste estudo foi resgatar a história da odontologia no Brasil, para buscar o conceito da saúde bucal coletiva, e, ao considerar o papel formador da escola, bem como os limites conferidos pelas instituições de saúde, discutir a relação entre a formação dos cirurgiões-dentistas e a prática realizada. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado com questões fechadas, para abordar o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas da rede básica do município de Campinas, e complementado com quatro questões dissertativas que serviram de subsídios para verificar a visão que esses dentistas têm sobre a política de saúde na qual eles estão inseridos e a relação da formação com a prática atualmente realizada. Os resultados mostraram que grande parte dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa apresenta idade entre 37 e 46 anos, com o predomínio do sexo feminino e na sua maioria casados; com a média de 17 anos de experiência profissional, iniciaram a sua formação antes da década de 90, não tendo, portanto, formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos cursos de graduação. Os dentistas consideram que a aproximação com o SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Paidéia, se deram a partir de iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, por meio da promoção de cursos de educação permanente.

Palavras-chave: Odontologia; Política de saúde; Programa Saúde da Família; Mercado de trabalho; Formação profissional; Educação superior.

ABSTRACT

The necessity to improve epidemiological indexes of oral health and to increase access of Brazilian population to public health services and its related actions - promotion, protection and recovery - stimulated the decision to guide the practices of intervention, taking advantage of its inclusion in the Family Health Strategy. Nevertheless, the reorganization within this new model requires professionals qualified with a broad vision of health, capable of understanding individuals, families and communities in an integral way. Therefore, it is necessary that the professionals are capable of intervening in a qualitative way, planning, developing and evaluating oral health actions, aiming to answer the needs of the community. Curriculums and capacitating programs oriented towards attending these needs in agreement with the reality of municipal systems are required. The aim of this study was to reconstruct the history of dentistry in Brazil in order to search the concept of collective oral health and, while considering the school formative role as well as the limits conferred by health institutions, discuss the relation between the instruction of dentists and the practice realized. The instrument used was a structured quiz with questions to approach the professional profile of the dentists of the basic public health service of Campinas. The quiz, complemented with four dissertating questions, served to verify the vision that these dentists have about public health policy in which they are involved and verify the relation between the instruction and practice realized nowadays.

The results demonstrated that a high percentage of dentists participating in the research were between 37 and 46 years old, predominantly females and married. The mean professional experience was 17 years and dentists had their studies started before the 90's decade; consequently they did not have preparation for the Brazilian National Health System during undergraduate period. The dentists consider that their approximation with Brazilian National Health System, Family Health Program and PAIDEIA programs happened through initiatives of the Municipal Secretary of Health of Campinas, by promotion of permanent educational courses.

Key words: Dentistry; Health policy; Family Health Program; Labor market; Formation professional; Higher education.

INTRODUÇÃO

“O sentido deste estudo”

"Além dessas aptidões de espírito, em que consiste a preparação mental do professor, há inclinações do coração, propriedades da alma, qualidades morais, em suma, de que depende a bondade e a eficácia de todo o ensino. Essa simpatia intelectual, entre o entendimento do mestre e o do aluno, que a habilidade prática em manejar os métodos estabelece, será insuficiente, estará minimamente longe de chegar a resultados satisfatórios, se a não envolver um profundo sentimento de humanidade, que o afeição intensamente a todos os discípulos, não descurando os mais fracos, para se entregar à ufania de desvelar, nos mais bem prendados, os talentos prontos e brilhantes; se o mestre não for entusiasta da sua profissão, de modo que a não exerça como tarefa servil, imposta por necessidades materiais, sem compensações superiores; se não possuir, enfim, o dom de inocular na índole dos alunos o amor da verdade do belo e do bem."

Rui Barbosa

A prática odontológica atual exercida no Brasil é interrogada por muitos estudiosos por ser individualista, monopolista, curativista e socialmente injusta.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), abriram-se espaços de discussões que permitem estabelecer um debate em torno do perfil da profissão, analisar sua proposta curricular e criar espaços públicos de efeito-demonstração, tanto no plano do ensino quanto das programações nos serviços de saúde.

Nos últimos anos, o Brasil vem implementando algumas políticas de inclusão social, especialmente nos setores de saúde e educação.

Na saúde há uma grande mobilização no sentido de reorganizar e ampliar as ações básicas, como estratégia de substituição do modelo hegemônico de organização do cuidado à saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento especializado e complexo. É importante o entendimento de que, apesar de se fazer necessária uma atenção básica resolutiva, é preciso também atentar para os níveis de complexidade requeridos para a solução dos problemas de saúde que acometem a população.

No âmbito educacional, as discussões sobre as construções curriculares, voltadas quase exclusivamente para a eficiência e eficácia dos procedimentos, com ênfase na forma de executar as ações sem considerar por que, para que e para quem executá-las, contaminou a educação formal; o que fez com que o currículo acabasse por ficar associado à distribuição das disciplinas na grade curricular. Portanto, nesse momento de transição dos conceitos educacionais, o conceito de currículo até então vigente não responde às demandas de serviços que serão prestados por profissionais formados obedecendo ao aprisionamento condicionado por uma grade curricular e não às necessidades de saúde da população.

A relação existente entre saúde e educação diz respeito à adequação dos profissionais às necessidades sociais da população. No entanto, essa relação será obtida pela efetiva interação entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços de saúde do SUS e as comunidades, constituindo-se, assim, em importante estratégia para promover as mudanças necessárias na formação acadêmica.

Nesse cenário, a profissão Odontologia tem-se mostrado ineficiente nas suas ações, apesar de não ter ficado à margem das transformações vividas pelos sistemas de saúde nas últimas décadas. A prática atual da profissão é fruto da exaustiva ênfase dada ao caráter individualista que caracterizou a odontologia desde seu início.

Quando resolvi prestar vestibular para cursar Odontologia, ou seja, antes mesmo de começar a graduação, a idéia já era única e exclusivamente a de atuar como profissional liberal e montar um consultório odontológico.

Durante toda a graduação, de 1988 a 1991, o paradigma cirúrgico-restaurador, o qual enfatiza as práticas curativas centradas no indivíduo, foi reforçado e, quando me formei, a certeza era a de que devia ter meu próprio consultório e fazer um curso de especialização para ser reconhecida como uma boa dentista. Foi em busca desse ideal que comecei a prestar serviços em uma clínica odontológica; logo, em 1994, fui contratada para atuar no Serviço de Odontologia do Centro de Saúde da Comunidade (CECOM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), e pude, então, abrir meu próprio consultório, no qual atuava em outro período do dia.

Quanto à especialização, a sorte foi que naquela época não podia ingressar nesses cursos antes de dois anos de formada, diferente de hoje em dia, quando há uma oferta muito grande para cursos de especialização e muitos deles têm como objetivo suprir as falhas da graduação. Digo sorte, pois, ao ingressar na UNICAMP, conheci um modelo assistencial diferente do que havia aprendido na faculdade em que me formei e, com isso, tomei outro rumo em relação à escolha da minha especialidade.

Ingressei no CECOM com mais 19 dentistas num projeto de ampliação do serviço de odontologia que tinha como objetivo suprir toda a demanda e proporcionar saúde bucal à comunidade universitária.

Além da ampliação do espaço físico e dos recursos humanos, foi implantado um novo modelo de atenção no qual foram adicionadas e integradas ações de promoção e proteção à saúde bucal, junto às medidas de recuperação e reabilitação. No início, todos os dentistas foram capacitados, participando de palestras, discussões e dinâmicas de grupo e orientados pela Dra. Lila Lea Cruvinel, cirurgiã-dentista contratada para desenvolver esse novo programa.

A partir de então, comecei a perceber na odontologia uma nova prática, em que a saúde bucal não é somente a ausência de doença; em que a boca não pode ser isolada do corpo; em que medidas de prevenção não se restringem apenas à aplicação tópica de flúor e à demonstração de técnica de escovação no modelo. Enfim, pude entrar em contato com essa prática e conscientizar-me da importância da integração das ações em saúde bucal, da relação com a saúde geral e da riqueza do trabalho em equipe.

Encantada com a “nova odontologia”, após quatro anos de trabalho na UNICAMP, ingressei no mestrado em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, onde pude descrever e até mesmo avaliar, na dissertação, parte do programa realizado no CECOM.

Todos esses anos em que permaneci no departamento de Medicina Preventiva e Social FCM-UNICAMP, na pós-graduação, significaram repensar a Odontologia no contexto da saúde e da sociedade como uma prática social, científica, política e historicamente determinada.

Em 2000, durante o desenvolvimento do mestrado, iniciei minhas atividades docentes, ministrando aulas em uma faculdade particular na disciplina Odontologia Social e Preventiva que, mais tarde, passou a ser denominada Odontologia em Saúde Coletiva, em consequência da mudança curricular proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Odontologia, PARECER CNE/CES 1.300/2001, a qual estabelece que “a formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Brasil, 2001, p. 25).

Acompanhei essa mudança cuja preocupação concentra-se na formação de um novo perfil do egresso, que permita uma visão de totalidade, com capacidade para atender coletivamente os problemas de saúde bucal e não somente por meio da abordagem individual. Desta forma, pretende-se que o profissional formado esteja apto para atuar de maneira preventiva, privilegiando ações que beneficiem um maior número de pessoas; uma atuação por meio do trabalho em equipe, que envolve necessariamente ações de planejamento, execução e avaliação das atividades clínicas, considerando as características epidemiológicas e sócio-econômicas da população a ser atendida, bem como a gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis.

O que percebo, contudo, é que o aluno ainda está distante das necessidades da população e a formação não consegue transformá-lo para compreender as realidades sociais da profissão, graduando-os de forma despreparada para enfrentar o exercício profissional. Tendo como preocupação o descompasso entre a formação oferecida e a formação necessária é que tenho orientado minha atuação pela busca incessante de promover um ensino que contemple a reflexão crítica da prática do cirurgião-dentista. É nesse cenário que fundamento o presente estudo a partir da reconstituição da história da Odontologia no Brasil, com o objetivo de identificar em que momento dessa trajetória histórica a saúde bucal coletiva surge como conceito a ser incorporado pela prática do odontólogo.

A preocupação com a formação do odontólogo constitui o objeto do estudo, uma vez que pretendi discutir o papel da escola como aparelho formador do profissional. As instituições de saúde, como *loci* da prática profissional, também foram consideradas no estudo, pelas possibilidades que oferecem para a discussão sobre a relação entre a formação dos cirurgiões-dentistas e a prática realizada.

CAPÍTULO 1

“A origem da odontologia no Brasil”

*“...Fiquei feliz quando meu dente caiu porque ele me fez sofrer muito. Dor-de-dente. Doía tanto que eu tinha inveja das galinhas, por não terem dente. Sofri porque, naquele tempo, a gente não fazia como se faz hoje, escovar os dentes pela manhã, à noite e após cada refeição, com pasta e usando fio dental. A gente não sabia que era preciso cuidar. E nem sabia como cuidar. Chupava bala, comia rapadura, chupava cana e só escovava de manhã e à noite, quando escovava. Os pobres mesmo, não escovavam nunca. Sofriam dor-de-dente e só pensavam em ir ao dentista para arrancar o dente. Dentista era ... Tiradentes... Desejavam a felicidade galinácea de não terem dentes. Lá havia um homem pobre, sem um dente sequer: o Sapucaia. Queria ter dentes mas não tinha dinheiro para ir ao dentista e fazer dentadura. Uns malvados disseram a ele que comer pimenta diariamente, daquelas vermelhas, fazia nascer dente. Diariamente ele comia colheradas de pimenta. O Sapucaia morreu sem um só dente com a boca quente...
Quando caiu o meu dente ficou um buraco na frente...
Os grandes riam de mim. Diziam que eu tinha uma porteira aberta na boca. Eu nem ligava. Estava feliz por meu dente ter caído. Ficava passando a ponta da língua no buraco, para ter certeza de que ele, o buraco, estava lá. Eu sabia que um outro iria nascer. Mas os grandes, que riam de mim, com seus dentes esburacados, tinham um destino parecido com o do Sapucaia. Se não quisessem comer pimenta o remédio era botar dentadura, que se tirava da boca quando se ia dormir. O pior era que, perdidos os dentes, estavam também perdidos os beijos...”*

Rubem Alves

A profissão médica foi se estabelecendo em bases sólidas, à medida que a arte de curar foi se desvencilhando do misticismo, da magia e dos poderes sobrenaturais. Com o passar do tempo, a diversificação dos métodos de tratamento das enfermidades redundou no aparecimento de um número cada vez maior de subdivisões da profissão médica (Chaves, 1986).

Descrever o início da prática odontológica no Brasil, considerando ou não sua interface com a profissão médica como área da saúde, é uma tarefa complexa, uma vez que, de um lado, estavam os barbeiros; de outro, os formados pelas Faculdades de Medicina,

mas ambos licenciados para tal prática. Nesse contexto, concorda-se com Melo (2004, p.36), que “percorrer a trajetória histórica da profissão odontológica significa buscar nas suas raízes explicações ou justificativas para o que ocorre atualmente”.

A Odontologia praticada no século XVI, a partir da descoberta do Brasil, restringia-se quase que somente às extrações dentárias executadas pelos barbeiros ou sangradores. As técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene. Os médicos e cirurgiões evitavam essa tarefa, porque temiam ser responsabilizados pela possibilidade de morte dos pacientes por hemorragias e inevitáveis infecções. Esses procedimentos eram vistos como práticas que tornavam as mãos dos profissionais de medicina pesadas, diminuindo a destreza para intervenções consideradas delicadas (Melo, 2004).

Para exercer a odontologia da época, os barbeiros ou “Tiradentes” necessitavam da licença especial conferida pelo "cirurgião-mor". Quem não possuía essa licença poderia ser preso e multado. Os ofícios de Tiradentes e sangrador eram acumulados pelos barbeiros. O sangrador também podia tirar dentes, visto que, nos exames de habilitação, tinham de provar que durante dois anos "sangraram" e fizeram as demais atividades de barbeiro (Rosenthal, 1995).

Pela lei de 17 de junho de 1782, para uma melhor fiscalização nas colônias portuguesas, em lugar do físico e do cirurgião-mor, foi criada a Real Junta de Proto-Medicato. Essa junta era constituída por sete deputados, médicos ou cirurgiões, por um período de três anos, e a eles cabiam o exame e a expedição de cartas e licenciamento das "pessoas que tirassem dentes" (Carvalho, 1995).

Nas últimas décadas do século XVIII, Joaquim José da Silva Xavier praticou a Odontologia que aprendera com seu padrinho, Sebastião Ferreira Leitão; seu confessor, Frei Raymundo de Pennaforte, disse que ele tirava os dentes com a mais sutil ligeireza e ornava a boca de novos dentes, feitos por ele mesmo, que pareciam naturais.

Nessa época, os dentes eram extraídos com alavancas rudimentares e o pelicano. Não havia tratamento de canais e as obturações eram de chumbo, sobre tecido cariado e polpas afetadas. As conseqüências eram desastrosas. A prótese era bem simples, esculpindo dentes em osso ou marfim, que eram amarrados com fios aos dentes que haviam

sobrado. Dentaduras eram esculpidas em marfim ou osso. Dentes humanos e de animais eram utilizados e retidos na boca por molas, sistemas também usados na Europa. Os barbeiros e sangradores aprendiam o ofício com um mais experiente e tinham que provar uma prática de dois anos, depois de pagar a taxa.

No final do século XVIII, mais precisamente em 23 de maio de 1800, foi criado o "plano de exames", um aperfeiçoamento das formalidades e dos exames. Nesse ano é encontrado pela primeira vez em documentos do Reino, o vocábulo "dentista". Porém, o termo foi criado pelo cirurgião francês Guy Chauliac, e apareceu pela primeira vez em seu livro "Chirurgia Magna", publicado em 1363 (Rosenthal, 1995).

A partir da migração da família Real portuguesa para o Brasil, em 7 de março de 1808, houve um grande progresso. Foram criadas a Escola de Cirurgia no Hospital São José, na Bahia, e a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica no Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. No ano de 1811, foi expedida a primeira "carta de dentista" em que eram "licenciados profissionais da corte, sete negros, de baixa classe social, alguns até escravos de poderosos senhores" (Garcia e Elias, 1998). Cunha¹ (1931) relata "quão rudimentar deveriam ser os conhecimentos dos dentistas, sem escolas, sem cursos... – Nada lhes era exigido, nem o saber ler, para obter a carta da profissão de tirar dentes" (Carvalho, 1995).

Em 1820 foi concedida ao francês Doutor Eugênio Frederico Guertin a "carta" para exercer sua profissão no Rio de Janeiro. Diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris, foi o primeiro dentista da Casa Imperial e, segundo Garcia e Elias (1998), pela primeira vez um verdadeiro artista, que poderia sem vexame usar o tão depreciado título de dentista.

Em 1839, foi criada por Chaplin A Harris, em Baltimore, Estados Unidos, a primeira Escola de Odontologia do mundo: "Colégio de Cirurgia Dentária". Cordón (1998) chama esse fato de primeira ruptura epistemológica na história da prática odontológica, a qual

¹Cunha, S *apud* Carvalho ACP. Educação e Saúde em Odontologia: ensino da prática e prática do ensino. Ed. Santos, 1ª ed., 1995.

[...] constitui o rompimento da categoria com a sociedade para, de forma centrípeta, começar a crescer para si mesma, e tal crescimento levará à especialidade que segregará mais ainda os cirurgiões-dentistas da população, criando a exclusão social (Cordón, 1998, p. 9).

A partir daí começaram a chegar dentistas dos Estados Unidos. O primeiro foi Clington Tan Tuyl, que se estabeleceu na cidade do Rio de Janeiro e, em 1849, publicou o primeiro livro de odontologia no Brasil, o “Guia dos Dentes Sãos” (Carvalho, 1995).

Algumas instâncias foram criadas para regulamentação das práticas sanitárias da época. A exemplo disso, a Coroa instituiu, por meio de decreto, a Junta de Higiene Pública, que possibilitou avanços nas medidas saneadoras. Esse decreto ainda previa a regularização da formação em universidades estrangeiras, cujos diplomas não tinham sido legalizados pela Faculdade de Medicina do Império.

A antiga prática, realizada pelos mestres de ofício, ainda era muito presente e realizada também por pessoas que não possuíam as habilitações concedidas pelo império. A partir de 1851, o império passou a exigir que Médicos, Cirurgiões, Boticários, Dentistas e Parteiras, apresentassem as suas Cartas de Habilitação à Junta de Higiene. Com a intenção de melhorar o ensino e combater o charlatanismo, foram estabelecidos novos Estatutos às Faculdades de Medicina e, em 1856, foram aplicados os primeiros Exames para Dentistas e Sangradores (Rosenthal, 2001).

Mais tarde, Vicente Cândido Sabóia, que assumiu a direção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 23 de fevereiro de 1880 resolveu inicialmente atualizar o ensino. No entanto, o ensino de Odontologia foi oficialmente instituído no Brasil, em 25 de outubro de 1884, pelo decreto lei nº 9311 do Governo Imperial, graças à chamada Reforma de Sabóia (Carvalho, 1995; Garcia e Elias, 1998).

1.1- A formação do cirurgião-dentista

Segundo Pinto² (1978), o ensino odontológico no Brasil pode ser caracterizado por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística. Na fase artesanal, desenvolvida de forma empírica nos primeiros centros formadores, preocupava-se com a estética. A fase acadêmica foi assinalada pela implantação formal das primeiras Faculdades de Odontologia e, depois, pelo reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. Nas últimas décadas do século XX surgiram as preocupações com a introdução das matérias da área de humanidades no currículo odontológico.

Na Odontologia, a fase artesanal que marca seu nascimento como profissão destaca seu lado rústico, não habilitado, enfim, não científico. A regulamentação do exercício profissional da Odontologia data somente de 14 de maio de 1856, e o engajamento dos profissionais era feito pela concessão do título àqueles que recebiam um aprendizado informal, dentro de uma prática artesanal (Fernandes Neto, 2002).

Para obtenção do título de Dentista, o candidato era submetido a exames na Faculdade de Medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro. Como descreve Rosenthal (2001), esses exames constavam de uma parte teórica e da extração de um dente em cadáver.

Como a profissão era caracterizada mais pelas habilidades artísticas, que requeriam poucos conhecimentos teóricos e científicos, as pessoas que se destinavam à profissão eram aqueles menos favorecidos intelectualmente, e foi assim que V. G. Black, famoso nome da odontologia mundial, foi caracterizado:

Black nasceu no condado de Scott, Illinois, em 1836 [...]. Desde jovem, demonstrava sua aversão pelo estudo, e raramente freqüentava a escola. Aos 17 anos, o enviaram a Clayton, Illinois onde seu irmão mais velho Thomas, exercia a medicina. Aos 21 anos, se mudou para Mount Sterling, associando-se ao dentista J. C. Speer, depois de ter descoberto que a odontologia melhor se ajustava às suas aptidões mecânicas, em comparação com a medicina (Ring, 1998, p. 274).

²Pinto *apud* Carvalho, A. C. P. Educação e Saúde em Odontologia: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Santos, 1ª ed., 1995

O ensino formal, que estabeleceu o curso de Cirurgia Dentária anexo a faculdades de Medicina, só teve início em 1879. Foi determinado também que fossem criadas, também anexas, uma Escola de Farmácia e um Curso de Ginecologia e Obstetrícia. Os Cirurgiões-Dentistas que queriam estar aptos ao exercício de sua profissão passavam por duas séries de exames: o primeiro de anatomia, fisiologia, histologia e higiene, em suas aplicações à arte dentária; o outro, de operações e próteses dentárias (Rosenthal, 2001).

Mais tarde, Vicente de Sabóia, que assumiu a direção da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, instituiu oficialmente o ensino de Odontologia no Brasil, em 25 de outubro de 1884, data que posteriormente foi estabelecida, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), como o “Dia do Cirurgião-Dentista Brasileiro”. Esse decreto possibilitou um grande desenvolvimento didático e de organização da odontologia moderna, e foi denominado Reforma Sabóia. O curso de Odontologia foi criado no final do século XIX com as características e percalços marcantes com que a profissão era praticada na época. Ao ser criado oficialmente, o curso passou por conturbações típicas de um curso muito recente, e sua principal dificuldade era a deficiência de recursos humanos preparados para o ensino. O ensino odontológico do Brasil passou a apresentar, entre suas características, um currículo próprio, sem que houvesse disciplinas em comum com o curso médico.

A autonomia da Odontologia marca o início do que Pinto (1978) denominou Fase Acadêmica. Em 1911, por meio de decreto promulgado por Epiácio Pessoa, então Presidente da República, os cursos oferecidos pelas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia transformaram-se em Faculdade de Odontologia, com duração de quatro anos. Os cursos de odontologia passaram a surgir desvinculados das Faculdades de Medicina, porém ligados à Farmácia, quando houve significativa expansão do ensino odontológico brasileiro (Carvalho, 2001).

O período entre 1930 a 1960 foi caracterizado pelo confronto entre dentistas formados e os denominados práticos, exigindo, portanto, a emergência de uma prática social disciplinadora na área da odontologia. O início desse período foi marcado pela Revolução de 1930 e pela Revolução Constitucionalista de 1932 e conseqüentemente a promulgação da nova Constituição Federal de 1934, que previa a participação popular nas

assembléias legislativas por categorias profissionais, bem como a formação dos sindicatos, inclusive a criação do Sindicato dos Odontologistas de São Paulo. Logo após, estoura a Segunda Guerra Mundial, que ao término o povo brasileiro festeja o retorno à democracia e acentua a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa para o controle do exercício profissional da classe odontológica. Ao final deste período, a odontologia adquire nova identidade, que se torna hegemônica com o atual modelo de regulação do exercício da profissão no país. Como condição de possibilidade para essa emergência, ocorre, simultaneamente à reorganização da prática, a reorganização do ensino superior da odontologia (Warmling et al.,2006).

Nos anos 1960, a expansão dos cursos de odontologia no Brasil preocupava a então nascente Associação Brasileira do Ensino Odontológico – ABENO, que na sua 4ª Reunião fez algumas recomendações em relação à abertura de novos cursos. Entre as recomendações constavam:

Só se deve cogitar da criação de novas Faculdades de Odontologia, quando estudos das condições geo-econômicas da região onde se pretende fixar a escola, das disponibilidades humanas para a organização do corpo docente e dos recursos materiais necessários à dotação do novo instituto, de condições físicas compatíveis com a natureza do curso, estejam a indicar a utilidade e viabilidade do mesmo (Rosenthal, 2001, p. 51).

Ainda sobre a expansão excessiva dos cursos de Odontologia, Rizzatti-Barbosa et. al (1990) consideram que a criação desenfreada de Faculdades de Odontologia nos anos 70 atendia muito mais aos interesses de determinadas indústrias de educação e da expansão das indústrias médico-odontológicas, de medicamentos e equipamentos, do que a reais necessidades da população.

A odontologia brasileira, assim como a da América Latina de forma geral, sofreu fortes influências das tecnologias de outros países. Assim, os profissionais que iam se aperfeiçoar fora do Brasil voltavam com a pretensão de aplicar os conhecimentos

adquiridos nas faculdades brasileiras e também na prática profissional (Vieira, 1978). Esse aspecto caracterizou fortemente a odontologia nacional como uma profissão que agrega Esse aspecto caracterizou fortemente a odontologia nacional como uma profissão que agrega tecnologias pouco condizentes com as características socioeconômicas do país, o que tem tornado cada vez mais distante a oferta de serviços odontológicos de qualidade para a maioria da população (Narvai, 1994).

A própria ABENO, fundada em 1956 com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Ministério da Educação (MEC) e também do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), na década de 70, assumiu papel importante na vinculação com instituições estrangeiras. Por meio de um convênio com a *W. K. Kellogg Foundation*, a associação implementou nos Estados Unidos um estágio para docentes das Faculdades brasileiras, dando origem a várias ações de intercâmbio entre o Brasil e os Estados Unidos em convênios tripartites CAPES-ABENO-Kellogg (Carvalho, 2001).

Esses incentivos e a manutenção dos salários públicos oportunizaram o deslocamento de muitos professores universitários para fora do país em busca de novos conhecimentos técnicos e científicos. Garrafa e Moysés (1996) indagam sobre o retorno desses investimentos para o Estado: não se tem ao certo se os conhecimentos oportunizados pelos investimentos foram democratizados nas universidades ou se beneficiaram com exclusividade as atividades liberais daqueles que os receberam.

As preocupações da ABENO estavam na atuação docente, as quais também estavam centradas no ensino integrado. Em 1962, a Associação defendia a adoção do tempo integral, principalmente para os docentes da área básica. Coincidindo com esse período, foram implementados os cursos de pós-graduação e as exigências de titulação para a carreira universitária, que passou a ser obtida em tais cursos e em concursos públicos.

Mesmo de forma pouco significativa, teve início nos anos 1960 a superação da fase típica das primeiras décadas de funcionamento dos cursos de Odontologia, em que o professor era o profissional bem conceituado nas práticas clínicas do local. Muito embora não estivesse preparado e nem tivesse vocação para a prática do ensino, esse foi um aspecto que caracterizou e ainda caracteriza fortemente o ensino em todas as carreiras da saúde até os dias atuais (Carvalho, 2001).

Com a criação desenfreada de cursos de Odontologia em vários estados, acentuaram-se as discussões sobre as reformas curriculares necessárias para o ensino odontológico brasileiro.

Lima³ (1958) discute o fato de as propostas de reforma curricular estarem centradas na simples multiplicação das cátedras e na possibilidade de aumentar o número de anos para a obtenção do título de cirurgião-dentista.

Por solicitação do Governo Federal, a CAPES constituiu em 1960 uma comissão para que fossem apresentadas propostas com vistas à melhoria das condições de ensino odontológico no Brasil. As propostas centravam-se na ampliação dos currículos de odontologia para 4 anos, com 4.280 horas de trabalho, e previam também o agrupamento de disciplinas em departamentos, com o objetivo de permitir o entrosamento de disciplinas afins e o estudo orientado. Tal fato tem repercussões importantes nas discussões atuais acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pois essas estruturas departamentalizadas têm dificultado o avanço dos processos. Foi nesse cenário que se concretizou o ensino fragmentado e dissociado da visão requerida a qualquer profissional da saúde.

Em 1964, o grupo de trabalho da ABENO sistematizou uma proposta defendendo um currículo mínimo e a organização de calendário escolar em atendimento a então recente Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). O formato proporcionado pela LDB, de 1968, resultou em um distanciamento das disciplinas básicas com as consideradas profissionalizantes, formando, assim, cirurgiões-dentistas com visão desvinculada da totalidade do ser humano e centrada apenas nas habilidades técnicas da profissão, com foco na cavidade bucal.

A necessidade, cada vez mais premente, de um ensino que formasse profissionais mais integrados à atuação comunitária, delimita a chamada fase Humanista. Com o objetivo de atender às mudanças sociais ocorridas e visando à formação de um profissional generalista, o Conselho Federal de Educação (CFE), por meio da Resolução

³Lima *apud* Carvalho, A. C. P. A Evolução do ensino odontológico no século XX. In: Rosenthal, E. A Odontologia no Brasil no Século XX. São Paulo: Santos, 2001, 441 p.

4/82, instituiu um novo currículo para o curso de odontologia. A resolução determinava a carga horária mínima de 3.600 horas e de oito semestres para a duração do curso. É importante chamar a atenção para o fato de que desde essa época o termo “generalista” tem sido empregado nos ambientes formadores e, nesse cenário, foram introduzidas também disciplinas como Antropologia, Psicologia, Sociologia e Metodologia Científica. Para esse tipo de formação, no entanto, tais disciplinas eram consideradas “perfumaria” por muitos profissionais, uma vez que o interesse da profissão recaía no desenvolvimento de habilidades manuais (Carvalho, 2001). A integração ensino/serviço foi contemplada nos estágios, conforme definido em decreto federal, e também pelo Conselho Federal de Odontologia. O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, passou a ser visto como competência das Instituições de Ensino que poderiam recorrer aos serviços de integração, estabelecendo relações com empresas, serviços, comunidades e governo mediante convênios (Moraes e Pessoti, 1983).

A intensa relação entre a ABENO e a CAPES desencadeou movimentos de inovações curriculares como o de Diamantina (MG), que influenciou diversas Faculdades. A experiência de Diamantina contava com forte apoio oficial do então governador de Minas Gerais, Juscelino Kubitschek; ao paraninfar a primeira turma da referida Instituição, o governador pronunciou-se em relação ao ensino odontológico dizendo que este tinha ainda muito a melhorar, e que algo deveria ser feito com urgência para que isso ocorresse.

De Minas Gerais surgiram outras inovações no currículo, como no Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, tendo como premissa o conceito de integração. Ênfase foi dada ao ensino extramuros e à pesquisa social; o desenvolvimento de sistemas de trabalho e da produção de equipamentos simplificados deu origem à Odontologia Simplificada (Carvalho, 2001).

O momento da simplificação e desmonopolização estava caracterizado em linhas gerais por estudar o espaço social, eliminar supérfluos, diminuir passos técnicos e burocráticos, elevar a qualidade dos serviços, utilizar conhecimento e tecnologia apropriados, mesma coisa com equipamentos, instrumentos, biomateriais, uso de técnicas e modificação diversificando os espaços físicos, tentando romper com a idéia

de consultório individual, coletivizando o serviço através de módulos de serviço coletivo buscando, em última instância uma modificação do modelo de atenção, que superava o assistencial e ia para o social concreto no modo de viver das pessoas, através da formação de pessoal técnico e profissional junto às comunidades, desmonopolizando o conhecimento científico e transferindo-o a que dele pudesse fazer bem, era a utopia de fazer de cada cidadão seu próprio agente de saúde bucal, até onde as possibilidades o permitissem (Cordón, 1998, p.15).

O movimento de reforma curricular se fazia presente em muitas outras Universidades brasileiras; notadamente na Faculdade de Odontologia de Bauru, que dava relevo à Odontologia Preventiva com atuação comunitária; ao diagnóstico bucal; ao ensino clínico-integrado; ao estudo de oclusão; ao emprego de pessoal auxiliar, entre outras mudanças (Carvalho, 1995).

Já nesse momento, as inovações se voltavam para a Odontologia Preventiva com menção às práticas comunitárias. Apesar de se diferenciar das demais, essa disciplina era ainda centrada no indivíduo e na clínica, e não incorporava totalmente a abordagem comunitária na prática. Contudo, um fator relevante, foi o desenvolvimento de tecnologia simplificada na clara tentativa de promover maior acesso às ações e serviços odontológicos, sem que, contudo, ocorressem mudanças significativas nas ações da odontologia.

Paralelamente, na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, em Piracicaba, ocorreu uma profunda reestruturação com vistas à montagem de um curso harmônico, com esforço de integração e formando blocos de ensino, divididos em dois grandes grupos: um de atividades pré-clínicas, e outro de atividades clínicas.

Na passagem dos anos 1970 para os 1980, o Programa de Desenvolvimento do Ensino Superior - PADES do MEC apoiou alguns projetos inovadores, geralmente voltados à filosofia docente/assistencial. Em 1978, no Seminário sobre Ensino Odontológico, promovido pelo MEC, por intermédio da CAPES e do PADES, o destaque foi dado para as propostas de inovação da Faculdade de Bauru e da Universidade Federal de

Minas Gerais. A odontologia, assim como em outras profissões da área da saúde, sofreu significativo aumento de cursos oferecidos a partir da publicação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB), em 1996 (Carvalho, 2001).

Atualmente são 174 faculdades de Odontologia existentes no Brasil: 120 particulares, 27 federais, 19 estaduais e 8 municipais. De acordo com os dados do Conselho Federal de Odontologia (2005), o Brasil conta com 207.848 cirurgiões-dentistas distribuídos de forma desigual pelo país com maior concentração na região sudeste que, segundo a pesquisa realizada pelo Inbrape (2002), totaliza 60,6% de dentistas presentes nessa região (CFO, 2005).

Levando em consideração a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2005 sobre a população brasileira de 185 milhões de habitantes, a proporção de cirurgiões-dentistas por habitante é de 1/890. No entanto, mesmo com um número mais que suficiente de profissionais, a odontologia como profissão tem se mostrado ineficiente em suas ações, com uma prática atual na qual predomina a ênfase nos aspectos individuais que tem caracterizado a odontologia ao longo de sua trajetória histórica (Wikipedia, 2006; Marcelino, 2000).

As recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Odontologia reafirma a necessidade de um

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 (Brasil, 2001, p. 25).

Essa discussão sobre o perfil do profissional de Odontologia vem sendo apontada desde o parecer 840/70 de 11 de novembro de 1970, que determinava o caráter do ensino odontológico eminentemente técnico e alertava para a necessidade de

uma formação mais ampla, incluindo matérias de cultura geral, do domínio das ciências humanas. O objetivo dessa inclusão era alargar os horizontes intelectuais do profissional, integrá-lo melhor no contexto sócio-cultural do país e do mundo e prepará-lo para a liderança social que compete a todo universitário (Brasil, 1970).

Os conceitos advindos das ciências sociais são partes do instrumental necessário para se levar em conta o contexto em que as pessoas vivem e para entendê-las em suas múltiplas dimensões, o que é importante no momento de estabelecer relações, interpretar situações, analisar causas e propor soluções para os problemas (Araújo, 2006). Entretanto, como critica Canesqui (2000), a estratégia de inserir as ciências sociais como disciplina revelou-se insuficiente e não conseguiu influir no núcleo duro da formação em saúde.

Dessa forma, conclui Araújo (2006), as transformações não devem ser definidas *a priori*. Elas não se constroem simplesmente na prática pedagógica, no papel, em clínicas das faculdades odontológicas, mas em todos os cenários nos quais se dá a prática profissional, enfrentando os problemas que se apresentam nas realidades, permitindo a reflexão e propondo as mudanças necessárias para superar a nossa indignação cotidiana.

CAPÍTULO 2

Em busca do conceito “odontologia em saúde coletiva”

*Miséria é miséria em
qualquer canto
Riquezas são diferentes
Índio, mulato, preto, branco
Miséria é miséria em qualquer canto
Riquezas são diferentes
Miséria é miséria em qualquer canto
Filhos, amigos, amantes, parentes
Riquezas são diferentes
Ninguém sabe falar esperanto
Miséria é miséria em qualquer canto
Todos sabem usar os dentes
Riquezas são diferentes*

(Arnaldo Antunes, Sérgio Brito e Paulo Miklos)

A história da Odontologia no Brasil começa como pura prática, e assim segue até a instituição oficial de seu ensino. Durante longo tempo centrado apenas nas habilidades técnicas da profissão, esse ensino precisou passar por inovações curriculares que tinham como premissa a integração e buscavam a pesquisa social, voltando-se para a Odontologia Preventiva. Nesse contexto,

é reconhecida uma prática que estabelece formas diferentes para o conteúdo e prática da odontologia tradicional, é o paradigma da Odontologia em Saúde Bucal Coletiva, que constitui um campo importante na busca de melhor qualidade de vida para toda a sociedade (Cordón, 2005, p.1).

2.1- A saúde bucal da população brasileira

O Brasil é um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolve ações para as faixas etárias escolares, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos têm acesso apenas aos serviços de urgência, geralmente mutiladores, condição que caracteriza a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social.

Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliaram o acesso e desenvolveram ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas.

Enquanto no âmbito internacional países como a Inglaterra e os países nórdicos detinham dados sobre cárie dentária desde as primeiras décadas do século XX, no Brasil o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só foi realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde. A escassez de recursos disponíveis só permitiu a este estudo fornecer informações sobre a população residente na zona urbana e em apenas 16 capitais. No levantamento das informações sobre a prevalência da cárie, das doenças periodontais, das necessidades e da presença de prótese total e da procura por serviços odontológicos foram considerados dez grupos etários: para efeitos de levantamento de cárie dental e demanda de serviços: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 anos; de 15 a 19 anos; de 35 a 44 anos e de 50 a 59 anos. Houve uma modificação na faixa de maior idade, que costumeiramente engloba pessoas de 60 anos e mais – ou especificamente de 65 anos, nos países industrializados. Para o Brasil, em razão da esperança de vida ao nascer, que era em média de 65,5 anos para as mulheres e de 61,3 anos para os homens, dados do período de 1975-1980, considerou-se a faixa de 50-59 anos. A escolha desses grupos obedeceu a critérios de estrita prioridade epidemiológica, no caso da faixa de 6 a 12 anos, e à possibilidade de comparação internacional, em função das metas de saúde bucal trabalhadas pela Federação Dentária Internacional (FDI) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS); metas que estabeleceram índices a serem atingidos no ano 2000 nas idades aqui consideradas (Brasil, 1986).

Os argumentos que levaram à efetivação desse levantamento foram o reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país.

A demanda por serviços odontológicos é evidentemente limitada. Mesmo em países com altos índices de doenças bucais e atendimentos bem estruturados, esses serviços também foram considerados, em segundo lugar, somados à avaliação de que apenas parte das pessoas com problemas procuram atendimento a cada ano; nesses casos, cabe ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carentes.

Finalmente, em terceiro lugar, considerou-se à época, a possibilidade – cada vez mais próxima e concreta – de implementação de um programa nacional de saúde pública em odontologia, para o qual esses subsídios seriam essenciais.

Como resultado desse levantamento foi possível comprovar os altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) do mundo à época, em todas as idades analisadas. O CPO médio evoluiu de 1,25 aos 6 anos para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos.

Atuando como forte agravante desse quadro, a composição do índice apresentava uma situação em que 60% dos dentes estavam cariados; 6% com extração indicada; 5% extraídos; e somente 29% obturados, conforme dados dos 6 aos 12 anos de idade.

Pôde-se verificar também que somente 40% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes e mais de 72% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, já havia extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar.

Com relação à doença periodontal, menos de 29% dos adolescentes e pouco mais de 5% dos adultos apresentavam as gengivas saudáveis. Entre as pessoas de 50 a 59 anos, somente 1,33% apresentavam as gengivas saudáveis.

Dez anos após o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, foi realizado o Segundo Levantamento em Saúde Bucal. O Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e as secretarias estaduais e municipais de saúde promoveram esse levantamento com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A pesquisa foi realizada somente com relação à cárie em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal, visando a um referencial para o desenvolvimento das ações preventivas do SUS. Havia a intenção de realizar uma segunda etapa, incluindo a população adulta e outras doenças investigadas, o que acabou não acontecendo. Como resultado do levantamento, notou-se que o CPO-D

médio evoluiu de 0,28 aos 6 anos para 1,53 aos 9 anos, atingindo 3,06 aos 12 anos (Brasil, 1996).

Uma das causas prováveis da queda do índice CPO na faixa etária de 6 a 12 anos é a fluoretação das águas de abastecimento público; houve uma crescente adesão a esse processo de tratamento da água nos municípios nos anos 80 e, como as pesquisas apontam, há uma redução do índice de cárie após 10 anos ininterruptos.

Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema, que levou à criação de um sub-comitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”. Esse estudo, além de embasar a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000.

O projeto envolveu a participação de várias instituições e entidades odontológicas – Conselho Federal e Conselhos Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, faculdades de odontologia, além do decisivo suporte das secretarias estaduais e municipais de saúde.

Aproximadamente 2 mil trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, entre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo. No total, foram examinadas 108.921 pessoas, entre crianças (18 a 36 meses, 5 e 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos), nas zonas urbana e rural de 250 municípios brasileiros. Esse levantamento pôde produzir informações relativas às principais doenças bucais, às condições socioeconômicas, ao acesso aos serviços e à autopercepção em saúde bucal (Brasil, 2005).

Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida.

Os resultados revelaram aproximadamente 14 dentes atacados pela cárie entre a adolescência e a idade adulta, enquanto a doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando gengivas saudáveis. Comparando-se os dados de edentulismo em nosso país e as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, observa-se que o Brasil está aquém dessas metas, com apenas 10% dos idosos com vinte ou mais dentes.

Somente entre as crianças de 12 anos a meta da OMS foi atingida, ainda assim, a cárie nessa idade representa um grave problema de saúde pública, com marcantes diferenças macrorregionais e com cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença sem tratamento. Com relação às demais metas, os resultados obtidos encontram-se distantes do que foi estipulado pela OMS para o ano 2000, como se observa no quadro que se segue (Oliveira, 2006).

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

O que se observa é que a odontologia oferece atendimentos irregulares com respostas mutiladoras, ou seja, a extração, que para as classes populares acaba por ser a melhor saída para a solução de seu problema – a dor.

O título “*Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica*”, de um artigo escrito por Garrafa e Moysés (1996) há dez anos, retrata ainda a Odontologia atual no Brasil.

“*Tecnicamente elogiável*”, pelo alto índice de faculdades de Odontologia, nas quais muitas formam seus cirurgiões-dentistas dentro de padrões técnicos aproximados às melhores experiências mundiais. O grande número de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização pelas entidades de classe e pelas faculdades e o vertiginoso lançamento de novos biomateriais e equipamentos de grande sofisticação tecnológica.

Considerada “*Cientificamente discutível*”, também é objeto de reflexão. Por um lado, as pesquisas mais avançadas desenvolvidas nos dias atuais têm a chancela de grandes empresas ou indústrias nacionais ou transnacionais; as novas descobertas, contudo, são conhecidas pelos pesquisadores em fragmentos, uma vez que a totalidade dos processos investigativos fica sob domínio dessas empresas, que acabam mantendo o monopólio sobre avanços que poderiam beneficiar toda a sociedade. A ciência e a prática odontológica nacionais têm em mãos todos os instrumentos necessários para a erradicação e controle das doenças bucais mais prevalentes, especialmente a cárie e a doença periodontal, consideradas problemas de saúde pública; todavia, o quadro epidemiológico nacional não tem mudado significativamente em todos esses anos. Muitas faculdades continuam privilegiando as experiências curativo-reparadoras e robotizando o aluno com manobras terapêuticas repetidas e cotidianas a partir das quais se perde a referência com o mundo real da população.

O conceito de “*Socialmente caótica*” é discutido a partir de uma noção de cidadania que visa garantir uma realização pessoal na sociedade, que traz as marcas das diferenças, assegurando privilégios e mantendo inalterada a estrutura de dominação e mando em espaços sociais extremamente compartimentados.

Nesse cenário, cidadania não é sinônimo de coletividade, uma vez que considera todos livres e juridicamente iguais para a concorrência e competitividade num mundo de desigualdades dramáticas das condições objetivas de vida; desigualdades que implicam diferenças exponenciais na capacidade de acesso aos bens e serviços, geradores de desenvolvimento pessoal e grupal como boa educação e atenção em saúde, especialmente saúde bucal. Assim, a saúde bucal da população brasileira torna-se reflexo desse contexto, com a agravante de, historicamente, apresentar-se como um conjunto de ações e de prestação de serviços odontológicos deficientes, aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora, contribuindo para significativa perda de dentes, como mostram os resultados dos levantamentos epidemiológicos realizados em nível nacional (Brasil, 2006).

2.2- A odontologia na saúde pública

Durante a República Velha (1889-1930), o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A cafeicultura era o principal setor da economia e os lucros produzidos pelo café foram aplicados nas cidades, favorecendo, portanto, a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do séc. XIX.

Desse desenvolvimento resultou um crescimento rápido das aglomerações urbanas e as condições de vida favoreciam a propagação de doenças e, conseqüentemente, um alto coeficiente de mortalidade.

Assim, o que se exigia do sistema de saúde nessa época era uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Pouco a pouco, entretanto, começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica chamada de *medicina pública*, *medicina sanitária*, *higiene* ou simplesmente *saúde pública* (Bertolli Filho, 2002).

Somente a partir de 1860/1870, com a descoberta dos agentes etiológicos, é que foi possível idealizar e testar métodos para impedir a ocorrência da doença. Portanto, a partir daí a medicina preventiva passa a ser a denominação usada em oposição à medicina curativa, assim como na odontologia surgiu a expressão *preventiva*, em oposição à odontologia curativa, assistencial ou reparadora, para caracterizar os dois aspectos da prática profissional.

A odontologia preventiva teve início com o estudo de Miller sobre a microbiologia da boca, em 1890. Segundo Chaves (1986), a medicina e a odontologia preventivas seriam atribuições da saúde pública e questiona:

Existem duas medicinas e duas odontologias, uma preventiva, e uma curativa? Obviamente não...- O tratamento oportuno e eficiente é uma forma de prevenir complicações e seqüelas. A prevenção, em sentido amplo, inclui a prevenção *sensu strictu* e o tratamento...- O conceito amplo de prevenção, enunciado por Leavell e Clark, é eminentemente didático, sintético, integrativo e é o único compatível com uma prática profissional de um padrão elevado, seja em clínica particular, seja em um serviço público (Chaves, 1986, p. 431).

Historicamente, os modelos assistenciais em saúde no Brasil tiveram suas origens na Medicina Científica (flexneriana), do ponto de vista das características da prática médica. Essa condição fez com que suas ações fossem centradas no ato médico clínico de caráter curativo e fortemente tecnológico-dependente. Esse modelo desenvolveu-se a partir do processo de industrialização e do crescimento da medicina previdenciária, que se deu à custa do financiamento do Estado e ficou conhecido como “médico assistencial privatista”. De outro lado, o modelo intitulado “sanitarismo campanhista” era responsável pelas ações da tradicional saúde pública, principalmente no combate às endemias e epidemias (Paim e Almeida Filho, 1998).

Assim como a proposta de Flexner⁴ (1910) trazia modificações para o ensino médico, Gies⁵ (1926), seguindo essa trajetória política, apresenta à categoria odontológica seu relatório sobre a educação odontológica nos Estados Unidos e Canadá; propõe, então, a passagem do modelo pouco sistematizado para uma reorganização da prática odontológica, orientada desde as Faculdades de Odontologia para o modelo biologicista e curativista. Entretanto, durante a década de 1920, a prática odontológica foi centrada no indivíduo-paciente e monopolizada pelo cirurgião-dentista; possuía como elementos estruturais dominantes: o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas e a tecnificação do ato operatório, que agregava a mercantilização e o monopólio, demonstrando a maior profundidade dada a essa prática no modelo de Gies⁶ (1926) e isolando a odontologia do contexto médico.

O modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988, era, preponderantemente, de prática privada, cobrindo parte da população; quanto ao seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecia assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. A previdência social, ainda incipiente, prestava, em caráter complementar, assistência odontológica e médica para suas populações cativas, enquanto o Ministério da Saúde se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente. Algumas populações, como aquelas na zona da borracha, eram assistidas pelo SESP. Esse fato caracterizou a dicotomia histórica das instituições públicas de atenção à saúde: previdência versus saúde pública. Anos mais tarde, alguns institutos de previdência passaram a ter serviços próprios, com um modelo baseado na livre demanda. A assistência planejada voltada para os escolares, introduzida pelo SESP no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (Serra, 1998).

⁴Flexner *apud* Cordón, J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. *Ação Coletiva*, 1998. 1(1): 7-26.

⁵Gies *apud* Cordón, J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. *Ação Coletiva*, 1998. 1(1): 7-26.

⁶Gies *apud* Cordón, J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. *Ação Coletiva*, 1998. 1(1): 7-26.

Um momento histórico importante e de contribuição significativa da Odontologia à Saúde Pública foi o descobrimento da causa da fluorose e, conseqüentemente, o efeito anti-cariogênico do flúor, no início do século XX (Narvai, 2000). A partir daí surgiram muitos trabalhos sobre formas de aplicação do flúor sistêmico e tópico, merecendo destaque o de Knutson & Armstrong⁷ (1943), nos EUA, de aplicação tópica de fluoretos como programa para as escolas, e a implantação pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) do Sistema de Fluoretação de Águas de Abastecimento Público no Brasil, Baixo Guandú-ES, no início dos anos 50, juntamente com a criação do Sistema Incremental de atendimento odontológico, seguindo as diretrizes norte-americanas; mais tarde, temos o estudo de Hausen et al⁸ (1981) sobre flúor no sal, na Europa .

Cordón (1998) aponta, então, a segunda ruptura epistemológica, segundo a qual a “imposição de um sistema de assistência é superada pela prevenção das águas de abastecimento público” (Cordón, 1998, p.13).

2.3- A odontologia integral

Com um grande número de doenças acumuladas e com o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, surge a proposta do sistema produtivista, com o objetivo de resolver essa demanda. Contudo, esse sistema apresentou baixa resolutividade, além de um alto custo, embora houvesse ampliação da produtividade. Na tentativa de reduzir gastos, houve uma fragmentação das tarefas, traduzidas na odontologia simplificada. O reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade de serviços para controlá-las deu origem ao sistema preventivista, cuja atenção era voltada para os mais jovens.

Da aplicação da simplificação na população mais jovem, ainda livre de cárie, surge a odontologia integral. Essa proposta se vale da lógica do modelo preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens e, portanto, excludente, e da lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares

⁷Knutson & Armstrong *apud* Pinto, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000.

⁸Hausen et al *apud* Pinto, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000.

permanentes de crianças, com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (Narvai, 1994).

A prevenção ou o tratamento nas fases iniciais da doença dirigiu o atendimento odontológico predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores, que se fariam necessários para conter lesões mais complexas. A justificativa para a aplicação desse modelo e para dar continuidade à prática odontológica em escolares partiu da seguinte afirmação: prevenindo a cárie na infância, as pessoas estarão protegidas na vida adulta (Pinto, 1993; Sheiham, 1992).

A tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo do sistema incremental americano de atenção às minorias, sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois países, acabou por apresentar um caráter excludente, como analisa Narvai (1994). Como os problemas eram gerais e não focais, como nos Estados Unidos, resultou que esse sistema não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava exclusivamente para a população-alvo e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer. Mais que isso, a odontologia parece ter seguido uma rota, enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra, distinta e não paralela, tendo como consequência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica de um sistema de exclusão (Pinto, 1993).

No mesmo período do descobrimento dos efeitos do flúor sobre os dentes, Fones⁹ (1913), em Connecticut, USA, propôs pela primeira vez a criação de um profissional auxiliar para o Cirurgião-Dentista. Mais tarde, na década de 60, o “pessoal auxiliar” foi alvo de estudos para a mudança do modelo hegemônico – denominado odontologia científica – para uma odontologia denominada integral ou simplificada.

⁹Fones *apud* Cordón, J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. *Ação Coletiva*, 1998. 1(1): 7-26.

Seria a integração das atividades educativas, preventivas e curativas e também a do trabalho odontológico com o aumento da produtividade, utilizando os conceitos de tempo e movimento aplicados pela Ergonomia. Foi então que surgiu o “trabalho a quatro mãos”, com o atendente do consultório dentário (ACD) e, posteriormente, o “trabalho a seis mãos”, com o acréscimo do técnico de higiene dental (THD). A partir daí, Cordón (1998) nomeia a terceira ruptura epistemológica: O tripé da odontologia integral; a desmonopolização, simplificação e prevenção na prática odontológica.

Surgiram, então, estudos sobre o enfoque ecológico da saúde – doença bucal: a relação da idade, do sexo, da raça e da situação socioeconômica com os problemas bucais (Kriger, 2003); programas preventivos e educativos em saúde bucal associados com tratamento curativo em escolares (Pinto, 1993); e a importância do controle de placa não só para a prevenção da cárie e da doença periodontal, como também para a cura em seus estágios iniciais (Løe, 1965; Von der Feher, 1970)

2.4- A saúde bucal coletiva

Como aponta Nunes (2002),

A presença de forte repressão política e de piora crescente nos indicadores sócio-econômicos e de saúde punham sob suspeita um modelo de Saúde Pública desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde (Nunes, 2002, p. 14).

Porém, a partir dos anos 60 e 70, o modelo biomédico de tratar e prevenir doenças começou a ser questionado. A definição de saúde ainda era “ausência da doença”, e, como consequência, serviços de saúde eram criados para tratar pessoas doentes, em uma perspectiva biológica, não levando em conta a interação entre fatores sociopsicológicos e, também, fatores físicos.

Entretanto, a alta qualificação do profissional nessa época levou à exclusão da maioria da população. Daí surgiu a idéia do Sistema Nacional de Saúde, retirando o planejamento da área econômica e passando para o setor saúde como um todo indissociável, sem produzir estanques entre o curativo e preventivo e o industrial e coletivo. Porém, esse programa apresentado ao Governo em 1970 não consegue sair do papel (Muller Neto, 1991).

Em 1974, o relatório de Lalonde¹⁰, produzido pelo Governo Canadense, direcionou a atenção para a interação entre as pessoas e seu ambiente total, em suas esferas biológicas, psicológicas, sociais, políticas econômicas, culturais e ambientais. Foi então que em 1977, sob influência desse relatório, foi lançado pela OMS o slogan “Saúde para todos no ano 2000”, assumindo uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde.

Esses preceitos foram reforçados no ano seguinte, em Alma Ata, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela OMS, e teve um papel importante na ampliação de esforços no sentido de modificar prioridades do setor saúde; a ênfase recai sobre a promoção de saúde e prevenção, em lugar de serviços clínicos e curativo, apoiando comunidades locais em ações voltadas para a melhoria de sua saúde. O impacto dessa Conferência pôde ser observado em muitos países, incluindo o Brasil, não só na prática, mas também em pesquisa e educação odontológica (Roncalli, 2003).

A partir de meados dos anos 80, o papel da promoção de saúde como movimento para mudanças sociais e políticas foi sendo definido em uma série de conferências, dentre elas, a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa, 1986; ocasião em que se explicitou uma nova definição de saúde, a qual refletiu na revisão do conceito da OMS: “um completo estado de bem estar físico, mental e social” (Moysés e Watt, 2000).

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal foi realizada alguns meses após a VIII Conferência Nacional de Saúde, em outubro de 1986. Conforme escreveu o coordenador geral, Volnei Garrafa, na apresentação do relatório final:

¹⁰Lalonde *apud* Moysés, S. T. e Watt, R. Promoção de Saúde Bucal In: BUISCHI, Y. P. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas EAP-APCD, 2000; p. 3-22.

Na história da odontologia brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista (Brasil, 1986, p. 2).

Foram discutidos quatro temas para a formulação de um modelo, uma forma distinta de organização da prática odontológica: mais tarde denominada prática da saúde bucal coletiva, que, segundo Cordón (1998), seria a quarta ruptura epistemológica. Os temas foram: “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado”, “Diagnóstico de Saúde Bucal no Brasil”, “Reforma Sanitária: Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde” e “Financiamento do Setor de Saúde Bucal”.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – fixados na Constituição Federal em 1988 e detalhados na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080/90 e 8.142/90 – foram os resultados de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira. Esses princípios foram divididos em dois grandes grupos, os doutrinários e os organizacionais (BRASIL, 1990 a, b).

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

- a *universalidade* ou direito universal à saúde, para todos os cidadãos, independentemente de qualquer contribuição financeira prévia ao sistema;
- a *integralidade* ou atendimento integral à saúde, entendido como a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários para efetivamente melhorar os níveis de saúde da população;
- a *equidade*, compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais ou individuais, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a exclusão e beneficiem prioritariamente aqueles que possuem piores condições de saúde.

Os princípios organizacionais (ou operativos) orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários:

- a *descentralização* de ações e serviços de saúde estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. De acordo com o parágrafo 2º do artigo 10 da Lei 8.080, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”;
- a participação da população, *o controle social*, na formulação e acompanhamento das políticas do sistema;
- a regionalização e a hierarquização da rede de serviços assistenciais, princípios imprescindíveis para a racionalização do sistema.

O SUS pode ser considerado, atualmente, um dos sistemas de saúde públicos de maior cobertura no mundo. De fato, a complexidade e amplitude dos serviços prestados pelo sistema representam um grande avanço na concretização de seu princípio fundamental: o direito de todos os cidadãos do país ao atendimento digno de suas necessidades de saúde (São Paulo, 2003).

Alicerçado nessa concepção é que se construiu o conceito de Odontologia em Saúde Coletiva, reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), em 1993, e conceituada como:

[...] a especialidade que tem como objetivo o estudo dos fenômenos que interferem na saúde bucal coletiva, por meio de análise, organização, planejamento, execução e avaliação de serviços, projetos ou programas de saúde bucal, dirigidos a grupos populacionais, com ênfase nos aspectos preventivos (CFO, 1993, p.9).

Assim sendo, existe uma práxis social manifesta na construção de um modelo de saúde que se caracteriza pela equidade, universalidade e integralidade da atenção em saúde bucal, para que, com ênfase coletiva, possa ser promovida uma qualidade de saúde

bucal desejada pela sociedade. Esse modelo dá prioridade às necessidades a aos problemas mais abrangentes da comunidade e deve ser educacional, em todos os seus momentos e processos.

De fato, a odontologia chega ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica, especialmente a cárie e a doença periodontal, bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las; entretanto, continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela (Garrafa, 1994).

Ainda assim, a criação do Sistema Único de Saúde trouxe um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Como resultado, a busca de respostas ao desafio político-sanitário do SUS produziu uma série de opções programáticas que, em alguns aspectos, romperam com o modelo de programação proposto pelo SESP (Zanetti, 1996).

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação – impulsionou a decisão de orientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na Estratégia de Saúde da Família (ESF), já vigente desde 1994. Nesse contexto, foi elaborado o “Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica”, contido na Portaria nº. 267, de 06/03/01, e que apresentou os seguintes objetivos:

- melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo Programa de Saúde da Família (PSF);
- assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;

- capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas de acordo com os princípios do PSF (Brasil, 2001).

Dessa forma, foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (ESB):

- ESB Modalidade I: composta por cirurgião-dentista (CD) e Atendente do Consultório Dentário (ACD).
- ESB Modalidade II: composta por CD, ACD e THD.

Inicialmente, cada ESB era referência para duas Equipes da Saúde da Família (ESF) e cobria, em média, 6.900 pessoas. Essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das equipes de saúde bucal e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais.

A partir da Portaria nº. 673/GM, em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas (Brasil, 2006).

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

A organização desse modelo foi fundamentada nas “linhas do cuidado”: da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar, respeitando a referência e a contra-referência. Verifica-se então que, a linha do

cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho que tem no trabalho em equipe um de seus fundamentos mais importantes. Constituída em sintonia com o universo dos usuários, essa linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas.

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos no nível secundário e no terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção (Brasil, 2004). Nessa perspectiva, fazia-se necessário que essa política expressasse sua construção radicalmente interligada com a conformação do sistema de saúde brasileiro, ou seja, o Sistema Único de Saúde, que, segundo seus princípios constitucionais, edifica-se na universalização do acesso, na integralidade, na equidade e no controle social.

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Essa política é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006).

Entretanto, a reorganização dentro desse novo modelo requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais estejam capacitados para intervir de forma qualitativa, no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade. Para tanto, são necessários currículos e programas de capacitação orientados para atender às necessidades, em consonância com a realidade dos sistemas municipais (ABENO, 2004).

CAPÍTULO 3

“Os cirurgiões dentistas da rede básica do município de Campinas”

*Como na flor
a beleza,
na maçã, o sabor,
em cada homem
havia um ser humano.*

*Com o tempo,
este mundo
mudou.*

*Agora, um pedreiro
é um pedreiro;
um cobrador, um cobrador;
num garçom
há um garçom.*

*Em cada homem
a face humana
dá lugar
à profissão.*

Alcides Buss

Após reconstituir todo esse processo histórico apresentado nos capítulos anteriores, procurou-se, neste capítulo, descrever o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica de saúde no município de Campinas.

Buscou-se, com base no referencial teórico, identificar as competências e habilidades necessárias para a atuação no SUS e traçar uma análise da relação entre a formação recebida desses profissionais e as exigências da prática efetivamente realizada.

3.1- População estudada e métodos

Para este estudo tomou-se como base o método quantitativo, procurando-se, ao mesmo tempo, integrá-lo aos recursos analíticos proporcionados pela pesquisa qualitativa, considerando que ambos são complementares.

A população deste estudo foi constituída pelos 259 cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica de saúde do município de Campinas. Deste total, 147 profissionais participaram do estudo após terem lido e assinado o termo de livre consentimento (Anexo 1) exigido para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

O instrumento para a coleta de dados foi do tipo questionário estruturado (Anexo 2) contendo 3 partes como se segue:

- A primeira parte foi destinada à identificação pessoal e contou com um total de três questões fechadas.
- A segunda parte do questionário foi destinada à formação profissional e contou com cinco questões fechadas
- A terceira parte do questionário foi destinada à atividade profissional e política de saúde e contou com 4 questões fechadas complementadas com quatro questões dissertativas com o objetivo de maior aproximação do perfil profissional.

A análise procurou verificar como esses dentistas vêem a política de saúde na qual estão inseridos e a relação entre a formação e a prática atualmente realizada.

Esses questionários foram distribuídos pelo coordenador da área técnica de saúde bucal da Secretaria Municipal de Campinas aos cinco distritos da rede básica que, por sua vez, foram entregues aos dentistas pertencentes às unidades básicas de saúde. Uma vez respondidos, os questionários foram devolvidos ao coordenador que os encaminhou para a pesquisadora, juntamente com o termo de livre consentimento.

As questões quantitativas foram analisadas a partir da utilização dos recursos elementares da estatística, como cálculo de frequências, e organizados para melhor descrição dos resultados, não exigindo o emprego de um programa estatístico específico para a análise das respostas.

Para analisar as questões dissertativas foram criadas categorias analíticas, com base no referencial teórico, e categorias empíricas a partir da análise do material coletado após o emprego do agrupamento das respostas realizado previamente.

A validação dessa análise teve como critério a leitura de um docente da área da Saúde Coletiva para visualizar também as categorias.

3.2- Apresentação dos resultados e da discussão

Com o objetivo de facilitar o acompanhamento das questões que se referem às discussões, optou-se por reproduzir os respectivos blocos de questões que compõem o instrumento de coleta de dados, de forma que antecedam a análise dos resultados.

3.2.1- Identificação pessoal dos cirurgiões-dentistas

Quadro 1

IDENTIFICAÇÃO	
1- sexo	
☐ masculino	☐ feminino
2- estado civil	
☐ solteiro	☐ separado
☐ casado	☐ viúvo
☐ vive com companheiro	
3- Data de nascimento: __/__/____	

Os cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa apresentam idade entre 37 e 46 anos (49%), sendo a maioria casada (70%) e com o predomínio do sexo feminino (68%).

No Brasil, um estudo realizado em 2003 pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas (Inbrape), demonstrou que 72% dos dentistas têm menos de 40 anos, e que a faixa etária com maior concentração, 29,5%, é a de 26 a 30 anos. A pesquisa “Perfil dos médicos no Brasil”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Conselho Federal de Medicina, indica que a medicina no Brasil, assim como a Odontologia, é exercida atualmente por profissionais jovens situados na faixa etária menor de 45 anos de idade (70%) (Machado, 1997).

Segundo Machado (1997), o crescente incremento de novas escolas, que conseqüentemente aumenta o número de jovens dentistas no mercado de trabalho, fornece um elemento de caracterização da profissão, qual seja, o “rejuvenescimento do contingente odontológico”. Tal fenômeno ocorre em decorrência do boom da abertura de escolas de medicina e odontologia no final da década de 60 e no início da década seguinte, conforme Machado et al.¹¹ (1992):

Embora a tendência ao rejuvenescimento da força de trabalho em saúde seja geral, ela é absolutamente hegemônica no seio dos profissionais de nível superior, basicamente em função da reforma universitária e da explosão de egressos das escolas de 3º grau (Machado et al., 1992, p. 46).

Nota-se que a faixa etária dos dentistas da rede básica do município de Campinas é maior que a média dos dentistas do Brasil. Isso se explica pela dificuldade da inclusão desse profissional no serviço público, onde apenas 26,2% dos dentistas do Brasil são empregados nesse setor (Inbrape, 2003).

¹¹Machado et al. *apud* Machado, MH. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

A feminilização da profissão também é um fator importante a ser discutido. O fenômeno da crescente participação das mulheres no mundo do trabalho é observado em nível mundial, alterando consideravelmente o quadro de trabalhadores em quase todos os setores da economia. A saúde acompanhou esse processo e tem apresentado uma das mais altas taxas de feminilização no mundo do trabalho.

A presença da mulher, desenvolvendo ações de cuidado ao doente no trabalho caritativo das religiosas, como parteiras leigas e como voluntárias assistindo os doentes em frentes de guerra, remete-nos ao questionamento da teoria da fragilidade feminina; teoria que durante tanto tempo funcionou como justificativa para sua exclusão do processo de profissionalização, no mundo do trabalho em geral e na Odontologia, em especial. Estaria a mulher destituída de sua humanidade em função da sua inserção no mundo do trabalho? Questiona-se o mito de a Odontologia ser uma profissão de "homens". Na verdade, a mulher sempre esteve ligada a atividades que dependiam de sua coragem, resolução e firmeza, inseridas em situações de maior sofrimento ao ser humano, como no caso de enfermeiras, enfrentando mutilações nas guerras, ou de parteiras, lidando com dores e gritos no seu dia-a-dia.

Conforme a literatura, as primeiras mulheres ligadas à Odontologia apareceram confirmando sua subalternidade aos homens, sendo auxiliares de seus maridos e assumindo a profissão após o seu falecimento. Era uma luta ferrenha para a mulher adquirir um título nas escolas superiores, durante o século XVIII até meados do século XIX. Somente em 1873, as Universidades de Genebra e Zurique passaram a aceitá-las, refletindo de forma inexpressiva a procura por um melhor nível de escolaridade. No Brasil, somente após quinze anos da criação do curso de Odontologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1884, forma-se a primeira mulher (Rabello et al., 2000).

A inserção da mulher na Odontologia deu-se lentamente, acompanhando o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade. A partir de 1970, observa-se o incremento gradual do interesse da mulher pela Odontologia, paralelamente à sua conscientização e à transformação do seu papel frente à sociedade, buscando status e melhoria da condição social. A feminilização é observada com maior clareza na categoria médica e odontológica. Essas profissões eram exercidas quase exclusivamente por homens,

Com base nos dados da pesquisa, observa-se que a maioria dos dentistas que atua na rede básica do município de Campinas graduou-se na Pontifícia Universidade Católica (PUC) do próprio município. Comparados com os dados nacionais de 2003, que registram que 52% dos dentistas do Brasil fizeram a graduação em escola privada e 48% em escola pública, os dados deste estudo indicam certa equivalência entre os dentistas que dele participaram: 56,5% fizeram a graduação em escola privada e 43,5% em escola pública.

É curiosa essa equivalência, considerando que os dentistas que participaram deste estudo são formados em média há 17 anos, e os dados nacionais apontam que o aumento do crescimento do setor privado em educação superior ocorreu mais intensamente nos últimos 10 anos. Portanto, conclui-se que os dentistas de Campinas tiveram a facilidade do acesso à escola privada que está situada no próprio município desde 1949.

Atualmente, no Brasil, a distribuição das instituições de educação superior privadas ocorre de forma desigual, privilegiando as regiões mais desenvolvidas do país, fazendo com que na última década houvesse um alto incremento no número de profissionais habilitados para o exercício profissional (CFO, 2005).

Não se dispõe, até o momento, de estudos criteriosos avaliando o que esse aumento tem significado para provocar alterações no quadro de morbidade bucal dos brasileiros e no acesso aos serviços odontológicos. Ainda que se observem alguns esforços pontuais para mudar essa situação, o sistema de ensino superior está, de maneira geral, quase totalmente alienado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira.

A pós-graduação em saúde bucal reproduz o quadro descrito para a graduação. Dá-se ênfase a especializações que confirmam e aprofundam o modelo mercantilista e elitista da odontologia no país.

O estudo realizado sobre o perfil dos estudantes de odontologia do Estado de São Paulo demonstrou que a figura do especialista é muito marcante desde o ingresso no curso e acentua-se durante a sua formação profissional. Na análise, ao longo do curso, sobressai a tendência de aumento da intenção de cursar a especialização, que passa de 73% ao ingressar na graduação para 82% no último ano do curso.

O estudante recém-ingressado na universidade, que ainda não experimentou concretamente a fragmentação do curso nem qualquer contato com a prática profissional, já traz consigo essa imagem do especialista, construída na sua vida pré-universitária a partir de informações transmitidas pelos grupos sociais (Freitas e Nakayama, 1995).

Dos 147 dentistas do nosso estudo, 60,5% fez pós-graduação, com 55% tendo cursado alguma especialização, 5% mestrado e 1% doutorado. Nota-se que é mínima a percentagem de profissionais com formação *stricto sensu*. Assim como na medicina, não é possível concebê-la:

[...] voltada exclusivamente para a aplicabilidade de suas técnicas por meio de especialistas. A exigência de médicos mestres e doutores representa, na verdade, um esforço inicial para aprimorar e produzir novos conhecimentos no campo das ciências médicas (Machado, 1997, p. 63).

Outros estudos em diferentes regiões apontam o grande percentual de especialistas. No estudo sobre o perfil dos cirurgiões-dentistas graduados na faculdade de odontologia de Bauru-USP entre 1996 e 2000, o percentual de profissionais que fizeram ou fazem pós-graduação atingiu os 66,3%; no estudo do perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte verificou-se que 57,2% dos cirurgiões dentistas têm esse nível de formação com uma participação de apenas 7,8% com capacitações na área de saúde pública. Os estudos concluem que as condições dos cursos de graduação, o intenso desenvolvimento científico e tecnológico e as exigências de qualificação para atuação na docência são fatores que favorecem a tendência à valorização dos cursos de especialização.

Quanto ao tipo de especialidade, observa-se que 27% dos dentistas que participaram deste estudo fizeram pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva. Levando em consideração os dados do CRO (2006), de um total de 210.777 dentistas existentes no Brasil, aproximadamente 0,6% tem formação especialista na área de saúde coletiva; informação bastante valiosa para este estudo, pois indica que há, atualmente, uma grande concentração de especialistas em saúde coletiva no município de Campinas.

Um fato importante é que 22% desses dentistas concluíram a especialidade no período entre 2002 e 2006, ou seja, um período recente e posterior à inserção do cirurgião-dentista na equipe saúde da família; posterior também à implementação dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família nos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família.

Os Pólos foram criados em 1998 como uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família na abordagem da atenção integral; destinava-se a promover ações em três vertentes: capacitação, formação e educação permanente, sempre buscando reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde. Dessa forma, esse *pool* de instituições estaria se comprometendo com o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da família e também para a atenção básica do SUS. Entre as ações propostas para os Pólos, a realização dos cursos introdutórios visando à capacitação das equipes na lógica do PSF foi a que predominou. O aumento acelerado do número de equipes somado à alta rotatividade dos profissionais foi determinante para a priorização dessa ação. Entretanto, como apenas os cursos introdutórios não eram suficientes para abarcar o espectro de atuação esperada, principalmente dos profissionais de nível superior, foram propostas outras iniciativas com o objetivo de expandir as ações de capacitação e formação dos profissionais. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória nacional com o objetivo de implementar a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família, mediante incentivos financeiros repassados às universidades e escolas de saúde pública das Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 2002; Gil et al, 2002).

Os cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial aos recém-egressos dos cursos de medicina e enfermagem, uma formação mais voltada às necessidades do PSF. Outro objetivo esperado era estimular, no interior das universidades e escolas estaduais de saúde pública, a inserção desse tema nos programas de pós-graduação *lato sensu*.

O estudo realizado por Gil (2005) objetivou caracterizar o perfil dos profissionais que freqüentaram os primeiros 25 cursos de especialização e de residência multiprofissional ofertados pelo Ministério da Saúde. Sobre a formação profissional, observou-se que a categoria de enfermeiros foi a mais encontrada (58,5%), seguida pelos médicos (27,3%), pelos cirurgiões-dentistas (8,7%) e demais categorias que, juntas, representaram 5,5%. Entretanto, é importante ressaltar que o esperado seria encontrar uma distribuição mais equilibrada entre enfermeiros e médicos, uma vez que essas categorias são as que originalmente compõem as equipes de saúde da família, na proporção 1:1. A menor presença dos médicos demonstra, mais uma vez, a dificuldade para atrair essa categoria para o campo da saúde pública. A baixa presença dos cirurgiões-dentistas pode ser explicada pela inserção mais recente da saúde bucal na saúde da família; contudo, mesmo assim, é interessante registrar que a participação dessa categoria foi maior do que se esperava, o que pode indicar que o PSF representa a abertura de um novo espaço no mercado de trabalho dessa categoria profissional.

Embora tenham ocorrido movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional nos cursos de saúde – como medicina e enfermagem –, com relação à odontologia existe um atraso histórico nesses movimentos de mudanças, exigindo um esforço redobrado para integrar a saúde bucal no novo contexto de ação interdisciplinar e multiprofissional, formando um profissional com perfil adequado.

3.2.3- Atividade profissional e a política de saúde

Quadro 3

ATIVIDADE PROFISSIONAL	
9- Vínculos empregatícios:	
Vínculo 1: Prefeitura Municipal de Campinas	Vínculo 2:
Região (distrito):	Data de ingresso:
Unidade:	Carga horária semanal:
Data de ingresso:	Remuneração mensal (SM):
Carga horária semanal:	
Remuneração mensal (SM):	
10- Atendimento em consultório particular:	
☐ sim	☐ não
Data de ingresso:	
Carga horária semanal:	
Remuneração mensal (SM):	
11- Caso a resposta seja afirmativa: Possui convênio ou credenciamento?	
☐ sim	☐ não

A rede básica do município de Campinas conta com 259 cirurgiões-dentistas, distribuídos pelos cinco distritos: sul, sudoeste, noroeste, norte e leste. Cada distrito é constituído pelos centros de saúde que se localizam nas respectivas regiões do município. Dos 147 dentistas que responderam ao questionário, 30% estão no distrito sul, 23% no sudoeste, 20% no noroeste, 12,5 % norte e 14,5 % no distrito leste.

A maior parte dos dentistas ingressou na Prefeitura Municipal de Campinas na década de 90 (57,1%); da década de 60 até a de 80 totalizam 30,7%, e de 2000 a 2005, período que coincide com a inserção da Odontologia no PSF, apenas 12,2% foram contratados. Isso significa que quando foi estruturada a saúde da família, em Campinas, houve uma reestruturação em relação a esses dentistas que já atuavam na rede.

Em todo o país, de dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8342 novas equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, chegando a um total de 12.603 ESB, um aumento de mais de 195% no número de equipes. Com a criação dessas

novas equipes espera-se, portanto, uma ampliação do mercado de trabalho (Brasil, 2006). Contudo, há ainda um descompasso entre a oferta de trabalho e a demanda de profissionais que querem ingressar no mercado, em especial nos serviços de Saúde Pública.

A maioria dos concursos públicos para cirurgiões-dentistas tem registrado um número de inscritos muito superior às vagas oferecidas, fazendo com que a proporção candidato/vaga, em alguns casos, atinja cerca de 100 candidatos/vaga nos serviços que oferecem estabilidade funcional e melhores condições de trabalho, contrastando com a acentuada diminuição candidato/vaga para o ingresso nos cursos de Odontologia, principalmente nas instituições privadas (Fernandes Neto et al, 2006).

Vários aspectos podem ser apontados para esse descompasso, mas um deve merecer atenção especial. Muitos profissionais que durante anos exerceram somente a prática liberal estão migrando para os serviços pelas dificuldades atuais do mercado de trabalho, somando-se aos egressos na tentativa do primeiro emprego. No presente estudo, considerando o cumprimento das cargas horárias semanais na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) – de 36h (43,5%), 30h (7,5%) e 20h (49%) – constatou-se que, além da atuação na rede básica, apenas metade dos dentistas exerce a prática liberal.

Outra conseqüência da saturação do mercado de trabalho na odontologia é a adesão dos cirurgiões-dentistas aos convênios ou credenciamentos. Dos dentistas da rede que exercem também a prática liberal, 35,5% possui algum tipo de convênio odontológico. Segundo Mendes (2005), as supostas vantagens que fazem com que os profissionais busquem a chamada odontologia suplementar representada pelas operadoras de planos de saúde são aumentar rendimentos e ter um fluxo de pacientes maior. No entanto, como nem sempre proporcionam condições ideais para a prática da odontologia liberal, o resultado é menos qualidade no atendimento e nos serviços prestados, e a insatisfação dos consumidores. A precarização do trabalho e a questão salarial são também dois grandes óbices que os trabalhadores em saúde bucal coletiva enfrentam, segundo a pesquisa realizada em nível nacional pelo Inbrape (2003).

A condição salarial também surge no presente trabalho como uma questão valorizada pelo odontólogo como parte relevante que compõe o conjunto das condições de trabalho. De acordo com os dados obtidos pela presente pesquisa, observamos que a

remuneração mensal dos odontólogos é em média de 14 salários mínimos para a jornada de 36 horas semanais, 13 salários mínimos para a jornada de 30 horas e 8 salários mínimos para 20 horas.

Quadro 4

CONCEPÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
12- Participou de algum curso de capacitação profissional promovido pela Prefeitura Municipal de Campinas para atuação no SUS? ()sim ()não
13- Você conhece os princípios do SUS? ()sim ()não Quais são?
14- E o PAIDÉIA? ()sim ()não O que é?
15- A sua formação foi adequada para o trabalho no SUS? ()sim ()não Por quê?
16- O que um dentista precisa para desenvolver seu trabalho no SUS?

Com o agrupamento das respostas foi possível estabelecer as seguintes categorias:

- Conhecimento do SUS como política de saúde
- Modelo de atenção à saúde
- Formação acadêmica e educação permanente
- Perfil do profissional

3.2.3.1- Conhecimento do SUS como política de saúde

O Sistema Único de Saúde é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política. O SUS compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde; aglutina, também, o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Como foi explicitado no capítulo anterior, o SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. Esses princípios e diretrizes articulam-se e complementam-se na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa.

A maioria dos sujeitos participantes da pesquisa reconhece como princípios do SUS aqueles definidos como doutrinários, ou seja, universalidade, integralidade e equidade. Os princípios organizativos são lembrados com menor frequência e, entre eles, o que menos aparece é o controle social. Contudo, considera-se significativo que sejam os aspectos doutrinários os marcadores das definições propostas pelos respondentes; o que coincide com Vasconcelos e Pasche (2006), que consideram tais princípios constituintes dos requisitos básicos para a afirmação da cidadania, considerando o acesso à informação também parte desse direito.

Para que a informação em saúde seja democratizada é imprescindível que haja participação da sociedade por meio do efetivo controle social. Essa diretriz, apesar de pouco lembrada pelo conjunto dos respondentes, prevê a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde; além disso, traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa, em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo.

Pôde-se observar em algumas respostas – com frequência menor, porém não menos significativa – que a universalidade é entendida como uma expansão da prestação da assistência odontológica para outras faixas etárias além da infantil.

“atendimento à população indiscriminadamente, extensivo a todas as faixas etárias...”

“atendimento a toda a população sem distinção de idade...”

A partir dessa identificação nas respostas é possível pensar na presença de uma visão evolucionista da profissão, por parte desses respondentes, influenciados ainda pelas idéias difundidas pelo modelo do sistema incremental vivido pela odontologia e já mencionado anteriormente, apesar de o conceito de universalidade não se resumir em faixas etárias.

3.2.3.2- Modelo de atenção à saúde

No município de Campinas, na gestão de 2001-2004, foi colocado em prática o modelo assistencial denominado Paidéia, sob a liderança de Gastão Wagner de Sousa Campos. Como alguns dentistas responderam *“Paidéia é uma palavra grega que significa formação integral do ser humano”*. Isso representa o que o Programa da Secretaria de Saúde de Campinas almejou: fazer clínica, saúde pública e gestão, em busca de uma síntese representada pelo respeito ao saber técnico e ao popular, mas considerando os interesses e o desejo dos agrupamentos, combinando lógicas distintas, colocando os objetivos institucionais em questão, mas nunca paralisando a ação social em defesa da vida (Andrade et al., 2006).

Nas práticas convencionais da clínica e da gerência na área da saúde, Campos (2003) propõe uma mudança em que o autoritarismo vigente cede lugar a relações mais democráticas dos profissionais de saúde entre si e entre eles e a população atendida; ao mesmo tempo aposta na construção de uma prática de trabalho não alienada e protagonista no processo de atenção à saúde.

O Método Paidéia possui a peculiaridade de ter sido desenvolvido em uma cidade que já dispunha de uma grande rede de atenção básica à saúde em funcionamento, e que agregou às equipes e profissionais já existentes equipes de saúde de família financiadas parcialmente pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a implantação dessas equipes não seguiu apenas as diretrizes gerais do Programa de Saúde da Família; houve um processo reflexivo e de criação que considerou o contexto do município, e contou com os conhecimentos teóricos e a experiência dos gestores municipais, levando à formulação do “Projeto Saúde Paidéia”.

Podemos observar, nas respostas apresentadas pelos dentistas acerca do entendimento do Paidéia, o predomínio de uma compreensão como uma modificação ou uma adaptação do Programa de Saúde da Família para o município de Campinas.

“É um programa de saúde da família do município de Campinas.”

“É uma adaptação do PSF ao município de Campinas.”

“É uma forma modificada do PSF implantado em Campinas.”

“É o modelo do PSF do governo federal adaptado ao município de Campinas.”

“É a versão de Campinas para o PSF.”

As respostas apresentadas indicam que o projeto Paidéia foi considerado pelos dentistas uma simples transposição das diretrizes do PSF proposto em nível da política nacional de saúde, quando, em verdade, a proposta pretende avançar em conceitos que orientam o processo de trabalho em saúde, como forma de consolidar o SUS como política de Estado, por meio da qualificação do PSF como estratégia para que ocorra de fato esse fortalecimento.

A qualificação do processo de trabalho em saúde proposto pelo Paidéia envolve conceitos que têm por objetivo a alteração do modelo assistencial; entre as diretrizes, destacam:

- 1- Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local;
- 2- Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência;
- 3- Acolhimento e responsabilização;
- 4- Sistemas de co-gestão coletiva (Andrade et al, 2006, p.816).

Essas proposições visavam atender às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, respeitadas a trajetória política e organizativa da saúde em Campinas.

Em continuidade à definição do Paidéia, observaram-se algumas complementações às idéias já apresentadas pelo conjunto de respostas acima descritas. Essas complementações incluem considerações sobre conceitos mais elaborados que envolvem a perspectiva de uma alteração de modelo que se apresenta da seguinte forma:

“A construção de um novo modelo de assistência baseado no acolhimento do usuário (espaço de escuta e troca de informações), vínculo que resulta da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros, responsabilização, construção de autonomia e co-gestão.”

“... visa prestar uma assistência à saúde de forma integral e não uma ação meramente curativa...”

“Vê o cidadão, seu caminhar, sua família, seu território... participação da comunidade, gestão participativa, equipes com autonomia, coordenação tem papel mais horizontal.”

“...relação intersetorial, incorporação do agente de saúde. Focaliza o cidadão doente ou sadio, considerando suas subjetividades, sua cultura, sua família, seu território...”

“Priorizar o atendimento às pessoas com maior risco.”

“Incorpora conceitos ao trabalho como: vínculo, responsabilização, projetos terapêuticos, singularidade, gestão participativa.”

Mesmo considerando que essas manifestações não foram as predominantes, entende-se que revelam a incorporação de conceitos desenvolvidos a partir da elaboração do Paidéia, indicando uma evolução quanto à definição conceitual que predominou no projeto.

Essa possibilidade de interpretação surge a partir da leitura de que a simples transposição do PSF governamental não oferece subsídios suficientes para esse grau de formulação presente nas respostas, e que envolvem conceitos sobre: acolhimento, clínica ampliada, sistemas de co-gestão coletiva, produção singular do sujeito entre outras. Entende-se que a evolução dessa compreensão foi facilitada pelo aprofundamento do Paidéia como método para subsidiar de forma qualificada o trabalho em saúde com vistas à alteração do modelo assistencial.

Faz parte desse processo de incorporação de novos conceitos introduzidos pelo Paidéia a referência à clínica ampliada, como se pode observar a seguir:

“É o PSF do município de Campinas, com uma equipe ampliada, contemplando especialidades como pediatria e ginecologia.”

“É ter uma visão ampliada – não olhar só a doença ou o indivíduo, mas o indivíduo dentro do seu contexto de vida.”

“É o PSF ampliado, com inclusão de mais especialidades.”

“O Paidéia é um programa de atendimento saúde-família, ampliado com clínica especializada: ginecologistas, pediatras, saúde mental.”

“Programa ampliado de saúde da família.”

“PSF aumentado: enfermeiro, agente de saúde, pediatra, ginecologia, dentista, generalista, ACD e THD.”

“PSF ampliado com foco no território.”

Nota-se que há o conhecimento do arranjo da equipe proposto pelo Paidéia, uma vez que incorpora à equipe básica do PSF o ginecologista e o pediatra. Mas, quando se diz “... *ampliado com uma clínica especializada*”, os dentistas parecem indicar, para a atenção básica, a existência de um modelo no qual estariam contemplados o clínico geral voltado para o atendimento primário e os especialistas voltados para o atendimento de maior complexidade.

De acordo com Campos (2003), o conceito de clínica ampliada

[...] é a redefinição (ampliada) do ‘objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos’. É preciso considerar que o objeto de trabalho da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer (Campos, 2003, p.31).

O objetivo da integração desses novos profissionais é à responsabilidade integral pela atenção à saúde das pessoas e de famílias; o médico de família para Campinas tem como núcleo de competência e responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação

aos adultos; e como campo de responsabilidade, a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança e à saúde da mulher. O Programa Paidéia se distingue pela formação de equipes multiprofissionais, com capacitação e atuação em ambiente propício à troca e à soma de saberes, e pelo atendimento diferenciado aos usuários do sistema.

O fato de a incorporação de profissionais especialistas na atenção básica estar prevista não significa a garantia de atenção integral, pois, segundo Campos,

a especialização e multiplicação de profissionais que intervém de modo fragmentado... é um dos fatores que têm dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária e, praticamente, impede a clínica compartilhada (Campos, 2006, p. 88).

3.2.3.3- Formação acadêmica e educação permanente

Em relação à formação acadêmica, os dentistas caracterizaram o ensino de graduação como deficitário para a área de saúde pública, como pode ser observado a seguir:

“A disciplina de odontologia social, a meu ver, deveria ter preparado melhor para o serviço público.”

“A formação acadêmica foi muito voltada para tecnologia de ponta e atendimento particular (especialidades).”

“A graduação não traz o conhecimento necessário para se trabalhar o coletivo, e nem uma visão abrangente do que é o sistema público de saúde.”

“A minha formação foi voltada para o atendimento privado e individual enquanto que para o SUS a formação precisa basear-se na saúde coletiva e preventiva, além de um trabalho em equipe.”

“Faltaram princípios sobre visão global do indivíduo. Era uma odontologia mecanicista, não integrada com outras especialidades de saúde.”

“Minha formação (graduação) só deu subsídios para que trabalhasse em consultório particular. Disciplinas que permitissem boa avaliação do que seria o SUS só pude complementar com a capacitação que tive na PMC e com a especialização em saúde coletiva.”

“Minha formação foi para atender emergências em PS e ambulatório de procedimentos cirúrgicos, não de prevenção e promoção de saúde bucal.”

“Na época da faculdade aprendemos só a teoria de SUS e não as suas aplicações durante a vida profissional por isso é muito importante as capacitações.”

“Na minha época de faculdade o ensino era voltado para a formação do profissional para atendimento em consultório particular e não para trabalho no SUS. Sinto até hoje profissionais que não aceitam ou entendem a diferença e necessidade do atendimento no SUS.”

“Na Universidade isso é muito falho, pois nos ensinam para o mundo privado. Quem sabe com a reforma curricular isso se acerte.”

“Nas faculdades, até bem pouco tempo atrás, e ainda hoje em algumas, os alunos de odontologia eram e são formados para atuar na clínica privada que se baseia mais na odontologia curativa que na preventiva.”

“O curso de graduação não discutiu saúde pública em nenhuma matéria. Foi discutido apenas aspectos de odontologia preventiva (flúor, etc.).”

“O dentista era, e ainda é hoje, em muitas faculdades, formado para trabalhar em clínica particular. Saúde pública era fazer palestra nas escolas, curativos e extrações dentárias.”

“Porque não fomos preparados para olhar para o indivíduo como um todo, a visão do CD, de modo geral, se restringe à cavidade bucal.”

“Na minha graduação o modelo de saúde vigente no país ainda não era o SUS e, no currículo, questões e disciplinas voltadas para a saúde pública eram reduzidas. A formação era muito mais direcionada para a clínica privada.”

Mesmo considerando o movimento da Reforma Sanitária que culminou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que contemplou em sua programação a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, observamos que o impacto desses eventos históricos para a reordenação da saúde no país ainda era pouco dimensionado para a odontologia.

O período de formação dos participantes da pesquisa demonstrou que 74% iniciou a sua formação antes da década de 90, condição esta que, somada à introdução de disciplinas das áreas de humanidades na formação, podem explicar o contato mais recente dos dentistas com a área da saúde pública; em que pese já existirem desde a década de 70 algumas experiências voltadas para esse campo de práticas.

Alguns participantes da pesquisa apontam que o fato de atenderem à população carente durante a sua formação aproximou-os do campo da saúde coletiva, e esse entendimento faz com que considerem que sua formação foi adequada para a saúde coletiva.

“Durante a formação trabalhamos com pessoas carentes e com grande necessidade de tratamento.”

“Na faculdade nós aprendemos a trabalhar com uma população carente.”

Essa visão, na atualidade, não encontra sustentação, uma vez que a complexidade do setor saúde exige o emprego de tecnologias diferenciadas em cada nível da atenção à saúde. Além disso, o campo da saúde coletiva constitui um campo de saberes e de práticas que demandam formação adequada às exigências impostas pelos determinantes do processo saúde /doença.

Os dentistas consideram que a aproximação com o SUS, o PSF e o Paidéia se deu a partir de iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, por meio da promoção de cursos de educação permanente. Conforme se observou,

“A formação acadêmica não, era outra época, outra visão. A formação em serviço e as capacitações posteriores que contemplaram estas necessidades.”

“A graduação fornece toda técnica odontológica, mas a integração com as demais áreas médicas (medicina, enfermagem, psiquiatria) se consegue com a prática (a vivência) nos Centros de Saúde ou ainda com os cursos de pós-graduação.”

“Após o período acadêmico, por iniciativa própria, venho buscando atualização e capacitação em cursos e congressos.”

“Busquei novos saberes através de outros cursos que complementaram minha atuação na atenção primária.”

“Fiz vários cursos de capacitação ao modelo PAIDEIA (módulo introdutório), embora o nosso serviço (CEASA) não participe deste programa. É um serviço voltado à saúde do trabalhador.”

“Fui me adequando à medida das necessidades do serviço e ofertas que a Prefeitura proporcionou ao longo destes 27 anos.”

“Me considero apto para ser dentista do SUS. Não pela formação universitária que foi deficitária, mas sim pela capacitação feita pelo CETS da PMC.”

“Na faculdade aprendi muito sobre saúde coletiva, promoção de saúde, prevenção; mas foi a experiência adquirida no dia-a-dia do Centro de Saúde que me tornou uma dentista mais preocupada com as questões sociais, em acolher bem o paciente, tentar resolver os problemas que ele trouxe da melhor forma possível, educar, conscientizar, enfim, cumprir o meu papel.”

“Particpei de um curso de capacitação promovido pela prefeitura e também fiz especialização em odontologia em saúde coletiva na FOP- UNICAMP.”

A necessidade e a importância da educação permanente foram explicitadas pelos dentistas, tanto para os cursos de especialização em saúde coletiva como para a capacitação promovida pela Prefeitura Municipal de Campinas (PMC). Essa afirmação pode ser confirmada pelos dados de formação apresentados pelos respondentes, a partir dos quais se constata que 27% desses profissionais fizeram especialização em saúde pública ou saúde coletiva e 75% tiveram algum tipo de capacitação pela PMC.

A proposta de formação permanente, segundo o Programa Paidéia (Campinas, 2001), objetivou ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. O eixo formativo elegeu o construtivismo como orientação teórica no campo da educação, cuja metodologia baseou-se na problematização, com momentos de concentração teórica e dispersão prática, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos, e assegurando a circulação de informação e de outras experiências entre os profissionais. O conteúdo básico do curso contemplou as temáticas da Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção à Saúde; Gestão participativa e o trabalho em equipe; o trabalho com famílias; saúde/ doenças prevalentes: dependência química, violência, hipertensão, diabetes, etc. Parte do curso foi comum para toda a equipe de referência, e outra foi específica, conforme o núcleo profissional.

3.2.3.4- Perfil do profissional

Como foi discutido anteriormente, a necessidade de um novo perfil profissional para as profissões da saúde se justifica pela necessidade indicada pelo Ministério da Saúde, frente aos desafios apresentados para a construção e consolidação do SUS.

Os sujeitos participantes da pesquisa indicaram dimensões diversas que envolvem o perfil profissional necessário para o trabalho no SUS. De acordo com alguns respondentes, verificou-se que alguns elementos necessários ao perfil profissional estão relacionados às virtudes individuais do dentista e dizem respeito a doação, dedicação, boa vontade, paciência, caridade, carinho entre outros, como se observou:

“Boa vontade, carinho, amor ao próximo e à profissão.”

“Dedicação, doação e compromisso...”

“Gostar de atender pacientes carentes...”

“Muita força de vontade, paciência e desejo de mudar comportamentos”.

“Na verdade, sua formação não é o mais importante. Ele precisa ser caridoso para querer ajudar o próximo, mesmo tendo tantos problemas e dificuldades no trabalho. Paciência, boa vontade, conformação e utopia.”

“Ser dedicado, abnegado, gostar do que faz e ter muita responsabilidade. Deve também valorizar o cidadão carente, pobre e sem cultura com o seu trabalho, isto é, dar-lhe cidadania.”

“Humanidade, respeito ao próximo, solidariedade.”

Alguns dentistas consideram que os elementos situados no campo das virtudes indicam que a presença ou ausência destes pode depender apenas da atitude individual do profissional, e que essa condição seria a garantia de compromisso e envolvimento com o SUS. Considera-se desejável que o profissional tenha como presentes essas virtudes, entretanto, apenas a sua existência não garante qualidade no trabalho em saúde. É necessário que sejam agregados aos elementos subjetivos os elementos objetivos para a qualificação do trabalho em saúde, também considerados relevantes por outro grupo de respondentes, como se pode notar:

“Além da formação técnico-científica de qualidade, apreender conceitos de ciências humanas e sociais, especialmente as voltadas para a saúde pública, além de estudar com profundidade epidemiologia, promoção de saúde e conhecer a realidade das populações que serão sua clientela.”

“Saber acolher, ouvir o paciente, educar, criar vínculo para que confie no profissional e haja troca de informações, conscientização do paciente sobre a importância dos cuidados em saúde bucal para que se torne cada vez mais autônomo diante do seu caminhar na vida, cuidar dos casos de alto risco sem se esquecer dos de baixo risco, conhecer os problemas da região para poder ajudar os pacientes na resolução dos mesmos, etc.”

“Além de preparo técnico- científico, focar o relacionamento humano, saber ouvir e perceber as reais necessidades dos pacientes, nem sempre o tratamento ideal é o mais adequado ou economicamente viável (ex: implante, prótese fixa).”

“Colocar em prática seus conhecimentos, atender bem, saber acolher (ouvir) às necessidades do paciente e ter boa vontade.”

“Humanização, visão abrangente do paciente e não apenas focar na cárie e na gengivite.”

“Conhecer a área de abrangência de sua equipe de referência, conhecer dados epidemiológicos da população, fazer classificação de risco para saúde bucal, montar atividades extramuros, mudar a visão da odontologia tradicional de completar tratamentos para uma estratégia que permita tratar a doença cárie e a doença periodontal levando em consideração os determinantes individuais.”

“Ser resolutivo no atendimento a pacientes.”

“Conhecer principalmente os princípios do SUS e as diretrizes do município relacionados ao serviço de saúde bucal.”

“Conviver com os problemas sociais dos usuários para elaborar os programas de saúde bucal...”

“Ele precisa fazer parte de equipe de referência e trabalhar multidisciplinarmente e não fechado no consultório.”

“Em primeiro lugar precisa diminuir a visão corporativista e privatista que sai da faculdade...”

“Entender como funcionam os princípios, saber adequar o sistema antigo ao atual.”

“Necessita de uma visão mais integral do indivíduo, de uma maior interação com a equipe multidisciplinar e de um maior comprometimento com o serviço.”

“Noções de saúde pública/coletiva. Desenvolver programas que priorizem o coletivo. Atender por área de risco. Avaliar risco social e biológico.”

“O dentista precisa estar voltado a uma visão coletiva de comunidade, de prevenção, de cooperação e saber trabalhar e desenvolver as diversas abordagens de suas relações profissionais com os usuários.”

“Obter indicadores da saúde e das necessidades da população; Utilizar de modo adequado os recursos humanos e materiais; Adotar medidas de atenção à saúde e assistência individual.”

“... principalmente saber trabalhar em equipe, conhecer os princípios do SUS, no qual irá trabalhar, estar aberto a mudanças, mudanças de modelo de atendimento, dependendo da necessidade de sua população, estar aberto a novos conhecimentos, a aprender trabalhar muito com educação em saúde, ser participativo e se integrar com os outros profissionais de sua equipe.”

“O cirurgião dentista também necessita de desenvolver em sua área dados epidemiológicos detalhados, para que atue melhor nas necessidades e maiores demandas, melhorando a qualidade do serviço oferecido.”

“Precisa reconhecer sua responsabilidade social para promover saúde bucal a muitos brasileiros excluídos do tratamento odontológico. Também precisa ver a pessoa na sua integralidade, não só a boca, reconhecendo as demais carências dos seres humanos. Precisa ter consciência que, executar corretamente as técnicas da dentística, periodontia e etc. não é suficiente. É preciso ser criativo, crítico, porém organizado, gostar de atuar conforme o planejado.”

“Precisa saber atuar em equipe (ACD, THD, médico, auxiliar de enfermagem e enfermagem). É preciso que seja educador, pois a nossa população precisa de autonomia. É preciso que saiba que os nossos recursos são mínimos se comparados às necessidades da população e devem ser utilizados com equidade.”

Considera-se que esse grupo de respostas apresentadas expressa a preocupação dos dentistas da rede básica de saúde de Campinas com a presença de importantes elementos que devem nortear o trabalho do profissional de saúde bucal e que compõem o conjunto dos pressupostos da formação desse profissional para o SUS. Pode-se pensar que os dentistas da rede básica do município de Campinas têm como preocupação o desenvolvimento e o aperfeiçoamento constantes desses elementos, com vistas à qualificação permanente do seu trabalho no campo da saúde coletiva.

Somada a essas preocupações, há também a referência à importância da formação do perfil profissional para o trabalho no SUS, como se pôde observar:

“Capacitar-se sempre: 1º na graduação, depois também.”

“Cursos de capacitação profissional promovido pela Prefeitura para atuação no SUS (cursos que deveriam ser pré-requisitos para que o profissional possa trabalhar na rede pública).”

“Estar capacitado de acordo com os princípios do SUS.”

“Estar capacitado não só do ponto de vista profissional, mas também do psicológico e humanístico, levantando a bandeira do SUS em Defesa da Vida.”

É imprescindível que as instituições de educação superior assumam que a formação para o SUS deve ocorrer desde a graduação; contudo, nota-se que não foi isso que aconteceu com os participantes da pesquisa.

A formação na graduação apresentou-se deficiente e a aproximação com a área da saúde coletiva se deu após a graduação, por meio da educação permanente. Ao pensar o perfil profissional, outro grupo de respondentes aponta a preocupação com as condições de trabalho e salário que envolve os recursos físicos, materiais e humanos, para a qualificação do trabalho em saúde e as condições de sobrevivência.

“Boas condições de equipamento, materiais de consumo, menor quantidade de atendimento e melhor qualidade (importante é também a qualidade dos materiais).”

“Bom equipamento, material de boa qualidade, boa vontade, saber um pouco de gerenciamento, criatividade, infra-estrutura.”

“Condições básicas de material odontológico, gorro, máscara, avental, material de consumo, e cursos de aprimoramento, reciclagem, etc.”

“De mais recursos humanos (ACDs e THDs) e recursos materiais (instrumentais e materiais de consumo por ex: luvas estéreis) e materiais educativos para palestras e prevenção.”

“Disposição e criatividade para driblar os equipamentos ultrapassados, a escassez de material e a paciência para enfrentar a avidez solicitada pela população.”

“Trabalhar em condições inadequadas, muitas vezes.”

“Amor à profissão e condições de trabalho.”

“Penso que além da técnica, humanidade, sensibilidade, boa vontade acima de tudo diante de um salário sempre aquém do que seria justo.”

“Precisa de condições de trabalho e salário que permitam sobreviver deste serviço.”

Essas respostas indicam que a gestão também faz parte desse conjunto de preocupações, uma vez que o trabalho deve ser planejado a partir das necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Aqueles que se enamoram somente da prática, sem cuidar da teoria, ou melhor, dizendo, da ciência, são como o piloto que embarca sem timão nem bússola.

A prática deve alicerçar-se sobre uma boa teoria, à qual serve de guia a perspectiva; e em não entrando por esta porta, nunca se poderá fazer coisa perfeita nem na pintura, nem em nenhuma outra profissão".

Leonardo da Vinci

De acordo com os objetivos inicialmente traçados para a realização do presente estudo, considero que os resultados apresentados oferecem pistas significativas para pensar a formação do odontólogo, bem como a sua inserção na área da saúde coletiva.

Ao estudar os odontólogos da rede municipal de Campinas, parti da hipótese de que havia lacunas importantes entre a sua formação, em nível da graduação, e sua inserção na rede básica de saúde do município. Entretanto, surpreendi-me com os resultados apresentados no que se refere à visão desses profissionais com relação ao SUS e sua mais recente estratégia de reorganização das práticas de saúde, conhecida como Estratégia da Saúde da Família. Pude perceber que os dentistas, apesar de reconhecerem predominantemente que tiveram defasagem de conhecimentos da área da saúde coletiva em sua graduação, detêm importantes noções sobre o SUS e a Estratégia da Saúde da Família.

Esses profissionais indicam um possível marcador que possibilitou avançar na direção da diminuição dessas lacunas, qual seja, o processo de discussão desencadeado no município por ocasião da implantação do projeto Paidéia.

As diretrizes do Ministério da Saúde apresentaram desafios a todos os municípios brasileiros, e, em Campinas, o aprofundamento das discussões para o enfrentamento desses desafios intensificou-se com o Paidéia, momento no qual os profissionais participantes do presente estudo puderam reconhecer o seu lugar nas equipes de saúde da família. Apesar de as diretrizes de saúde nacionais já preverem a inserção do odontólogo na equipe mínima de saúde da família, esta ocorreu mais tardiamente por parte de alguns municípios, e o mesmo ocorreu com relação a sua incorporação nas últimas Diretrizes Curriculares Nacionais.

O avanço da aproximação entre as políticas nacional e municipal de saúde e o papel do odontólogo nessas políticas foram facilitados pela dinâmica implementada pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com vistas à implantação do Paidéia. Essa dinâmica alavancou iniciativas no campo da educação permanente, fato que qualificou a compreensão e atuação dos dentistas da rede, cujo reconhecimento também é apontado nos relatos.

Ao obter esse resultado, avalio que o aprimoramento da inserção do dentista na saúde coletiva está em curso e ousou afirmar que a tendência é crescente nessa direção, uma vez que as diretrizes curriculares nacionais indicam esse caminho para a formação. Contudo, o estudo confirma também a hipótese inicialmente lançada: que foi a de considerar que a formação na graduação ainda não possibilitou a incorporação da política do SUS para o dentista, que acontece em um ritmo mais lento em relação às necessidades de saúde bucal apresentadas pela maioria da população brasileira.

Considerando que a consolidação do SUS, no atual momento histórico, passa necessariamente pela implementação da Estratégia da Saúde da Família, é nessa perspectiva que observo a trajetória de vanguarda de Campinas ao longo do desenvolvimento do movimento da reforma sanitária brasileira até os dias de hoje. A imagem objetiva, sempre foi a de consolidar o SUS, enfrentando as realidades adversas em cada momento histórico vivido. Foi assim com as experiências da Medicina Comunitária, com as Ações Integradas de Saúde (AIS), com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com o Paidéia e, mais recentemente, com a Saúde da Família. A trajetória de Campinas e os sujeitos implicados com a saúde do município trazem como herança a construção coletiva de uma política de saúde universalizada, equitativa, integral, com valorização profissional, e também das condições de trabalho, com vistas a autonomização dos indivíduos, famílias e comunidades.

Nesse sentido, a importância de preservar esses princípios norteadores da atuação na saúde deve orientar os momentos futuros de consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENO, Associação Brasileira de Ensino Odontológico - Reunião paralela 22º CIOSP Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 29 de janeiro de 2004.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM Organizadores. Tratado de saúde coletiva, Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2006, p.783-836.

Araújo, ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. Rev Ciência & Saúde Coletiva. Abrasco, 2006; 11(1), jan-mar, p.179-182.

Bertolli Filho, C. História da saúde pública no Brasil, 4ª ed, SP, Ed Atica, 2002.

Brasil. Conferência Nacional de Saúde Bucal, I , Brasília, DF., 1986. Relatório Final, Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Parecer CNE/CES nº. 1300/01, aprovado em 6 de novembro de 2001. (citado 2002 jan. 2003) Disponível em URL: www.mec.gov.br.

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1300/01 de 06 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 07 dez. 2001. Séc.1, p.25.

Brasil. Lei 8.080/90. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 de setembro de 1990a.

Brasil. Lei 8.142/90. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Currículo Mínimo do Curso de Graduação em Odontologia. Parecer nº. 840/70, aprovado em 11 de novembro de 1970. Brasília: Documenta 1970;120:191-7.

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1300/01 de 06 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 07 dez. 2001. Séc.1, p.25.

Brasil. Ministério da saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil. 1986. 137p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>.

Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dental. 1996. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/buca> l. Acesso em: out.2005

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica, ano II, v.7, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004. (Acesso em: out. 2005.) Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de apoio à implementação e consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2005, 67p.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica, 2006, 53p.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Paidéia: As diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004, [acesso em 04/11/2004]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo Hucitec, 2003.

Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, Organizadores. Tratado de saúde coletiva, Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2006, p.53-92.

Canesqui, AM. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2000.

Carvalho ACP. Educação e Saúde em Odontologia: ensino da prática e prática do ensino. Ed. Santos, 1ª ed., 1995. 93p.

Carvalho ACP. A Evolução do ensino odontológico no século XX. In: Roshental, E. A Odontologia no Brasil no Século XX. São Paulo: Santos, 2001a. 441 p.

Chaves MM. Odontologia Social. Editora Artes Médicas, 3ª edição, 1986; 438p.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO- 185/93, de 26/ 4/ 1993.

Conselho Federal de Odontologia Faculdade de Odontologia Existentes no Brasil. [Acesso em: 10/07/2005] Disponível em: [http:// www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br).

Cordón J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. Ação Coletiva 1998; 1(1): 7-26.

Fernandes Neto, A J. A evolução dos cursos de odontologia no Brasil. Revista ABENO, São Paulo, v.2, n.1, p. 55-56, jan./dez. 2002.

Freitas, SFT e Nakayama, MY. Um perfil do estudante de odontologia no Estado de São Paulo, 1995. Rev Divulgação vl.10, p.29-37.

Garcia J, Elias R. História da Odontologia no Brasil,1998. Disponível em: <http://www.terravista.pt/bilene/2104/historia.htm>

Garrafa V. Saúde Bucal e Cidadania. Rev. saúde em debate. 1994; n. 41, p. 50-7.

Garrafa V, Moyses SJ. Odontologia Brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. Rev Divulgação nº. 13- julho, 1996; p 06-17.

Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. Pólos de capacitação em saúde da família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Editora Unicamp; 2002, p. 103-26.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas Cad. Saúde Pública, 2005 vol.21 no.2, Rio de Janeiro Mar./Apr.

Inbrape – Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. Perfil do cirurgião-dentista no Brasil, 2003.

Kruger L (Org.) ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal Editora Artes Médicas, 3ª ed., 2003.

Löe H. et al. Experimental gingivitis in man. J. Periodontol., 1965; vol. 36, p.17-87.

Machado, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970 / 80. Cad. Saúde Pública, 1986. Rio de Janeiro, n.2 (sup. 4), p.449 - 465, out./ dez.

Machado, MH. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Ed. Fio Cruz,1997, 243p.

Marcelino G. Avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgiões dentistas do município de Araçatuba-SP frente aos avanços ocorridos na Odontologia às vésperas do século XXI. Araçatuba; 2000. (Dissertação de Mestrado-Faculdade de Odontologia de Araçatuba da UNESP).

Melo MM. As diretrizes curriculares nacionais e os cursos paranaenses de odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação (Dissertação de mestrado). Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, 2004.

Mendes JH. A relação entre cirurgiões dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP (Dissertação de mestrado). Bauru (SP) Universidade de São Paulo: Faculdade de Odontologia de Bauru, 2005.

Moraes ABA, Pesotti I. O ensino de psicologia em Odontologia. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, 1983, v. 37, n. 4, p. 338-345.

Morita MC, Kruger L. Mudanças nos cursos de odontologia e interação com o SUS. Revista da ABENO, 2004 : 4(1):17-21.

Moysés S T e Watt R. Promoção de Saúde Bucal In: Buischi YP. Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica. Ed. Artes Médicas EAP-APCD, 1ª ed., 2000; p. 3-22.

Muller Neto JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde em Debate, 31, mar/1991.

- Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994, 108p.
- Narvai, PC. Cárie e flúor: uma relação do século XX . Ciência & Saúde Coletiva, 2000;5(2):381-382.
- Nunes ED. As bases históricas e epistemológicas da Saúde Coletiva. Novembro de 2002, 44p (mimeo).
- Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal, Guanabara Koogan: 2006. p:32-48.
- Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. Revista Saúde Pública, 1998; 32(4):299-316.
- Pinto VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993.
- Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva Ed. Santos, 2000; 541p.
- Rabello SB, Godoy CVC, Padila WWN. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? Rev. Brasileira de Odontologia, 2000: 57(2), março/abril.
- Ring Malvin E. História ilustrada da odontologia. São Paulo : Manole, 1998.
- Rizzati-Barbosa CM., Marques A L., Albergaria~Barbosa JRA. A odontologia dentro do contexto “saúde no Brasil”. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, 1990: 38(2), p. 147-150.
- Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde In: Pereira AC. e cols. Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde. Editora ArtMed: 2003, p. 28-49.
- Rosenthal E. História da Odontologia no Brasil. J APCD, 1995, (acesso em10/08/06) Disponível em: http://www.atm.hostmidia.com.br/historia_odontologia_brasil.htm
- Rosenthal E. A odontologia do Brasil até 1900. In: A odontologia no Brasil no século XX. São Paulo: Santos, 2001. 441 p.

São Paulo. Secretaria da Saúde. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde. São Paulo, 2003, 27p.

Serra, CG. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. (Dissertação mestrado) Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998, 132p.

Sheiham A, Joffe M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). Risk markers for oral diseases. Cambridge, 1992.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, Organizadores. Tratado de saúde coletiva, Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2006, p.531-562.

Vieira DF. Alguns aspectos do ensino odontológico no mundo atual. Boletim da Associação Brasileira de Ensino Odontológico, 1978;9(1), p 45-73,

Von der Fehr ER, Loe H, Theilade E. Experimental caries in man. Caries Res., 1970; 4: 131-48.

Wikipedia, A Enciclopédia Livre. Demografia do Brasil, IBGE [acesso em 12-05-06]. Disponível: http://pt.wikipedia.org/wiki/Demografia_do_Brasil

Zanetti et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Revista divulgação saúde em debate, 1996; n.13, p.18-35.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Perfil Profissional dos Cirurgiões Dentistas e o Sistema Único de Saúde: Uma Reflexão sobre a Capacitação para a Prática na Atenção Básica”

O objetivo desta pesquisa é coletar dados visando conhecer o perfil dos profissionais de saúde bucal de nível superior do município de Campinas, com o objetivo de equacionar as dificuldades impostas à reorganização no âmbito da saúde bucal.

O instrumento de pesquisa é um questionário que será enviado aos cirurgiões dentistas da rede básica através da Secretaria Municipal de Saúde, que ficará responsável em devolvê-lo à pesquisadora. Não constará o nome e/ou endereço do profissional no questionário, mantendo-se, assim, o direito ao sigilo e à privacidade. Suas informações serão utilizadas apenas para o estudo em questão; estudo que não apresenta qualquer dado que possa prejudicá-lo.

Os sujeitos envolvidos terão o direito de não aceitar fazer parte da pesquisa e também terão acesso aos pesquisadores para esclarecimentos de quaisquer dúvidas.

Eu _____
estou respondendo de forma voluntária e espontânea a esse questionário. Declaro estar ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas terei garantido sigilo de minha identificação pessoal e profissional.

Campinas, de _____ de 2005.

QUESTIONÁRIO

Data: __/__/____

IDENTIFICAÇÃO

1- sexo

masculino feminino

2- estado civil

solteiro separado vive com companheiro

casado viúvo

3- Data de nascimento: __/__/____

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

4- Graduação

faculdade pública faculdade privada

Nome da Instituição: _____

Início: __/____ Término: __/____

5- Tempo de exercício profissional: ____ anos

6- Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado)

sim não

7- Caso a resposta seja afirmativa, qual a condição de pós-graduação?

especialização mestrado doutorado pós-doutorado

8- Tipo de especialidade reconhecida pelo CFO: _____

Início: __/____ Término: __/____

Nome da Instituição: _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL

9- Vínculos empregatícios:

Vínculo 1: Prefeitura Municipal de Campinas

Vínculo 2:

Região (distrito):

Data de ingresso:

Unidade:

Carga horária semanal:

Data de ingresso:

Remuneração mensal (SM):

Carga horária semanal:

Remuneração mensal (SM):

10- Atendimento em consultório particular:

sim não

Data de ingresso:

Carga horária semanal:

Remuneração mensal (SM):

11- Caso a resposta seja afirmativa: Possui convênio ou credenciamento?

sim não

CONCEPÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

12- Participou de algum curso de capacitação profissional promovido pela Prefeitura Municipal de Campinas para atuação no SUS?

sim não

13- Você conhece os princípios do SUS?

sim não

Quais são?

14- E o PAIDÉIA?

sim não

O que é?

15- A sua formação foi adequada para o trabalho no SUS?

sim não

Por quê?

16- O que um dentista precisa para desenvolver seu trabalho no SUS?