



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO

**ANÁLISE DO PERFIL E TRAJETÓRIA DOS DENTISTAS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO

**ANÁLISE DO PERFIL E TRAJETÓRIA DOS DENTISTAS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Célia Regina Rodrigues Gil.

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

N244a Nascimento, Cristiana Castello Branco.

Análise do perfil e trajetória dos dentistas da estratégia Saúde da Família do município de Londrina-PR / Cristiana Castello Branco Nascimento. – Londrina, 2011.

114 f. : il.

Orientador: Célia Regina Rodrigues Gil.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Odontologia sanitária – Teses. 2. Dentistas – Serviços de saúde bucal – Teses. 3. Dentistas – Perfil profissional – Teses. 4. Cuidados primários de Saúde – Teses. 5. Saúde bucal – Teses. 6. Saúde da família – Teses. I. Gil, Célia Regina Rodrigues. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 614.2:616.314

CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO

**ANÁLISE DO PERFIL E TRAJETÓRIA DOS DENTISTAS
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Célia Regina Rodrigues Gil.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Célia Regina Rodrigues Gil
UEL – Londrina - PR

Prof^a Dr^a Elisabete de Fátima Polo de Almeida
Nunes
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Luiz Sérgio Carreiro
UEL – Londrina - PR

Londrina, 02 de junho de 2011.

A José Pires Castello Branco (*in memoriam*), meu pai,
que, de onde estiver,
certamente compartilha da alegria desta conquista,
antes por ele sonhada do que por mim...

AGRADECIMENTOS

São Lucas, no 9º versículo do 11º Capítulo da Bíblia sagrada, afirma: “[...] *pedi e vos será dado; procurai e encontrareis; batei e a porta vos será aberta*”.

... e não poderia ser diferente para mim, como não foi, durante todas as fases do desenvolvimento deste trabalho.

Por esta razão devo agradecer, com sincero reconhecimento, a todos que tinham *a chave certa* de alguma porta que eu precisei abrir e estiveram prontos a colaborar generosamente.

Devo mencionar:

- todo o corpo docente do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde e, claro, de forma muito especial a Profª Drª Célia Regina Rodrigues Gil que, mais do que mestra e orientadora, foi amiga em momentos difíceis, com sábios conselhos;

- os membros componentes da Banca Examinadora: Profª Drª Célia Regina Rodrigues Gil, Profª Drª Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes e Prof. Dr. Luiz Sérgio Carreiro, cujas inestimáveis contribuições enriqueceram o trabalho final;

- Elaine, Gislaíne e Fernando funcionários sempre a postos e gentis;

- colegas do curso, prestativos, solidários, competentes e bons companheiros para o estudo e para a descontração;

- homenagem carinhosa e de grande respeito, ainda que póstuma, a Luiz Carlos Yoshio Sugmyama, que, sempre pronto a partilhar seu saber, deixou sólido exemplo de competência, altruísmo e, sobretudo, humildade em sua discrição;

- Edmarlon Giroto que colaborou de forma altruísta e profissional;

- os dentistas da estratégia Saúde da Família do município de Londrinaque aceitaram participar da pesquisa e contribuir para a melhoria dos serviços;

- a AMS Londrina, de forma especial à Gerência de Odontologia e à Coordenação de Educação Permanente/Estágios/Pesquisa da Gerência de Educação em Saúde pelo apoio recebido;

- o meu marido, Sérgio, e filhas, Laís e Letícia, que aceitaram com abnegação e companheirismo tudo a que tiveram que renunciar durante o curso, especialmente nos últimos meses, sempre provendo-me com o suporte e entusiasmo necessários.

E, como não agradecer a Deus, que tudo permitiu, tudo conduziu e, certamente, iluminará para que eu enxergue no novo saber, além de um mero privilégio, uma ferramenta precisa; e que eu tenha a destreza de usá-la para o bem coletivo - sempre!

“Age de modo que consideres a humanidade, tanto na tua pessoa quanto na de qualquer outro, sempre como objetivo, nunca como simples meio.”

Immanuel Kant

NASCIMENTO, Cristiana Castello Branco. **Análise do perfil e trajetória dos dentistas da estratégia Saúde de Família de Londrina-PR.** 2011. 113 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, 2011.

RESUMO

A postura pró-ativa do Dentista na Equipe de Saúde Bucal em Saúde da Família é fundamental para desencadear e efetivar os processos de mudança essenciais às práticas de atenção básica apontadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde. O presente estudo tem como objetivo conhecer melhor o perfil deste profissional e sua trajetória, tanto acadêmica como profissional; conhecimento importante para que esta estratégia seja plenamente implementada e fortalecida no âmbito local. A pesquisa foi desenvolvida por meio de um questionário estruturado aplicado aos Dentistas das 23 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I em Londrina, cujos resultados foram processados pelo programa estatístico Epi Info™, versão 3.5.1, analisados por meio de frequência simples e apresentados em tabelas de dupla entrada. A análise das respostas revelou aspectos do perfil e da trajetória desse profissional, o grau de satisfação e sua percepção quanto à valorização de seu trabalho por diferentes segmentos. Uma observação ampla e profunda do conteúdo extraído das respostas foi realizada e o cruzamento, assim como associações entre elas, permitiu tecer o texto que apresenta um corpo profissional predominantemente jovem e motivado e, embora com pouco tempo de graduação, muitos cursaram ou cursam pós-graduação/residência. É diverso quanto à forma de contratação e treinamento introdutório ao serviço e homogêneo quanto à expectativa revelada por capacitação. Esta pesquisa integra a linha de pesquisa Avaliação de Políticas Públicas e Saúde e o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Atenção Básica e Saúde da Família, sob coordenação da orientadora. Com os resultados desta pesquisa pretende-se contribuir para qualificação das práticas profissionais das Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, produzir conhecimento sobre as mesmas e disseminá-lo em periódicos da área e eventos científicos.

Palavras-chave: Atenção básica. Atenção primária em saúde. Saúde da Família. Saúde bucal. Odontologia em saúde pública.

NASCIMENTO, Cristiana Castello Branco. **Profile and trajectory analysis of the Family Health Dentists of Londrina-PR.** 2011. 113 f. Dissertation (Professional Master Program in Health Services Management) - Londrina State University. Londrina, PR, 2011.

ABSTRACT

The Doctor in Dental Science (DDS) pro active attitude as a member of the Oral Health Team (OHT) on the Family Health Strategy (FHS) behalf is fundamental in order to trigger the process of necessary changes towards the basic attention model, according to the Health Ministry policies. The goal of the present study is to present a better acknowledgement of the professional's profile, his/her academic trajectory, and professional path as well, so the FHS may be successfully established and strengthened in local level. The research was developed with the application of a structured quiz to the DDS of the 23 Family Health Strategy Team with Oral Health Care Type I in Londrina, PR, which results were processed by Epi Info™ 3.5.1 statistical program, analyzed by simple frequency and presented in two variable tables. The interpretation of answers reveals aspects of the profile and course of this personnel, as the degree of his/her satisfaction and the perception of the recognition of the contribution and importance of his/her work by different segments. A wide and deep observation of the coming results was performed and their association and overlapping enabled the construction of the following text that presents a young and motivated dentist, recently graduated and several of them post graduated or in course of residency. The group is uneven according to the contract form and quite even concerning the urge for specific skill training. This research integrates the branch of Public Health Policies Evaluation proposed by the Master Program and also complements the Basic Attention and Family Health Research Group, under the coordination of the present tutor. This research intends to contribute to the better qualification of the Family Health Strategy Team with Oral Health Care Type I of Londrina's public health practice, to produce knowledge about it and disseminate its findings in scientific periodics and scientific events as well.

Keywords: Basic attention. Health primary attention. Family Health. Oral health. Public health dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** - Distribuição dos dentistas das ESB de acordo com a forma de contratação. Londrina, 2011..... 101
- Figura 2** - Distribuição da valorização referida pelos dentistas integrantes das ESB, segundo segmentos. Londrina, 2011 107
- Figura 3** - Grau de satisfação profissional dos dentistas das ESB. Londrina, 2011..... 108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos e tempo de formação. Londrina. 2011	44
Tabela 2 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo escola de graduação. Londrina. 2011	45
Tabela 3 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo atividades associativas na graduação. Londrina. 2011	47
Tabela 4 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo formação em pós-graduação <i>lato sensu</i> . Londrina. 2011	48
Tabela 5 – Distribuição dos cirurgiões dentistas que integram as equipes de Saúde da Família, segundo tempo de ingresso na ESB. Londrina, 2011	51
Tabela 6 – Distribuição dos dentistas das ESB em Londrina, segundo rendimento/ salário. Londrina, 2011	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
MAS	Autarquia Municipal da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista ou Cirurgiã Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPOD	Dentes cariados, perdidos e/ou obturados
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
HZN	Hospital Estadual Zona Norte
HZS	Hospital Estadual Zona Sul
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ISCAL	Irmandade Santa Casa de Londrina
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSCIP	Organização Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PIA	Programa de Inversão da Atenção
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde

THD	Técnico de Higiene Dental
TSB	Técnico de Saúde Bucal
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
TCLE	Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade(s) Básica(s) de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1 A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PROCESSO DE MUDANÇAS DO MODELO DE ATENÇÃO	23
1.2 A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO LOCAL	26
2 OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3 METODOLOGIA	32
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	33
3.2 LOCAL DO ESTUDO	33
3.3 POPULAÇÃO ESTUDADA	35
3.4 INSTRUMENTO DE ESTUDO	36
3.5 COLETA DE DADOS	36
3.6 TRATAMENTO DOS DADOS	37
3.7 RECURSOS FINANCEIROS	37
3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS	40
4.1.1 Distribuição Por Sexo	40
4.1.2 Distribuição Por Faixa Etária	41
4.1.3 Estado Civil e Filhos	42
4.1.4 Tempo de Formado na Graduação	42
4.1.5 Formação Profissional e Atividades Associativas na Graduação	45
4.1.6 Formação em Pós-Graduação Lato e Strito Sensu	47
4.2 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	50
4.2.1 Ingresso no Serviço Público	51

4.2.2	Forma de Contratação	53
4.2.3	Remuneração	55
4.2.4	Experiência Profissional em Cargos de Direção	58
4.2.5	Auto-Confiança e Satisfação Profissionais	58
4.2.6	Valorização do Trabalho	59
4.2.7	Satisfação com o Trabalho	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES	74
APÊNDICE A –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
APÊNDICE B –	Questionário	76
	ANEXOS	83
ANEXO A –	Autorização da Autarquia Municipal de Saúde	84
ANEXO B –	Aprovação do Comitê de Ética da UEL	85
ANEXO C -	ARTIGO: Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de Londrina-PR: Perfil e Trajetória dos Dentistas	86

APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

A estratégia Saúde da Família ocupa destacado espaço técnico-político nas reflexões e proposições acerca do desenvolvimento de práticas profissionais e institucionais voltadas à estruturação da atenção básica do Sistema Único de Saúde.

A Saúde Bucal, desde o início da década de 2000, tem sido apontada pelo Ministério da Saúde como parte constituinte da integralidade do cuidado e, para tanto, como indissociável da estratégia Saúde da Família.

Neste contexto, a articulação entre as práticas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal é condição fundamental para a promoção da saúde da população. Para ampliar o acesso à saúde bucal, o Ministério da Saúde implantou diferentes modalidades de inclusão de equipes, com distintos incentivos financeiros federais repassados aos municípios que assumem esta proposta.

A integração das equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família representa um avanço para a área da saúde, pois, além da ampliação do acesso, propõe a mudança do modelo de assistência odontológica voltado ao cuidado integral e à melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Por ser ainda um processo em desenvolvimento no país e, em especial nos municípios, esta pesquisa analisou o perfil e as trajetórias acadêmica e profissional dos dentistas das equipes de saúde bucal (ESB) no contexto da estratégia Saúde da Família do município de Londrina, Paraná, uma vez estando o êxito da estratégia no campo da saúde bucal intrinsecamente vinculado à esse profissional, a quem se pretende conhecer melhor.

Este estudo integra a linha de pesquisa Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Atenção Básica e Saúde da Família, sob coordenação da orientadora e teve apoio parcial do CNPq por meio do projeto intitulado Análise do *modus operandi* da estratégia Saúde da Família a partir das práticas profissionais em saúde: um enfoque loco-regional.

Do capítulo de Resultados e Discussão da dissertação resultou o artigo que deverá ser encaminhado para publicação imediatamente após a Defesa de Dissertação da autora principal, tendo a mesma sido aprovada pela banca

examinadora. O artigo está apresentado como Anexo C da presente dissertação e foi redigido segundo as normas da revista.

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da Reforma Sanitária Brasileira, processo iniciado na metade da década de 1970 e que teve origem nos movimentos que articularam lutas pela democratização da sociedade brasileira e pelo acesso aos bens sociais, evidenciando os problemas e necessidades de saúde da população (MENDES, 1996; PAIM, 2009).

Este movimento ganhou força no final dos anos 80 com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que trouxe o tema “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado” para ser amplamente debatido em seus aspectos técnico, político e ideológico (BRASIL, 1986). As diretrizes e propostas apresentadas no relatório final da VIII CNS foram decisivas para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Nº 8.142/90 que dispõem sobre a organização do sistema, participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Até então, a legislação previa que aos municípios brasileiros competia somente organizar serviços de pronto socorro e atender a população indigente.

A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS traçaram novas diretrizes para a organização do sistema, rompendo com a lógica da assistência vinculada aos interesses do patronato, assegurada apenas aos contribuintes da previdência social e com a tendência curativista, propondo a garantia do acesso gratuito e universal e do cuidado integral a todos os cidadãos brasileiros, concedendo proteção especial à família, propiciando sua crescente valorização na sociedade contemporânea (SOUZA, 2002; MOYSÉS, 2008).

A criação do SUS traz ao cenário brasileiro a necessidade de se implantar novos modelos de atenção sendo que, desde o final dos anos 70, alguns municípios brasileiros investiram na organização de serviços na lógica da Atenção Primária à Saúde (APS). Estas iniciativas, antes isoladas, nos anos 80 passaram a configurar um conjunto de propostas voltadas à descentralização dos serviços, fazendo emergir os municípios como novos atores no movimento de reorganização do sistema (SCOREL, 1998; CORDEIRO, 1991)

É neste contexto de implementação dos serviços municipais de saúde e mudanças do modelo assistencial que, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa Saúde da Família (PSF) como proposta para a reorganização dos serviços da rede básica.

A criação de diferentes mecanismos de sustentação do PSF por meios de incentivos financeiros e organizacionais do governo federal aos municípios e estados de forma sistemática e crescente e a criação de iniciativas de capacitação e formação profissional voltados ao trabalho em Saúde da Família, ampliaram e fortaleceram o PSF, tornando-o uma das principais estratégias de mudança do modelo predominante (GIL, 2006; SOUZA, 2002; VIANA, 2002).

Entendida como estratégia de reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais, a Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, porta de entrada do usuário ao serviço de saúde pública, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em um território delimitado. Estas equipes, compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde atuam com ações de promoção, atenção e recuperação da saúde e prevenção e reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2002).

A estratégia Saúde da Família reforça os princípios do SUS de acessibilidade, integralidade e universalidade de atenção, centralizando-se na promoção e vigilância em saúde e nas práticas assistenciais, agora do núcleo familiar e na defesa da vida (BRASIL, 2006a). Os princípios da Saúde da Família invertem o modelo eminentemente curativo ainda vigente no Brasil, propõe nova organização e funcionamento da rede básica com ênfase na humanização do atendimento e integração entre as ações de caráter individual e coletivo (BRASIL, 2002).

Os avanços, no que se refere à ação direta e bem sucedida da Atenção Básica e, portanto, da expansão da Saúde da Família, têm também reflexo na saúde e sobrevivência infantis. A UNICEF (2009), em seu relatório sobre a “Situação Mundial da Infância – 2009, demonstra contínua e progressiva redução no número anual de mortes de crianças menores de 5 anos no Brasil, de 1990 a 2008, passando de 12,5 milhões para 9 milhões, ao que se pode inferir como fator

determinante para essa melhoria o êxito da Atenção Básica e incremento na Saúde da Família no referido período.

A implantação das equipes de Saúde Bucal (ESB) ocorreu no final dos anos 90, portanto, após a criação do PSF, e foi regulamentada pela Portaria Nº. 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000 e, em seguida, alterada pela Portaria Nº. 267/01. A Saúde Bucal encontrou na estratégia Saúde da Família uma possibilidade de ampliação do acesso à população e, por sua vez a Saúde da Família ganhou com a Saúde Bucal a oportunidade de avançar na prestação do cuidado integral aos usuários do SUS. São inegáveis os avanços alcançados e a contribuição desta parceria (saúde bucal e saúde da família) na construção de novas práticas do modelo de atenção, melhorando o cuidado e as condições de saúde dos brasileiros.

Apercebendo-se das dificuldades vivenciadas pela odontologia ao se enquadrar no novo cenário, no início de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontavam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como o eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. A humanização, a co-responsabilidade dos serviços, cuidado voltado a cada ciclo de vida, assim como ações voltadas a condições especiais (saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos e outros) são preocupações abordadas por estas diretrizes (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006a).

Nas “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde” elaboradas pelo MS em 2006, ficam quantificadas metas para garantir a assistência proposta no documento anterior (BRASIL, 2006b).

No início do processo de implantação das ESB, os municípios podiam implantar apenas uma ESB para cada duas equipes de Saúde da Família. Na década de 2000, passou a ser possível igualar o número das equipes, o que aumentou significativamente (300%) o quantitativo de ESB no país. Decorrente dessa orientação foram contratados mais de 20.000 dentistas e respectivas equipes auxiliares (CFO, 2009). Em 2009, o Ministério da Saúde garante pela Portaria Nº. 302/09, que cada município implante o número de ESB que avaliar como necessário

para garantir assistência odontológica à população, abrindo a perspectiva de se contratar mais 30.000 profissionais para atender a demanda por este tipo de atendimento (BRASIL, 2009a).

Assim, observa-se o desenvolvimento positivo no campo da Saúde Bucal, pois entre 2002 e 2009 o número de ESB passou de 4.261 para 18.982, um aumento de 345,5%. As ESB atuam em 4.117 municípios, o equivalente a 84,8% das cidades brasileiras. Em 2002, o número era de 2.302 ou 41,4% do total de municípios, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a).

O incremento no número de ESB e respectiva cobertura têm proporcionado melhores condições de vida aos brasileiros, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 (Projeto SB 2010, do Ministério da Saúde), cujos resultados foram comparados com os obtidos em 2003, entre outros: queda de 19% de dentes cariados perdidos e/ou obturados (CPOD) entre adultos de 35 a 44 anos, de 30% entre jovens entre 15 e 19 anos; redução de 26% no número de cárie entre crianças de doze anos desde 2003 e crescimento de 30% no número de crianças nessa mesma faixa etária, nunca acometidas por cárie. O acesso ao atendimento odontológico à população adulta tem sido ampliado e possibilitado tanto a prevenção quanto o tratamento da cárie e menos dentes têm sido extraídos em consequência da doença. Os resultados a que chegaram culminaram com a inclusão do Brasil no grupo dos países de baixa prevalência de cárie pela Organização Mundial de Saúde (CFO, 2011; BRASIL 2010c).

Entretanto, a sustentabilidade desse modelo só pode ser mantida pelo crescente engajamento institucional de todos os atores envolvidos; mediante clareza conceitual, recursos de conhecimento, transparência de informações e compartilhamento de poder. Ainda, com as redes colaborativas, apoiadas em bases políticas e legislativas que permitam que as intervenções continuem independentemente das transições político-administrativas de autoridades locais, estaduais e federais (MOYSÉS, 2004)

Os desafios para garantir a integralidade do cuidado passam pelo fortalecimento da Saúde da Família ampliada, conceito entendido como a efetiva inclusão das equipes de Saúde Bucal no cotidiano das práticas da atenção básica.

1.1 A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO PROCESSO DE MUDANÇAS DO MODELO DE ATENÇÃO

Na odontologia, o marco da criação do serviço público odontológico dá-se na década de 50, introduzido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) quando, em Minas Gerais, é elaborado o Sistema Incremental com enfoque curativo-reparador para ser implantado em grupos estratégicos sob o ponto de vista de racionalização econômica (SOUZA, 2001; BRASIL, 2006a; NICKEL, 2008).

Inspirado no modelo americano de atendimento incremental, o paradigma curativo-restaurador focava-se exclusivamente nos escolares e o tratamento dentário tinha o caráter mais racionalizador do que preventivo, garantindo acesso restrito ao cuidado odontológico (MOYSÉS, 1992)

Estruturados com ações voltadas à população escolar na faixa etária de 6 a 14 anos, por ser a que apresentava maior incidência de cárie com lesões em fase inicial e, portanto, de melhor prevenção e controle, o sistema incremental elegeu este grupo (escolares) por representar possibilidade de atendimento e acompanhamento constantes (CORDON, 1986).

Segundo Moysés (1992, p. 39), “[...] o direito de acesso dos cidadãos aos serviços básicos não era discutido na década de 70 e início de 80 com a mesma ênfase de hoje” e, o modelo incremental, até meados dos anos 80 foi o que predominou naquele período.

Cabe ressaltar que a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia, antes do SUS, somente os trabalhadores contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado (NICKEL, 2008).

Ainda assim, o modelo incremental marcou o início da lógica organizativa da odontologia social e trouxe a proposta de prestação de serviços odontológicos de forma programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado nas décadas anteriores, ainda que excludente para outras faixas etárias. Também introduziu as práticas preventivas, evidenciando a necessidade de fluoretação das águas de abastecimento e oferecendo discretas ações educativas por meio de aplicações tópicas de flúor em crianças de 7, 10 e 13

anos, mas, ainda assim, enfatizava as ações restauradoras (BRASIL, 2006a; NICKEL, 2008).

Como os resultados epidemiológicos do modelo incremental fossem insatisfatórios em todo o Brasil e, diante de novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, outra opção programática surgiu: a Odontologia Integral ou Incremental Modificada, que agregava algumas alterações ao modelo anterior. Suas principais características eram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase em ações coletivas e educacionais; abordagem e participação comunitárias; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar. A cárie passou a ser reconhecida e tratada como doença infecto-contagiosa e o retorno programado para manutenção preventiva incorporado à rotina dos serviços (BRASIL, 2006a; NICKEL, 2008).

No final da década de 80, é elaborado também em Minas Gerais, o Programa Inversão da Atenção (PIA) ou Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva ou Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie, tendo como público alvo as creches e escolas. Também oposto à tendência cirúrgico-restauradora, estabelece um modelo centrado em três fases da doença cárie: estabilização, reabilitação e declínio; porém suas ações intermediárias de adequação do meio bucal são confundidas com prestação de serviços de baixa qualidade (BRASIL, 2006a e NICKEL, 2008).

Outro modelo que teve seu momento na odontologia foi o de Atenção Precoce, focado na primeira infância, objetivando a prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua. A primeira experiência do modelo de Atenção Precoce no Brasil ocorre na Universidade Estadual de Londrina, PR, com a criação da Bebê-Clínica, em 1985. A peculiaridade deste modelo foi a inclusão de gestantes, visando a educação no núcleo familiar, a higienização da cavidade bucal, o controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e o consumo racional de açúcar, fatores de prevenção da cárie (NICKEL, 2008).

De modo geral, o modelo incremental predominou e estendeu-se durante a década de 1980 em todo o país e contribuiu para as discussões sobre a importância das mudanças na assistência odontológica, mais voltada às necessidades sociais. O modelo de integralidade ganhou novos contornos e promoveu avanços na perspectiva da ampliação do acesso e descentralização dos

serviços de assistência odontológica e do papel da odontologia social (MOYSÉS, 1992).

A VIII Conferência Nacional de Saúde incitou a realização de várias conferências nacionais temáticas, entre elas a de Saúde Bucal. Foi durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que se propôs a inserção da Saúde Bucal no sistema de saúde, haja vista que, durante todo este período, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no processo de descentralização se faz de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL 2006a)

Nos anos 90 com o avanço da municipalização dos serviços de saúde amplia-se o debate sobre a oferta da atenção odontológica. O advento do SUS e o princípio da universalidade das ações de saúde, não mais privilegiando grupos cativos de atenção e a implantação e expansão acelerada da Saúde da Família no final da década culminam com a incorporação da odontologia nesta estratégia. Em dezembro de 2000, a Portaria Nº.1.444/GM estabeleceu os mecanismos de inserção das ESB na Saúde da Família, por meio de duas modalidades: modalidade 1 – composta por um cirurgião dentista (CD) e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e modalidade 2 – composta por um CD, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2000).

Em 2001, é publicada a Portaria Nº. 267/GM dispendo sobre os procedimentos operacionais das ESB na atenção básica, em consonância com o proposto nas normas operacionais vigentes (NOB 96 e NOAS) (BRASIL, 2001).

Em 2004 é criada a Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente, (PNSB) propondo a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira. No Brasil Sorridente, fica explícita a terminologia “equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família” e dispostas as ações a serem asseguradas à população. As equipes SB deverão estar aptas para realizar extração dentária, restauração, aplicação de flúor, resina e próteses dentárias gratuitas. Deverão ainda, ser capazes de diagnosticar precocemente o câncer de boca, um dos principais problemas da saúde bucal no país. Outra frente de atuação preventiva é a garantia da fluoretação da água em 100% dos municípios com sistema de abastecimento público, pois, essa situação era garantida apenas em 60% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2004).

A política também prevê a distribuição de kits dentais compostos por escova e creme dental a ser distribuída para as famílias desprovidas de acesso aos mesmos.

Da mesma forma, a PNSB propõe a ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas visando o acesso aos tratamentos especializados, tais como tratamento de canal, doenças da gengiva, cirurgias odontológicas, câncer bucal em estágio mais avançado, endodontia e ortodontia (BRASIL, 2004).

1.2 A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO LOCAL

No município de Londrina, de modo geral, há pouco registro sobre o desenvolvimento e organização dos serviços de saúde, em especial os de odontologia. Para finalidade deste estudo, as informações sobre o contexto local foram resgatadas dos projetos de implantação deste serviço.

Em Londrina, a atenção odontológica passou a ser incorporada na década de 1970, como parte do movimento histórico de vanguarda na descentralização dos serviços. Inicialmente a assistência se dava numa clínica odontológica da UEL instalada na região central, voltada ao pronto-atendimento de urgências. Em 1972 a água de abastecimento público passou a ser fluoretada.

Em 1978, com a adoção da Atenção Primária à Saúde pelo município, as primeiras unidades de saúde contavam com equipamentos odontológicos de urgência e extrações dentárias. Acompanhando o movimento nacional, na década de 1980 o Sistema Incremental foi implantado, com as primeiras clínicas odontológicas simplificadas e móveis, levadas às escolas para atender alunos de 7 a 12 anos do ensino fundamental público, objetivando manter os cuidados nos anos subseqüentes (ALVANHAN D., 1998; ALVANHAN D., GONINI C. A. J., 2009).

As novas propostas da década de 1990, preconizadas pela Odontologia Integral e pela Saúde Bucal Coletiva começaram a ser absorvidas pelo serviço municipal: conceitos de risco, prevenção de cárie, princípios de equidade, universalidade, territorialização, integralidade e controle social. O simultâneo desenvolvimento da Atenção Odontológica Precoce pela Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina (UEL) proporcionou uma sinergia ao processo, tornando aquele um momento marcante na história da Saúde Bucal do município,

por ter sido berço de uma nova proposição que se disseminou, não só pelo país, mas cruzou as fronteiras e foi adotada internacionalmente (ALVANHAN D., GONINI C. A. J., 2009).

Em 1994 houve muitos fóruns de discussão sobre o Pré-Natal Odontológico, com profissionais de áreas afetas e oferta de capacitação e orientação às equipes, dando início a atenção odontológica à gestante, aproximando-se do princípio básico de atenção integral. Em 2002, deu-se início à atenção odontológica ao doente e portador de HIV e a implantação do Programa de Odontologia na Maternidade Municipal com o objetivo de orientar as puérperas acerca da importância da saúde bucal do bebê e da mãe, com cuidados preventivos e aleitamento (ALVANHAN D., GONINI C. A. J., 2009).

A incorporação da Saúde Bucal à ESF aconteceu em 2003, após discussão entre equipe gestora e servidores sobre as mudanças requeridas para a instalação do novo modelo, ações, forma prevista de contratação, remuneração e número de equipes. Decidiu-se pela contratação de profissionais e o treinamento introdutório (geral e específico) foi ofertado a dentistas e ASB, constituindo as primeiras ESB Modalidade I em Londrina, que cumpriram ainda, e por muito tempo, atribuições essencialmente clínicas, não exercendo outras ações, predominantemente por resistência à mudança do modelo, falta de domínio conceitual e de compreensão das propostas da estratégia por parte dos dentistas e ASB, e também por falta de condições de infra-estrutura básica para seu desenvolvimento.

A opção pela Modalidade I foi financeira, pois a contrapartida do município para instalar a Modalidade II, que inclui um TSB, não era compatível. Os oito primeiros classificados no processo seletivo aberto ao público foram contratados pela Santa Casa de Londrina (ISCAL) e o gerenciamento do serviço realizado pela Autarquia Municipal de Saúde.

Em 2004 foram agregadas mais oito ESB, após processo interno em que se inscreveram os servidores que tinham interesse em integrar a ESF. Para promover a resolubilidade à demanda por especialidades na atenção básica foi inaugurado, em 2004, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) contemplando as especialidades de Endodontia, Periodontia, Prótese Dentária, Pacientes com Necessidades Especiais e Cirurgia Odontológica, com profissionais especialistas nas respectivas áreas.

Em 2007, com a parceria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL, foram integrados à ESF dois dentistas e, em 2010, o número de ESB foi elevado para 23 – todas na modalidade I. A população atendida pelo serviço tradicional inclui prioritariamente bebês de 0 a 36 meses, e crianças e adolescentes até 14 anos que entram no Programa e recebem os cuidados até 21 anos de idade. As gestantes que realizam o pré-natal na USF ou referenciadas por outro serviço têm prioridade na atenção odontológica, independente da idade gestacional (ALVANHAN D., GONINI C. A. J.,2009).

Em síntese, o serviço de odontologia no município enfrenta uma diversificação de atendimento, no qual coexistem os “programas”: Infanto-Juvenil, Pré-Natal e PSF. Fica evidente que o serviço de odontologia no município não está voltado para o cuidado integral que, em tese, é o que deveria ser a Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família.

Carvalho (2004) concluiu em seu estudo que o SUS, quando não desconhecido, é parcialmente reconhecido como referencial cognitivo e político-ideológico para a atenção odontológica pelos dentistas, fator dificultador para o alcance do patamar almejado. Contudo, o circuito interativo e complementar entre ESB - população - ESF ganha a adesão crescente nas Unidades Básicas de Saúde, buscando sempre a atenção integral, ainda que esta complementaridade não esteja plenamente alcançada por descontinuidade da atenção básica em outros níveis. A prática em saúde bucal deve ser alicerçada em pilares relacionais que confirmam simultaneamente autonomia ao usuário e vínculo com este, ampliando o cuidado (SANTOS, 2008).

No Brasil, a inserção da SB na estratégia Saúde da Família enfrenta muitos desafios inerentes ao próprio processo de mudança. Para Gil (2006), a condição essencial para que haja mudança do modelo e das práticas em saúde requer o envolvimento dos profissionais de saúde, considerados como quesito essencial à produção das mudanças pretendidas, tanto para o SUS, como para a Saúde da Família e Saúde Bucal. Sem a participação efetiva dos profissionais que atuam nos serviços, principalmente na Saúde da Família, não haverá mudanças substantivas do modelo de atenção.

Neste sentido, considerando a importância da Saúde Bucal para garantir avanços na integralidade do cuidado, sentiu-se a necessidade de melhor conhecer os sujeitos sociais destas práticas – os dentistas, analisando sua trajetória

de formação e inserção no serviço e na estratégia Saúde da Família do município estudado.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

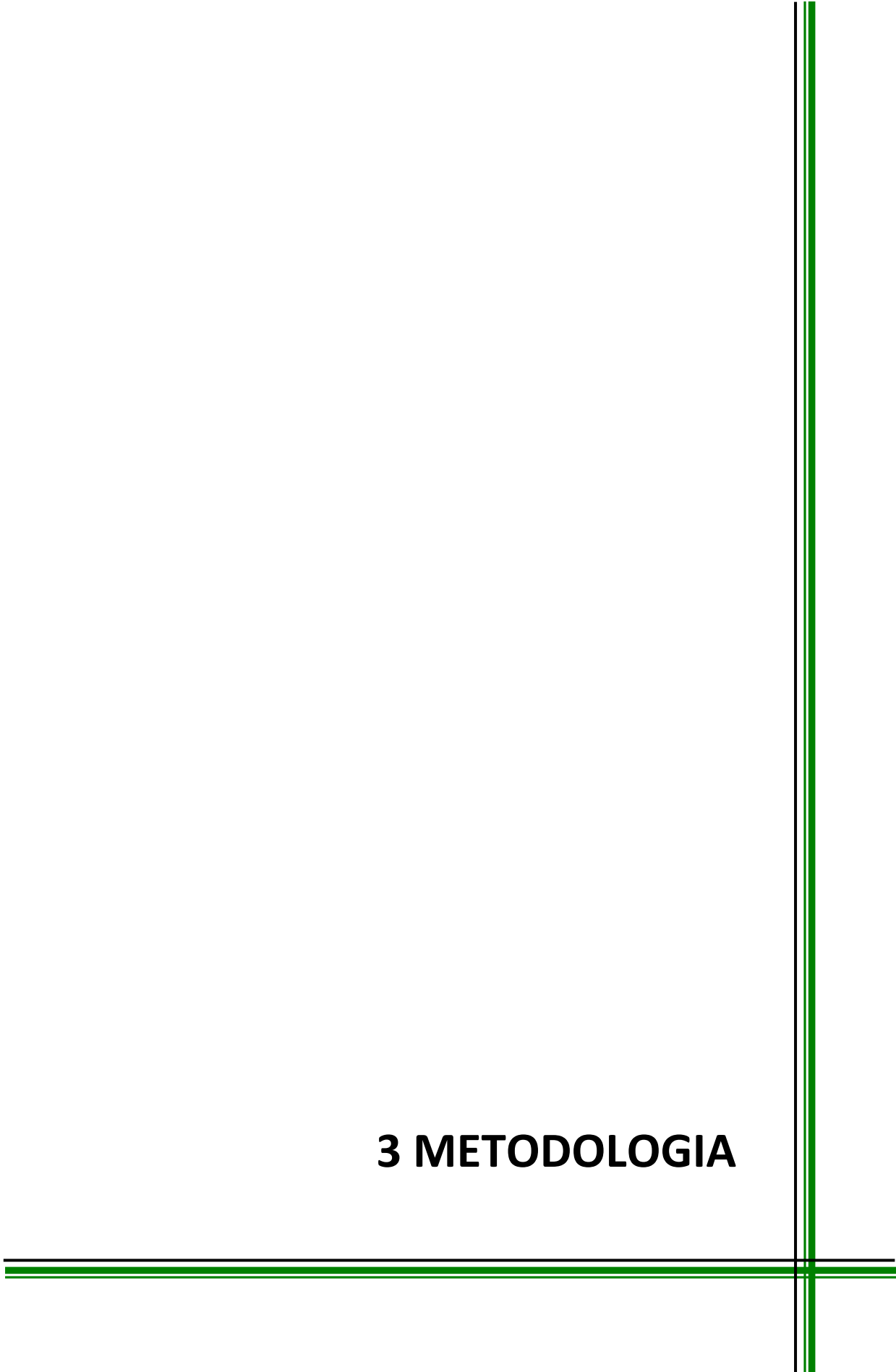
2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e analisar o perfil e a trajetória acadêmica e profissional dos dentistas que integram as ESB no município de Londrina-PR, identificando limites e possibilidades referidas para o trabalho em Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos dentistas inseridos nas equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família.
- Identificar as trajetórias traçadas, acadêmica e profissionalmente, pelos dentistas inseridos nas equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família.
- Identificar aspectos relacionados ao trabalho dos dentistas na estratégia Saúde da Família.

3 METODOLOGIA



3 METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “Análise do *modus operandi* da estratégia Saúde da Família a partir das práticas profissionais: um enfoque loco-regional”, cadastrada na PROPPG/UEL, realizada com financiamento do CNPq e coordenada pela orientadora da presente dissertação. Foi concedido apoio parcial para o desenvolvimento do presente estudo com a finalidade de ampliar o escopo da pesquisa, originalmente dirigida apenas a médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório e de abordagem quantitativa, realizado com os Dentistas inseridos nas Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família – Modalidade I, no Município de Londrina-PR.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Londrina, localizado no norte do Paraná, com população de 510.707 habitantes, segundo estimativa demográfica do IBGE para 2009 (BRASIL, 2009b; LONDRINA, 2009b).

A gestão da atenção à saúde é organizada administrativamente pela Secretaria Municipal de Saúde através da Autarquia Municipal de Saúde (AMS) e do Fundo Municipal de Saúde e o município está na modalidade de Gestão Plena do Sistema, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde Nº 1/NOAS-SUS 2001, gerindo os recursos do Fundo Municipal de Saúde. O controle social é feito pelo Conselho Municipal de Saúde (LONDRINA, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde executa diretamente ações de saúde na atenção básica por meio de programas prioritários, vigilâncias epidemiológica e sanitária, entre outras. A política de saúde local tem como ações estratégicas a ampliação da oferta de serviços baseada na Estratégia Saúde da Família, a ampliação do programa de saúde bucal e de saúde mental e a implementação de serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar).

O município tem uma rede própria de serviços composta por uma rede de Unidades Básicas de Saúde, Laboratório (CENTROLAB), Maternidade, Pronto-Atendimento Médico infantil e adulto (PAM e PAI), Policlínica, Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI), Sistema de Internação Domiciliar (SID), Serviço Integrado de Atenção ao Trauma e às Emergências (SIATE), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) de atendimento à Criança e ao Adolescente (CAPS-I) e de álcool e drogas (CAPS-AD) (LONDRINA, 2009a).

Prestadores de serviços de saúde filantrópicos e privados prestam serviços principalmente de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por meio de contratos, e os hospitais estaduais Zonas Norte e Sul (HZN e HZS) fazem parte do SUS em Londrina, assim como o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR). Londrina é sede da 17ª Regional de saúde e tem programação de serviços pactuada na Comissão Bipartite de Intergestores do Paraná para atender a região e, em alguns serviços de referência, na assistência à macrorregião (LONDRINA, 2010).

De acordo com o Relatório de Gestão de Saúde 2009 do município, a AMS conta com uma rede de cinquenta e duas Unidades Básicas de Saúde, treze na zona rural e as trinta e nove na zona urbana. Oitenta e cinco Equipes de Saúde da Família (ESF) cobrem 70% da população, sendo vinte e três delas com Equipes de Saúde Bucal Modalidade I (ESB) (LONDRINA, 2010).

Neste estudo, ao mapear a atenção odontológica no município verificou-se que a mesma está organizada em quarenta e três unidades básicas de saúde, priorizando gestantes e a faixa etária infanto-juvenil. No Centro Integrado de Doenças Infecto-Contagiosas (CIDI) e na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai também são ofertados serviços odontológicos. A referência para casos mais complexos é o CEO e os casos de urgência encaminhados ao pronto socorro da Clínica Odontológica da UEL que funciona vinte e quatro horas, todos os dias da semana.

No momento da coleta de dados, das quarenta e três UBS que ofertavam atendimento odontológico, dezoito (42%) comportavam as vinte e três ESB, todas na Modalidade I, compostas por um Cirurgião Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), de acordo com o preconizado pela lógica da Saúde da Família,

integrando os cuidados proporcionados às famílias pertencentes aos respectivos territórios das equipes. Cabe esclarecer que a ESB que atende no CEO, de fato, pertence à ESF da UBS Clair Pavan (Centro), pois, por questões de limitação de espaço físico a unidade não comporta um consultório odontológico em suas dependências.

As UBS com Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família eram:

- Vila Nova e Clair Pavan (CEO), na região centro;
- Aquiles, Chefe Newton, Cabo Frio, Maria Cecília e Novo Amparo, na região norte;
- Eldorado, Itapoã e União da Vitória, na região sul;
- Armindo Guazzi e Ideal, na região leste;
- Jardim do Sol, Panissa e Tóquio, na região oeste e
- Lerroville, Guaravera, e a Reserva Indígena do Apucarantina, na área rural.

3.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

Foram considerados critérios de inclusão no estudo todo Dentista inserido na SB Modalidade I da estratégia Saúde da Família do município de Londrina, PR, no período de setembro de 2009 a setembro de 2010. Assim, este estudo considerou o grupo de Cirurgiões Dentistas da Saúde da Família em sua totalidade: 23 profissionais.

Compondo este grupo foram encontrados dezoito dentistas e cinco residentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Considerando a efetiva participação e inserção dos residentes na área de Saúde Bucal do município, e o fato de os mesmos constituírem 22,7% do total de dentistas das ESB, optou-se por incorporá-los à população de estudo. Os residentes são assistidos por um(a) ASB, formando, cada um, uma ESB Modalidade I como as demais, observando as normas e metas da Gerência de Odontologia da AMS. Houve recusa de um dos profissionais servidores municipais, passando o universo estudado a corresponder a vinte e dois pesquisados, doravante referidos como *dentistas das ESB*.

3.4 INSTRUMENTO DE ESTUDO

Como este estudo é parte integrante da pesquisa mencionada no início deste Capítulo, os questionários utilizados foram adaptados (Apêndice B) a partir do instrumento da pesquisa original, de acordo com as especificidades da categoria profissional entrevistada e do objetivo do presente estudo, contendo questões fechadas sobre: I) perfil dos profissionais; II) trajetória profissional; III) valorização e satisfação com o trabalho.

Isso feito, os mesmos foram aplicados como *surveys* aos dentistas das ESB do município selecionado, preservando-se o sigilo e anonimato dos profissionais em todo o processo.

A opção por uma aproximação aos sujeitos sociais envolvidos na pesquisa por meio de *surveys* teve duas finalidades: uma descritiva e outra explicativa. Segundo Babbie (1999, p. 96), “[...] os *surveys* descritivos são freqüentemente realizados para permitir enunciados descritivos sobre alguma população, isto é, descobrir a distribuição de certos traços e atributos”.

Por sua vez, segundo este mesmo autor (1999, p. 97), “[...] os *surveys* explicativos têm o objetivo adicional de fazer asserções explicativas sobre a população de estudo”.

Desta forma, optou-se por aplicar o *survey* à totalidade dos dentistas das ESB para construir uma identidade panorâmica do perfil, trajetória dos profissionais e singularidades do contexto local.

Ao final de cada bloco de questões havia espaço destinado a depoimentos espontâneos acerca do respectivo tópico. Os dados oriundos foram contemplados durante o estudo e subsidiaram a análise das questões.

3.5 COLETA DE DADOS

A pesquisadora estabeleceu contato com todos os profissionais, na maioria pessoalmente e, quando não possível, por telefone, a fim de se apresentar, esclarecer os objetivos do estudo, colocar-se à disposição e prestar reconhecimento e valorização do aceite da participação de cada um.

Anexado ao questionário entregue aos dentistas, que tiveram participação espontânea, estava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice A), que foi lido e assinado pelos participantes. Àqueles cujo questionário não foi entregue pessoalmente a Gerência de Odontologia da AMS gentilmente fez chegar o questionário até os mesmos. Houve 3 dentistas que, por estarem em licença-maternidade ou em férias, receberam os questionários em suas residências, após concordarem em participar do estudo.

Os dados foram coletados pessoalmente pela pesquisadora entre os meses de dezembro/2009 a fevereiro/2010. Embora o questionário seja extenso e minucioso e tenha sido aplicado num período que costuma ser de predileção para férias, houve receptividade por parte dos dentistas, que o devolveram no prazo acordado com um retorno bastante satisfatório (100%), exceto a recusa.

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram processados pelo programa estatístico de domínio público, Epi Info™, versão 3.5.1, analisados por meio de frequência simples e apresentados em tabelas e gráficos de dupla entrada.

3.7 RECURSOS FINANCEIROS

Esta pesquisa foi apoiada parcialmente pelo CNPq, órgão financiador do projeto ao qual está vinculada a orientadora, conforme descrito no início deste capítulo. As despesas foram fundamentalmente com a reprodução dos questionários. Os demais procedimentos foram custeados pela pesquisadora.

3.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A realização da pesquisa foi autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (Anexo A), submetida e aceita pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL (Anexo B) conforme determinação vigente, e não houve conflito de interesses.

Todos os pesquisados participaram espontaneamente do estudo, tiveram conhecimento dos objetivos propostos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas dos dentistas obtidas por meio dos questionários a eles aplicados fundamentam este capítulo, que pretende demonstrar o perfil e a trajetória profissional do Dentista que faz a Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família em Londrina e aspectos relacionados ao cotidiano do trabalho que o distanciam ou aproximam da Estratégia.

A análise das respostas revela aspectos desse profissional e de suas atividades e o cruzamento das informações, assim como associações entre elas, permitem tecer o texto e o contexto do desenvolvimento da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família de Londrina.

Os resultados deste trabalho serão apresentados em formato de artigo científico, a ser apresentado à Revista Trabalho e Educação na Saúde para publicação.

O artigo foi redigido atendendo às normas de submissão de artigos do referido periódico, sendo apresentado nesta Dissertação de acordo com as orientações do mesmo (ANEXO C).

Compondo o grupo de dentistas das equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família no município de Londrina foram encontrados 23 profissionais, sendo 18 dentistas da rede municipal e cinco residentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) ofertado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Considerando que os residentes estão inseridos nas equipes de Saúde Bucal do município, os mesmos foram incorporados à população de estudo com o devido cuidado de analisá-los singularmente. A participação dos residentes resulta da articulação do trabalho do Ministério da Saúde junto às instituições de ensino na saúde objetivando a construção do perfil de competências para as equipes de saúde da família, como explicita a Portaria Interministerial Nº 45/2007 (BRASIL, 2007), que regulamentou a Residência Multiprofissional em Saúde. A formação prática viabilizada por meio dessas medidas legais passa a ser interessante aos residentes da área, compreendidos principalmente na faixa etária jovem e com o pouco tempo de formados (BRASIL, 2008).

Até o momento da realização deste estudo, o município de Londrina dispunha apenas de ESB Modalidade I (1 CD e 1 ASB), concentradas na região

norte do município (26% das ESB), o que se explica pela maior densidade demográfica daquela região. A zona rural conta com 13,6% das ESB e não tem alunos de residência.

No momento da coleta de dados havia 85 equipes Saúde da Família no município e apenas 23 equipes de Saúde Bucal, com uma média de 1ESB para cada 3ESF, ou seja, abaixo do preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal.

4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

O corpo de dentistas que caracteriza a força de trabalho das ESB da estratégia Saúde da Família em Londrina é predominantemente composto por profissionais do sexo feminino, com idade até 40 anos, em situação de união estável e sem filhos.

4.1.1 Distribuição por Sexo

No grupo pesquisado (Tabela 1), 59,1% dos dentistas das ESB são mulheres. Observando-se apenas o subgrupo dos residentes, todas são do sexo feminino e a participação das mesmas no grupo estudado colabora para o predomínio de sexo feminino representando 22,7% do total. Entre os dentistas da rede municipal, a participação dos homens é ligeiramente maior, de 52,9%.

O estudo de Morita (2010) sobre o perfil dos dentistas da Saúde Bucal no Brasil registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em outubro de 2009 (CNES) mostra que 58% dos mesmos são do sexo feminino e 42% do sexo masculino. No Estado do Paraná, num universo de 13.675 profissionais, a mesma autora afirma que se repete a predominância, constatando que 54% são mulheres.

Haddad *et al*, em 2006, revelaram que 65,3% dos concluintes do curso de odontologia no Brasil são do sexo feminino, evidenciando uma realidade nacional de *feminilização* da profissão, como afirma Morita (2010) que há 40 anos atrás a profissão apresentava predomínio eminentemente masculino, sendo 90% dentistas homens. Em Londrina foram encontrados dados semelhantes, corroborando os estudos nacionais (Tabela 1).

4.1.2 Distribuição por Faixa Etária

De modo geral, os dentistas inseridos nas equipes locais de Saúde Bucal são jovens,

sendo que 40,9% do total têm abaixo de 30 anos de idade. Entre os dentistas da rede municipal predomina a faixa etária de 31 a 40 anos (47%) e, entre os residentes, 80% concentram-se na faixa abaixo de 30 anos.

Segundo o Ministério da Saúde, no Programa Saúde da Família e nas ESB a distribuição etária se comporta de forma similar, registrando-se 68% dos profissionais com menos de quarenta anos de idade e um terço com menos de 30 anos (BRASIL, 2010 a).

O estudo de Morita (2010) sobre o perfil dos dentistas da Saúde Bucal no Brasil demonstra uma distribuição semelhante nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos perfazendo 68% dos dentistas de ESB. Achados semelhantes foram apresentados por Funk *et al.* (2004) em estudo sobre o perfil dos dentistas realizado em Passo Fundo, RS, tendo encontrado predomínio da faixa de idade entre 25 e 43 anos.

No presente estudo, embora as faixas etárias pesquisadas não sejam coincidentes com as de Morita, observa-se que o grupo estudado tem até 40 anos, com 81,8% dos entrevistados (Tabela 1). Estes dados evidenciam que a Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família em Londrina conta com um corpo jovem de profissionais dentistas e com poucos anos na profissão, fato que pode significar duas situações: a primeira, como um bom potencial de desenvolvimento do trabalho das ESB e da própria Saúde da Família, uma vez que tendem a extrair pleno aproveitamento do processo de formação, sem vieses de outras práticas e com disposição para o novo. A outra, ao contrário, pode indicar a inserção “temporária” nas ESB, até encontrarem outra oportunidade de trabalho em clínicas privadas ou outros serviços especializados. Pode explicar os dados encontrados o fato de as políticas públicas terem incluído de forma mais evidente a saúde bucal em sua agenda a partir de 2001, quando o Ministério da Saúde passou a normatizar e incentivar financeiramente as ESB na ESF (BRASIL, 2001).

4.1.3 Estado Civil e Filhos

Um dos pressupostos da estratégia da Saúde da Família é o estabelecimento e manutenção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários/famílias, e entre as equipes de saúde e a comunidade, situação que, em tese, favorece o comprometimento e humanização tão almejados no serviço. Para que seja possível a construção de vínculo, um dos requisitos é a fixação dos profissionais em suas equipes locais. Para tanto, algumas variáveis que podem contribuir para que os profissionais se fixem no trabalho foram pesquisados, tais como a situação civil, filhos, forma de contratação profissional, satisfação com o trabalho e com a remuneração, entre outros.

Em relação ao estado civil (Tabela 1), pode-se observar que 54,5% dos dentistas são sozinhos, sendo 41% solteiros e 13,5% divorciados ou separados, enquanto que 45,5% vivem em união estável ou são casados e não há viúvos no grupo. Entre os residentes predominam os solteiros, o inverso dos dentistas da rede, em que a maioria é casada e onde estão os separados.

A maioria dos profissionais do grupo estudado não tem filhos (59,1%) e os demais 40,9% tem até dois filhos (Tabela 1). Portanto, as famílias constituídas pelos participantes não são numerosas, fato que pode ser explicado pelos achados anteriores como a faixa etária predominantemente jovem. O grupo dos casados, em união estável e os separados/divorciados mantem o padrão de famílias pequenas, com um ou dois filhos. Nenhum dos participantes tem mais de dois filhos, evidenciando a possibilidade de tratar-se de famílias em construção. Desta forma, a

preocupação inicial fica fundamentada, considerando que a situação encontrada não é a que normalmente exige assunção de compromissos no serviço, o que pode fragilizar a fixação dos profissionais e a criação ou manutenção de vínculo com o trabalho e a comunidade.

4.1.4 Tempo de Formado na Graduação

Quanto ao tempo de formados, os dados da Tabela 1 demonstram que 40,9% dos participantes são formados entre 1 e 5 anos. Somando-se o período de um a dez anos de formados, encontram-se 63,6% dos dentistas. Entre os cinco

residentes, quatro deles estão formados há menos de 3 anos e apenas um há mais de 5 anos.

Com mais de 20 anos de formados estão apenas 18,2% dos dentistas, todos da rede municipal.

Tabela 1 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos e tempo de formação. Londrina. 2011.

VARIÁVEIS	FAIXA / TIPO	DENTISTAS	
		n	%
SEXO	Masculino	9	40,9
	Feminino	13	59,1
IDADE	Abaixo de 30	9	40,9
	31 a 40 anos	9	40,9
	41 a 50 anos	3	13,7
	51 a 60 anos	1	4,5
	61 e mais	0	0
ESTADO CIVIL	Solteiro	9	40,9
	Casado, união estável	10	45,5
	Divorciado, separado	3	13,6
	Viúvo	0	0
FILHOS	Não	13	59,1
	1 filho	3	13,6
	2 filhos	6	27,3
	3 filhos	0	0
	Mais que 3	0	0
TEMPO DE GRADUAÇÃO	Até 1 ano	0	0
	> 1 até 3	4	18,2
	> 3 até 5	5	22,7
	> 5 até 10	5	22,7
	> 10 até 15	1	4,5
	> 15 até 20	3	13,7
	> 20	4	18,2

4.1.5 Formação profissional e atividades associativas na graduação

Sobre esse aspecto, o estudo revelou que 77,3% dos participantes cursaram a graduação em escolas públicas, com destaque para a Universidade Estadual de Londrina que formou 59,1% dos dentistas (Tabela 2). Entre os pesquisados, 27,3% graduaram-se em escolas de fora do estado do Paraná, a maioria no estado de São Paulo.

De acordo com o Censo de Educação Superior de 2008, dos 197 cursos de Odontologia em funcionamento no Brasil, 72% são particulares e o Sul e Sudeste, juntos, concentram 67% desses. No caso estudado, ainda predomina a formação em instituições públicas (BRASIL, 2009 a).

Tabela 2 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo escola de graduação. Londrina. 2011.

Tipo de Universidade	DENTISTAS	
	n	%
Privada	5	22,7
Pública	17	77,3
Universidade		
UEL	13	59,1
UNOESTE, Presidente Prudente-SP	2	9,2
UEPG	1	4,5
USP, Bauru - SP	1	4,5
UNOPAR	2	9,2
UNISA - SP	1	4,5
UNICID - Univ. Cidade de São Paulo - SP	1	4,5
UNIC - Univ. Cuiabá - MT	1	4,5

Com relação à satisfação com o processo de formação na graduação, 54,5% dos pesquisados referem sentir-se satisfeitos com o curso, embora reconheçam que ficaram lacunas de conhecimento que interferem nas práticas cotidianas de trabalho. Ainda, 13,6% declaram-se insatisfeitos com o curso, pois o mesmo deixou a desejar no processo de formação, ocasionando muita dificuldade no início da prática profissional. Apenas 31,8% dos dentistas das ESB informaram que se sentem totalmente satisfeitos com a formação na graduação e preparados para o trabalho, predominando nesta avaliação os profissionais oriundos do ensino privado.

Entre todos os entrevistados, em relação ao interesse pela área de Saúde Pública, 68,2% informaram que já se identificavam com a área durante a graduação e não desejavam trabalhar nesta área 31,8% dos dentistas. No espaço aberto dos questionários, um dos pesquisados registrou que durante a graduação *“ninguém me apresentou à Saúde Pública, a clínica na graduação”*.

Narvai (1994), ao discorrer sobre o perfil formativo do dentista brasileiro, aponta a inadequação do preparo dos recursos humanos, a formação de profissionais de maneira desvinculada das reais necessidades do país, direcionamento precoce daqueles para especialidades, além da inadequação técnica para os serviços onde deverão atuar. Somada à formação inadequada, está a herança que o profissional traz do modelo curativo e restaurador do setor privado, em desacordo com o proposto pelas políticas reorientadoras das ESB.

Cabe ressaltar a importância desta questão no que se refere ao potencial envolvimento e compromisso do grupo com as ações de saúde pública e, conseqüentemente, com os pressupostos da estratégia Saúde da Família, em especial no que se refere à mudança de modelos e práticas em saúde. Esta questão fica evidenciada no estudo de Gil e Escorel (2010) que identificou o mesmo comportamento em outras categorias profissionais estudadas.

Com relação ao período de graduação, a Tabela 3 ilustra o envolvimento dos pesquisados em atividades associativas: 50% dos pesquisados informam ter tido participação na vida acadêmica, principalmente nos Centros Acadêmicos, sendo que desses, 22,7% fizeram-no de forma ativa. Em outras atividades associativas, como grupos de igreja ou similar participaram 27,3% dos dentistas quando ainda estudantes.

Tabela 3 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo atividades associativas na graduação. Londrina. 2011.

Atividades Centro Acadêmico	Dentistas	
	n	%
Sim	8	36,4
Não	14	63,6
Outras atividades acadêmicas		
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Atividades não acadêmicas		
Sim	6	27,3
Não	16	72,7

Estes dados diferem do encontrado por Gil e Escorel (2010) em relação aos médicos e enfermeiros, apontando que o grupo pesquisado caracteriza-se como mais associativo. Neste quesito, os residentes apresentam-se como muito menos participativos do que os dentistas da rede, sendo que a totalidade deles informou nunca ter participado de qualquer agremiação ou atividades de grupo dentro ou fora do ambiente acadêmico.

4.1.6 Formação Em Pós-Graduação Lato e Strito Sensu

Quanto à formação em pós-graduação, à exceção dos residentes que estão cursando pós-graduação *lato sensu*, predominam dentistas das ESB da rede municipal que investem na sua qualificação profissional (63,6%), sendo que 36,3% deles cursaram duas ou mais especializações (Tabela 4). Entre as especializações mais procuradas estão a Saúde Coletiva/Saúde da Família (Tabela 4), ofertadas principalmente por instituições privadas (UNIFIL e INESUL). Outros cursos na área da Saúde Pública foram citados, como: Auditoria e Saúde Indígena e também outras especializações como a Odontopediatria, Endodontia, Dentística, Prótese e Metodologia de Ação Docente (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo formação em pós-graduação *lato sensu*. Londrina. 2011.

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO	1ª ESPECIALIZAÇÃO		2ª ou 3ª ESPECIALIZAÇÃO	
	n	%	n	%
Acupuntura	1	7,1	0	0
Auditoria	0	0	1	12,5
Dentística	1	7,1	0	0
Endodontia	2	14,2	0	0
Metodologia Ação Docente	0	0	1	12,5
Odontopediatria	1	7,1	0	0
Prótese	1	7,1	0	0
PSF, Saúde Coletiva, Saúde da Família, PSF	8	57,4	6	75%
TOTAL	14	100	8	100

Um dos pesquisados da rede citou ter concluído a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o que sinaliza para a possibilidade de fortalecimento da ESB na estratégia Saúde da Família do município e da própria residência multiprofissional, com a inserção de egresso do curso.

Em relação à formação em pós-graduação *strito sensu*, dois dentistas informam ter curso de mestrado, tendo sido ambos realizados no estado de São Paulo, sendo um de Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) e outro pela Universidade de São Paulo (USP), não tendo sido informado em que área.

Ao se comparar a formação em pós-graduação com as respostas sobre a satisfação ou insatisfação com a graduação, observa-se porcentagem próxima à soma dos que se sentem satisfeitos, mas com algumas inseguranças ao se graduarem com os que se definiram insatisfeitos, evidenciando que, de alguma forma, os profissionais estão buscando suprir ou adquirir novos conhecimentos para a vida profissional. Estes dados permitem inferir que se trata de um grupo de

profissionais atento ao processo de formação, demonstrando uma postura pró-ativa e de investimento na qualificação e melhoria de seu desempenho profissional.

Quanto à natureza da instituição formadora na primeira pós-graduação, 64,3% dos dentistas especializaram-se em escolas particulares e 35,7% em públicas. Entre os que cursaram uma segunda especialização, o interesse pela área da Saúde Pública chegou a 75%. Em relação ao mestrado, 9% do grupo estudado fez mestrado em universidades públicas do estado de São Paulo, e nenhum cursou doutorado.

Nos dois últimos anos, 36,4% dos pesquisados fizeram algum curso de atualização ou aperfeiçoamento de 40 horas ou mais, porém todos em área clínica odontológica. Buscaram e custearam esse tipo de formação por iniciativa própria 85,7% deles.

Segundo Martelli (2010, p. 3244), “[...] o novo modelo de atenção à saúde requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada da saúde, capazes de compreender o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar, associada à necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente”

Tomando por base os dados apresentados, infere-se que as perspectivas para a Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família no município são, em tese, animadoras, dado o predomínio de especialistas dentro do grupo, esperando-se que essa formação esteja contribuindo para o manejo dos problemas mais habituais de Saúde Bucal.

Como citado acima, dos especialistas entrevistados, 50% buscaram a área de Saúde Pública ou Coletiva para sua primeira ou única pós-graduação, tendo este curso recebido diferentes nomes, de acordo com a época ou a escola. Porém, segundo Morita (2010), das dez especialidades que concentram 95% dos especialistas no país, a Saúde Coletiva encontra-se na última posição no *ranking* de preferências dos dentistas, com 1.430 especialistas, contrapondo-se à Ortodontia que tem sido a primeira opção entre os dentistas brasileiros, com 11.778 ortodontistas, seguida pelos 2.986 endodontistas.

Schleyer (2002) realizou um estudo comparativo em cinco países acerca do total de dentistas especialistas. Os dados encontrados permitem estabelecer uma comparação com a proporção encontrada no Brasil que é de 25% e é mais elevada do que a proporção dos países por ele estudados: Estados Unidos (21%), Reino Unido (11%), Canadá (11%), Alemanha (7%) e França (4%).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010 d), em relação à escolaridade dos dentistas das ESB, observa-se que a quase totalidade deles (92%) são apenas graduados. No município estudado verificou-se uma realidade bastante diversa à registrada nos referidos estudos.

4.2 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

4.2.1 Ingresso no Serviço Público

Estudar a trajetória profissional possibilita conhecer as experiências pregressas que os dentistas trazem para o trabalho na estratégia de Saúde da Família.

O grupo pesquisado informa ter predominantemente experiência profissional com a assistência direta ao usuário: como profissionais autônomos e como dentista de nível local (UBS), simultaneamente. Com este perfil encontram-se 65% dos dentistas da rede municipal. Entre os residentes, a experiência de assistência direta em unidade de saúde está sendo a primeira com o curso. Entre os dentistas da rede, dois são da Secretaria Estadual de Saúde, porém prestam serviço ao Município e outros dois tiveram experiências anteriores na direção central de Secretarias Municipais de Saúde.

Fato semelhante foi encontrado no estudo de Gil (2006) sobre os médicos na estratégia Saúde da Família do município de Curitiba. Entre os pesquisados também foram encontrados aqueles que tiveram experiências anteriores na direção da secretaria municipal, inclusive como secretários de saúde e atuavam no nível local. Esta situação evidencia a importância de se ter profissionais gestores do SUS do quadro próprio da instituição, pois, em tese, há um compromisso maior com o desenvolvimento do trabalho local e maior possibilidade de se incrementar projetos e políticas municipais. A nosso ver, estas situações merecem ser aprofundadas no campo de estudo sobre gestão pública.

Conforme ilustrado na Tabela 5, entre os dentistas da rede municipal, 47% têm menos de dois anos de trabalho na AMS e, com mais de 10 anos apenas 11,7% indicando uma inserção ainda recente destes profissionais na instituição. Da mesma forma, também é recente o trabalho como dentista em ESB, sendo que 64,7% está há dois anos ou menos. Com mais de 5 e até 10 anos de

trabalho na rede, encontram-se cerca de 30% dos dentistas, o que remete à reflexão acerca da forma de contratação das equipes na Saúde da Família que, no município estudado, é predominantemente terceirizada.

No serviço público há necessidade de estabelecer processo licitatório para contratação de prestação de serviço, vencendo a empresa que apresentar a melhor proposta ao município, o que favorece a rotatividade tanto de empresas vencedoras, como de profissionais por elas contratados. A curta permanência dos trabalhadores no quadro de funcionários de uma empresa faz com que os custos demissionais se mantenham baixos, o que atende a interesses econômicos, mas se opõe ao recomendado nas diretrizes da estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, principalmente por fragilizar o estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e comunidade, como já visto.

Esta situação apresenta-se oposta ao encontrado por Gil (2006) no município de Curitiba, onde 100% dos profissionais das equipes de Saúde Bucal e Saúde da Família eram do quadro próprio da Secretaria Municipal de Saúde.

A atual forma de contratação de profissionais exige um novo pensar, pois, embora cumpra os preceitos jurídico-legais, impõe limites que comprometem seu desenvolvimento pleno, exatamente em uma das peculiaridades que a distinguem de forma tão positiva de políticas anteriores.

Tabela 5 – Distribuição dos cirurgiões dentistas que integram as equipes de Saúde da Família, segundo tempo de ingresso na ESB. Londrina, 2011.

INGRESSO NA ESB-LONDRINA	DENTISTAS		RESIDENTES	
	n	%	N	%
Menos de 1 ano.	7	41,1	5	100
De 1 até 2 anos.	4	23,5	0	0
Mais de 2 e até 5.	1	5,6	0	0
Mais de 5 e até 10.	5	29,4	0	0
Total	17	100	5	100

Ao se investigar a experiência de trabalho dos dentistas do município de Londrina, verifica-se que 53% deles nunca trabalharam em outro município e 58,8% informam ainda nunca ter trabalhado em outro local, ratificando inserção recente no serviço. Aqui não estão incluídos os residentes.

Segundo a coordenação nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde à época do estudo, Gilberto Pucca, baseando-se:

- 1) na incorporação da Saúde Bucal na política nacional,
- 2) no aumento de mais de 100% de financiamento para essas ações possibilitando a expansão dos serviços públicos na área de odontologia de forma a garantir o atendimento à maior parte da população, e

- 3) no crescimento em 49% do número de dentistas ligados ao SUS (de 40.205 para 59.958) e de 345,5% de ESB (de 4.261 para 18.982) entre 2002 e 2009 para atender a demanda, concluiu que os dentistas têm encontrado no SUS a oportunidade de primeiro emprego. O autor afirma que “[...] a oferta de tratamento dental na rede pública de saúde aumenta as possibilidades de inserção da população no mercado de trabalho, principalmente entre profissões que lidam diretamente com o público, devido à questão estética”. (BRASIL, 2010 a)

Ao se observar a Tabela 5, percebe-se que o ingresso de dentistas nas ESB de Londrina acompanhou o cenário nacional apresentado por Pucca acima. Foi observado também que além do ingresso recente no serviço público, os dentistas pesquisados dividem suas atividades profissionais como autônomos, provavelmente em consultórios dentários.

Considerando ainda a afirmação supra mencionada, o cidadão com necessidade de tratamento odontológico curativo, preventivo ou estético-reabilitador encontra amparo legal na PORTARIA nº 648/2006 (Capítulo II, Item 2), que lhe confere direito a esse serviço pelo SUS, garantido a oferta, nos processos de atenção básica, de promoção, prevenção, atendimento de urgências, assistência e reabilitação da saúde bucal (BRASIL, 2006 d). Assim, de acordo com o que determina a mencionada Portaria, a absorção de dentistas pelo SUS deverá se manter crescente, de forma a atender a demanda esperada.

De fato, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em seu sítio eletrônico oficial informa que, de dezembro de 2002 até setembro de 2010, foram implantadas 20.103 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, atuando em 4.811

municípios, ou seja, em 86% dos municípios brasileiros, cobrindo 37% da população. (BRASIL, 2010 b).

Apesar do crescimento no número de equipes de Saúde Bucal, a cobertura de assistência à população é relativamente baixa, não chegando sequer a 50%. Estes dados remetem a pensar que a Saúde Bucal enfrenta o desafio de ser implantada nos municípios de maior porte populacional, pois, aos 14% de municípios sem ESF/ESB correspondem 63% da população descoberta por esse serviço, de acordo com as estatísticas apresentadas acima.

4.2.2 Forma de Contratação

Ao se pesquisar o vínculo empregatício, carga horária contratual e forma de ingresso no setor público, apenas 11,7% dos dentistas da rede são servidores públicos estatutários (concursados) e têm estabilidade no emprego. Os demais são celetistas terceirizados, contratados por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); todos afirmam cumprir carga horária semanal de 40 horas e terem ingressado por meio de processo seletivo.

A Figura 1 deixa evidente o processo de terceirização das ESB na estratégia Saúde da Família, fato presente em todo o território nacional e fator de fragilidade a ser enfrentado para a consolidação das mudanças de modelo de atenção à saúde que se preconiza no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Da mesma forma é preciso considerar que o curto período de permanência dos residentes nas ESB (2 anos), inevitavelmente provoca rotatividade, o que potencializa a fragilização do elo com a comunidade, ainda que para sua formação essa experiência seja de grande relevância. Com base nessas informações, aos gestores municipais cabe uma reflexão sobre o real papel do município na manutenção do quadro de profissionais próprios para a estruturação da atenção básica e da Saúde da Família, considerando o Pacto pela Saúde e as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde Bucal construídas neste sentido.

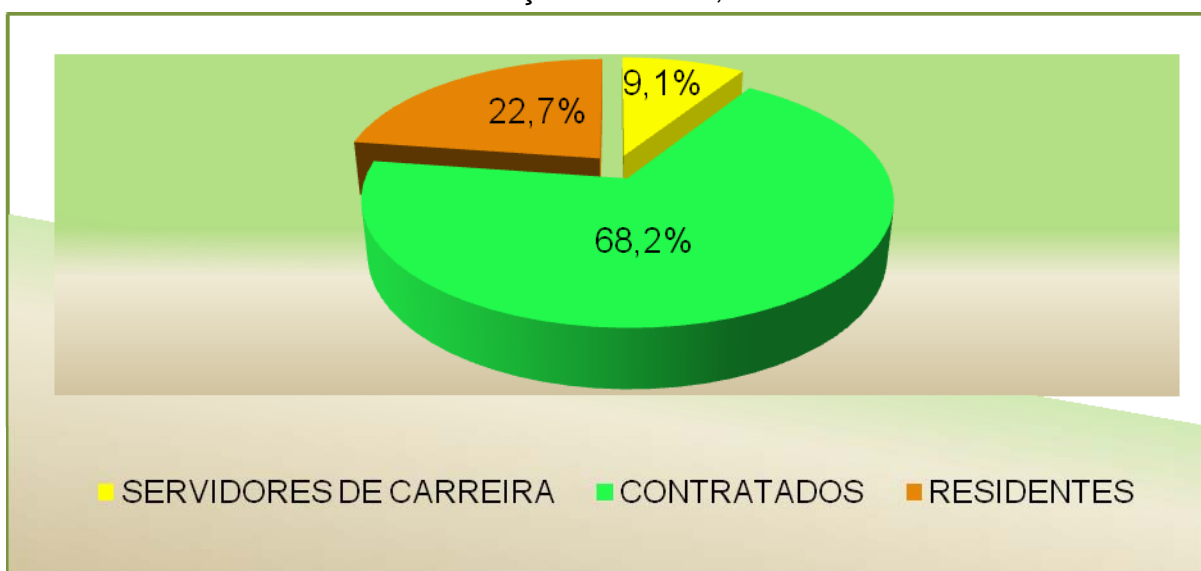
Pode-se deduzir que a forma precária de contratação profissional (ARAÚJO, 2005; PALU, 2004), com processos de seleção muito desiguais entre os municípios, com regras pré-determinadas muito flexíveis (MIYAKE, 2002), prejudique a adesão do dentista das ESB ao novo modelo. A afirmação de Kriger (2008)

corroborar com este raciocínio, alegando que há falta de uma orientação legal-trabalhista que direcione a contratação das equipes.

A contratação de funcionários por meio de concurso público é a forma apontada por Nickel (2008) e Gil (2006) para minimizar este problema e favorecer a qualificação necessária ao serviço. Araújo (2005) concluiu em seus estudos que, em geral, o profissional ingressa na Saúde da Família por questões econômicas e uma política salarial inconsistente e instável interfere no processo de trabalho, tornando-o vulnerável.

Com foco nesta realidade, o Ministério da Saúde aumentou significativamente o valor dos incentivos repassados para as ESB da estratégia Saúde da Família: as ESB modalidade I recebem R\$ 24 mil/ano (reajuste de 84,6%) e as de modalidade II, R\$ 31,2 mil/ano (aumento de 95%). As equipes também recebem no mês subsequente à implantação, em parcela única, o valor de R\$ 7 mil como recursos para investimento nas Unidades Básicas e realização de Curso Introdutório (BRASIL, 2010 b).

Figura 1 – Distribuição dos dentistas das ESB de acordo com a forma de contratação. Londrina, 2011.



O documento produzido pela pesquisa nacional de saúde bucal, SB BRASIL 2010, registra um incremento de 10 vezes no investimento em saúde bucal por parte do governo federal, entre os anos de 2002 e 2010, passando de R\$ 56 milhões para R\$ 600 milhões (BRASIL, 2010 c). Cabe refletir, neste quesito, como

estão se dando os investimentos também nos níveis estaduais e municipais, visando à sustentabilidade das ESB nas equipes Saúde da Família.

Miyake (2002) aponta como limitador para a fixação do dentista na ESB a carga horária obrigatória de 40 horas semanais, uma vez poucos municípios remuneram de forma condizente, como observado por Gil (2006) em seu estudo.

Quanto a exercer outra atividade profissional paralela à do serviço público, observou-se, como apontado, que à exceção dos residentes, 77,3% dos dentistas exercem atividade clínica odontológica como autônomo, além da jornada diária dedicada à ESF, fato que nos remete a analisar os salários dos dentistas.

4.2.3 Remuneração

Conforme ilustra a Tabela 6, 41,2% dos dentistas da rede recebem de 5 a 7 salários mínimos (SM), estipulado em R\$ 465,00 à época do trabalho de campo . Isso significa que o salário bruto destes profissionais, por 40 horas de trabalho, varia de R\$ 2.325,00 a R\$ 3.255,00. Tomando-se por base o maior salário (R\$ 3.255,00/mês) e dividindo-o por 4,5 semanas, tem-se um recebimento semanal de R\$ 723,33. Dividindo este valor por 5 dias da semana, tem-se um valor de R\$ 145,00/dia ou seja, aproximadamente R\$ 18,00 a hora de trabalho. Esta situação pode explicar os dados relativos aos 77,3% dos dentistas que informam ter outro emprego em paralelo ao serviço público, com uma jornada de aproximadamente mais 20 horas de trabalho. Segundo informado, a complementação salarial gira em torno de até 5 salários mínimos, ou seja, aproximadamente 50% a mais em sua renda mensal para metade da sua jornada de trabalho na ESB.

Os demais pesquisados (22,7%), à exceção dos residentes, informam ter apenas o vínculo com a Saúde da Família.

É bastante provável que a remuneração não corresponda às necessidades impostas pelo custo de vida, o que explica a necessidade dos entrevistados complementarem seu sustento, tendo que se dedicar à outra atividade profissional, ainda que tenha laborado 8 horas diárias. Merece destaque o fato de que os residentes estão em número significativo no grupo estudado e avolumam o segmento dos que recebem, em média, 4 salários mínimos mensais a título de bolsa de estudo e não têm outra atividade profissional.

A participação dos bolsistas residentes merece um olhar, pois constituem força de trabalho expressiva e interessante para o município. São jovens, recém-formados, representam 22,7% dos dentistas das ESB, prestam serviço odontológico qualificado à população, aumentando o contingente de usuários atendidos, o que repercute favoravelmente nas estatísticas da Autarquia Municipal de Saúde, além de não onerar a folha de pagamento ou refletir na Lei de Responsabilidade Fiscal do Município. Cabe destacar que, embora façam 32 horas/semanais de trabalho nas Unidades de Saúde, o volume de atendimentos/procedimentos realizados equilibra-se com as metas estabelecidas pela administração local.

Tabela 6 – Distribuição dos dentistas das ESB em Londrina, segundo rendimento/ salário. Londrina, 2011.

SALÁRIO BRUTO (SM base R\$ 465,00)	CD ESF		RESIDENTE	
	n	%	n	%
De 3 e até 4 SM/mês (R\$ 1.395,00/mês até R\$ 1.860,00)	2	11,8	0	0
De 4 e até 5 SM/mês (R\$ 1.860,01/mês até R\$ 2.325,00/mês)	8	47	5	100
De 5 e até 7 SM/mês (R\$ 2.325,01/mês até R\$ 3.255,00/mês)	6	35,2	0	0
7 salários/mês ou mais (R\$3.255,01/mês ou mais)	1	6	0	0
Total	17	100	5	100

Nickel(2008) e Gil (2006) acrescentam uma crítica pertinente à estratégia Saúde da Família quanto à hegemonia que persevera da figura do médico nas equipes multiprofissionais, refletida muitas vezes nas melhores condições salariais da categoria médica, quando esta é comparada a outras categorias vinculadas à equipe. Em Londrina ainda não há estudo que permita tal comparação.

A inexistência da paridade salarial ocasiona desarmonia no funcionamento da equipe, prejudicando as metas de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado à comunidade, em seu sentido mais amplo e não meramente técnico.

Segundo Gil (2006), em Curitiba, os profissionais dos cargos de Médico e Dentista, com jornada de trabalho de 20 horas semanais, ao assumirem o trabalho na estratégia Saúde da Família dobram suas respectivas cargas horárias, passando a trabalhar 40 horas semanais e, conseqüentemente, dobrando seus salários.

Não se pode perder de foco o modelo da estratégia de Saúde da Família e as condições que devem ser viabilizadas nos serviços para implementá-la e mantê-la, na medida do possível, fiel a seus princípios. O mesmo município procurou garantias adotando uma política salarial atrativa, por meio do DECRETO MUNICIPAL Nº 1.271/2008 que estabelece que,

“[...] a ESF constitui-se por um modelo de atenção primária à saúde voltada para a **fixação dos profissionais na área das comunidades alvo**, visando o estabelecimento de vínculo e humanização entre equipe/comunidade, responsabilidade epidemiológica, maior resolutividade dos problemas de saúde da coletividade, acompanhamento sistemático, inclusive dos níveis mais complexos de assistência, além da obtenção de uma visão intersetorial da promoção da saúde”. (CURITIBA, 2008, Anexo I, p. 1..)

Por meio do decreto supracitado, esses profissionais recebem a título de gratificação, simultaneamente à dobra do vencimento, mais 80% de incentivos sobre os dois salários, ou seja, o equivalente ao que o Ministério da Saúde repassa ao município como investimento na Saúde da Família e Saúde Bucal (Curitiba, 2008). Ainda, outro decreto municipal (DECRETO Nº 1.234/01) garante outras gratificações às equipes, inerentes ao cargo e lotação específicos e risco de vida, chegando a dobrar o padrão salarial. Situação completamente diferente da realidade encontrada nas ESB de Londrina (Curitiba, 2001). Em tese, o aumento salarial por dobra de carga horária já é um fator favorável à fixação do profissional na equipe. Além destas, a gestão criou outras formas de gratificação vinculadas a indicadores de saúde, construídos com base nas necessidades da população e

especificidades da ESF que devem ser atendidos pelos profissionais. Com isso, cria-se interesse recíproco entre trabalhador e gestor, onde a maior beneficiada é a população.

Iniciativas adotadas pelos gestores municipais, como as citadas acima, devem resultar em fatores positivos voltados ao fortalecimento da Saúde da Família, da Saúde Bucal e das mudanças de modelo tão necessárias ao SUS. Infelizmente, no município estudado, nenhuma iniciativa neste sentido foi constatada.

4.2.4 Experiência profissional em cargos de direção

A participação em níveis de alta direção (9,1%) ou intermediária (4,5%), ou em coordenação local (4,5%), área administrativa ou gerencial não são, definitivamente, experiências que marcam a trajetória profissional no grupo estudado.

As poucas experiências em atividades de direção estão relacionadas a setores da própria odontologia (gerência do serviço) e, em menor intensidade compondo equipe gestora. Em coordenação de UBS não há participação de dentistas, uma vez que o município adota o modelo do profissional enfermeiro exercendo essa função.

Dada a importância da Saúde Bucal nas ações de saúde, é desejável que seus representantes ocupem maior espaço nos diversos níveis de gestão, medida que pode propiciar a ampliação do papel da saúde bucal nas ações de promoção de saúde e na integralidade do cuidado, assim como na visibilidade da própria categoria nos serviços de saúde.

4.2.5 Auto-Confiança e Satisfação Profissionais

Embora preconizado pelo Ministério da Saúde, o Treinamento Introdutório aos profissionais ingressantes nas ESB/ESF não foi disponibilizado à maior parte dos participantes, pois apenas 22,7% responderam que iniciaram as atividades após o mesmo. Segundo os Relatórios de Gestão Municipal da Saúde, apenas o de 2003 registra a oferta de Curso Introdutório Geral e Específico para o primeiro grupo de dentistas e ASB.

É preocupante que 36,4% tenham respondido não ter recebido nenhum tipo de capacitação ou preparo antes de seu ingresso na ESB. Ainda, 40,9% referem ter boas noções por tê-las estudado nos mencionados cursos de especialização na área ou no curso de residência. Da mesma forma, cursos voltados para a saúde bucal nos diferentes os ciclos de vida não foram ofertados ao grupo.

Tomando por verdadeira a perspectiva de que a absorção dos dentistas pela rede pública de saúde será ainda crescente, acompanhando a demanda dos usuários, Ana Estela Haddad, diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, entende que, uma vez que a inclusão do SUS seja realidade, o passo seguinte há que ser o enfrentamento do desafio de qualificar e promover a educação permanente e estimular o desenvolvimento profissional das ESB (BRASIL, 2010, a)

Araújo (2005) compartilha desse pensamento, ao afirmar que o aumento de dentistas no serviço público por si não basta para que a reorientação proposta pela nova estratégia de atenção integral seja de fato efetiva; faz-se necessária a mudança nas práticas de atenção básica, que só será implementada havendo determinação institucional, condições técnicas mínimas e adesão dos profissionais.

Ainda assim, ao serem questionados sobre como se sentem no desempenho das atividades que desenvolvem na Saúde da Família, 68,2% se definiram como confortáveis e autoconfiantes, enquanto 31,8% informaram encontrar alguma dificuldade para o trabalho em Saúde da Família, não se sentindo plenamente confortável para tal. O aprendizado com a própria experiência e por meio da interatividade com outros colegas da ESF parece ter contribuído para essa construção, como atestaram 65% dos dentistas. Entretanto, esta situação não supera nem substitui o potencial que um processo educacional e de acolhimento dos profissionais tem para promover a mudança desejada de práticas, integrando saber e ações.

4.2.6 Valorização do Trabalho

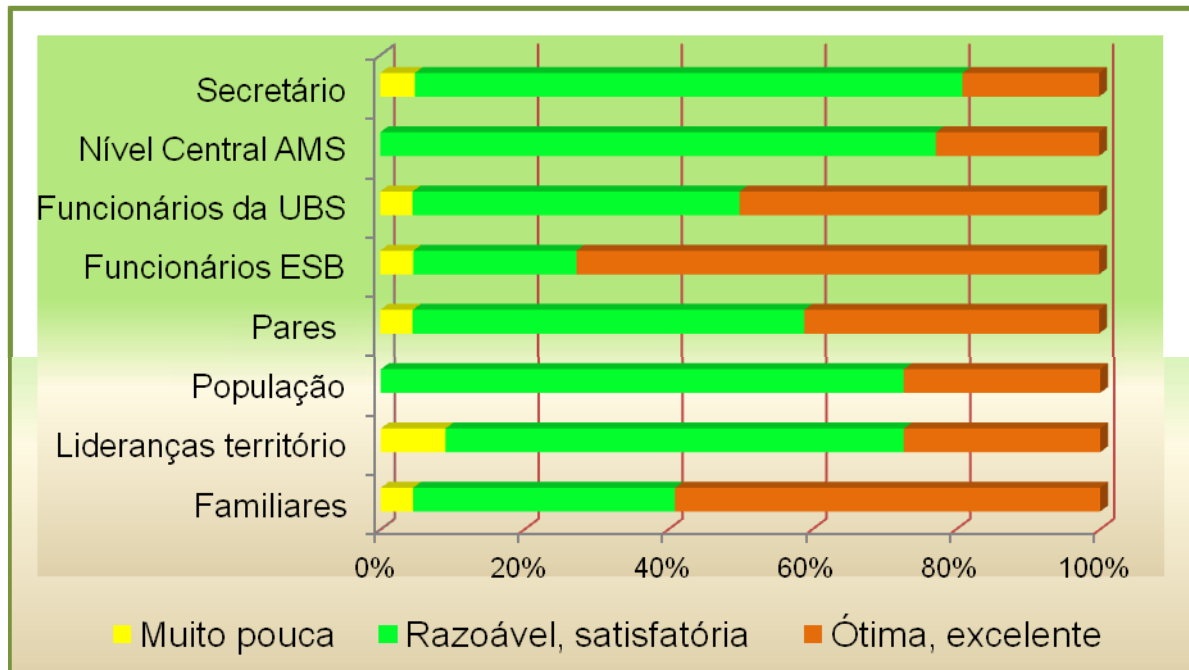
A percepção dos dentistas das ESB quanto à valorização do trabalho por eles realizado está ilustrada nas Figuras 2 e 3. Neste item buscou-se,

numa escala de um a dez, verificar a valoração que os dentistas atribuem aos diferentes segmentos ligados, direta e indiretamente, ao trabalho realizado por eles. As respostas foram agrupadas em três categorias: pouca (1 a 4); razoável, satisfatória (5 a 8) e ótima, excelente (9 e 10).

Sentir-se valorizado no trabalho que se executa é um dos pré-requisitos para a humanização do atendimento, conforme aponta a Cartilha Trabalho e Redes, do Humaniza-SUS. Um profissional que se sente reconhecido e valorizado tende a se envolver mais com o trabalho e com os usuários dos serviços (BRASIL, 2009 c).

Em que pese a especificidade das realidades locais de cada Unidade de Saúde e a heterogeneidade das realidades de trabalho onde estão inseridos os dentistas, os resultados mostram que, de modo geral, os dentistas se sentem razoavelmente valorizados no trabalho que desenvolvem. No entanto, fica evidente que a maior valorização apontada pelos dentistas da rede vem das suas próprias equipes de Saúde Bucal, seguida pela equipe da Unidade de Saúde e por seus familiares. Em contrapartida, a valorização não é considerada ótima nem pelo gestor municipal, tampouco pela equipe de nível central, evidenciando possível distanciamento entre estas instâncias de trabalho, fato também observado no trabalho de Gil (2006). Ficou demonstrado que há um desconfortável distanciamento da instância gestora, fazendo-se mais presente e próxima a coordenação local.

Figura 2 - Distribuição da valorização referida pelos dentistas integrantes das ESB, segundo segmentos. Londrina, 2011.



Entre os residentes, nenhum manifestou sentir-se otimamente valorizado. Esta situação não é manifestada em nenhum dos quesitos indagados. Entretanto, se comparados com os dentistas da rede, eles se sentem mais valorizados pela população, lideranças locais e pelos pares, talvez pela própria condição de residentes que os leva a trabalhar mais com os conselhos locais de saúde, grupos

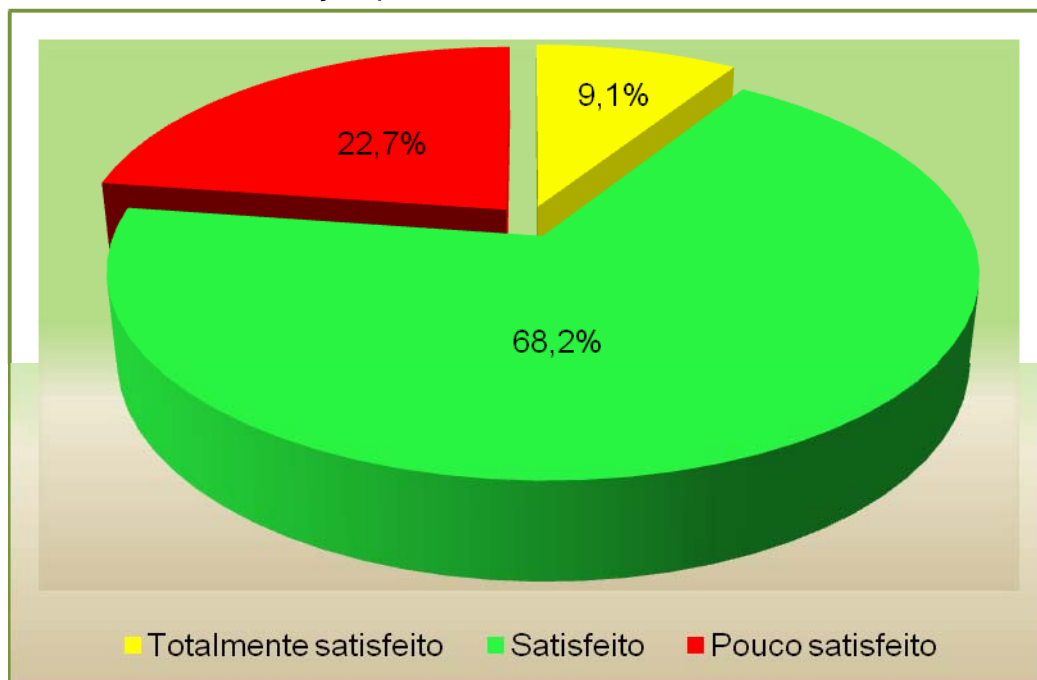
de educação em saúde, entre outros. Por sua vez, eles manifestam menor valorização do trabalho pelos familiares quando comparados com os dentistas da rede. Este fato permite inferir que as famílias, de modo geral, não apóiam a escolha da área profissional dos recém graduados, que optam pela área da Saúde Pública.

4.2.7 Satisfação Com o Trabalho

Quanto à satisfação profissional, outro fator significativo para a aderência ao trabalho, o estudo evidenciou que 77,3% definiram-se como satisfeitos, enquanto que somente 9,1% manifestaram-se totalmente satisfeitos e 22,7% como pouco satisfeitos, conforme demonstra a Figura 4. A maior satisfação vem dos dentistas da rede. Entre os residentes, predomina o pouco satisfeito, talvez pelo

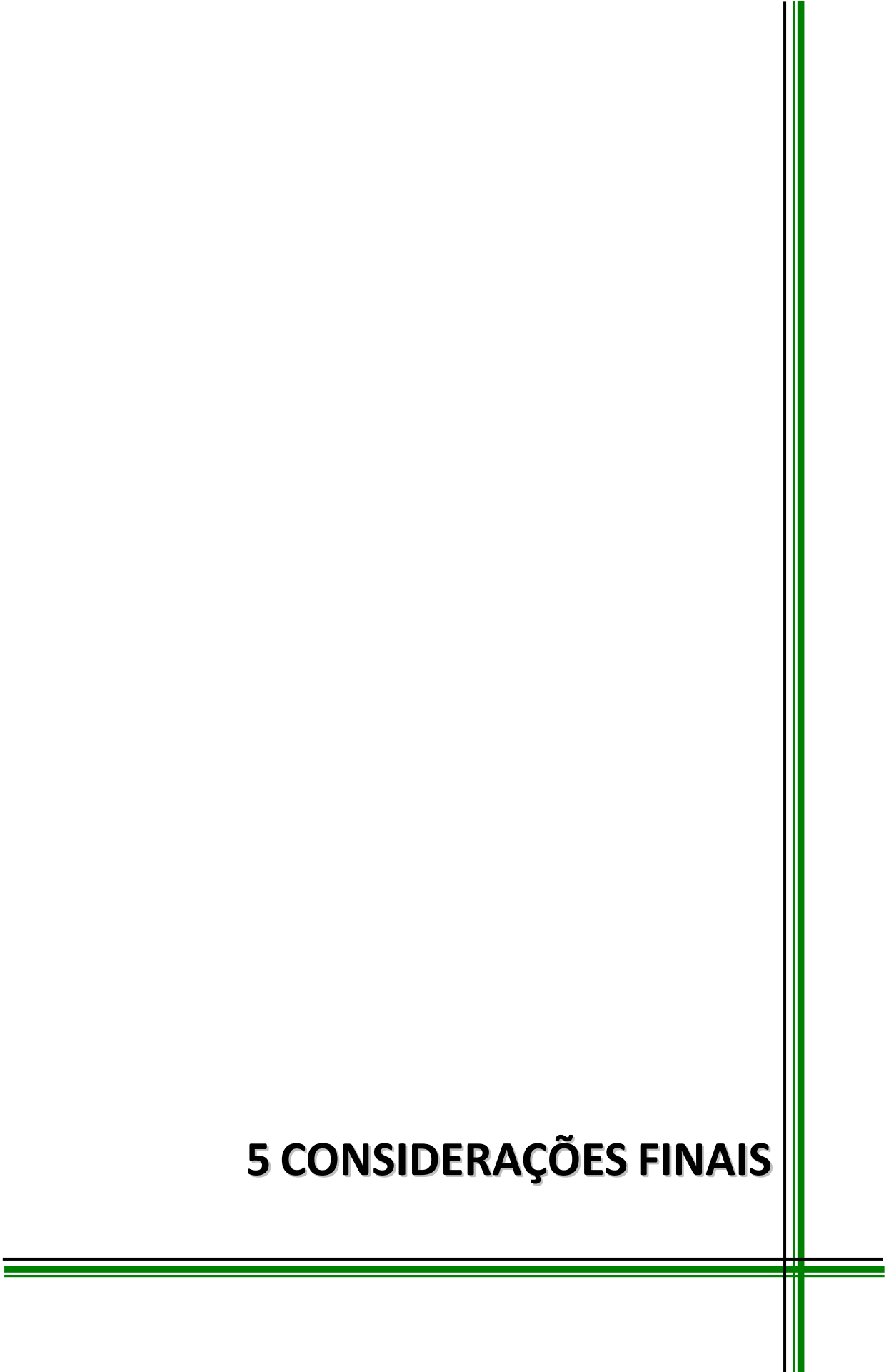
distanciamento entre suas expectativas e a realidade encontrada no município. Perscrutando o grupo quanto a esse aspecto, houve uma manifestação que merece reflexão, por carregar informações diversas numa só frase: *“O PSF ainda está muito longe do ideal, não temos recursos e profissionais suficientes para colocá-lo em prática dignamente”*.

Figura 3 - Grau de satisfação profissional dos dentistas das ESB. Londrina, 2011.



Ao se pesquisar sobre o apoio institucional para a realização do trabalho cotidiano, predominam os que referem ter autonomia parcial, não podendo, muitas vezes, criar ou introduzir novas atividades (64,7% dos dentistas da rede e 80% dos residentes). Da mesma forma, 76,5% dos dentistas da rede e 100% dos residentes informam não ter apoio técnico-científico do serviço para desenvolver novas atividades. Afirmam ainda ser eventual o apoio para a participação em eventos científicos (65% dos dentistas da rede). Os residentes informam ter apoio da coordenação da residência, referindo que *“como residentes somos incentivados a participar e produzir trabalhos em mostras, congressos e outros eventos”*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvidas quanto aos avanços implementados na Saúde Bucal nos cenários local e nacional e seus reflexos na melhora da qualidade de vida dos cidadãos, a partir da integração das ESB às equipes de saúde da Família.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 (BRASIL, 2010c) desenvolvida pelo Ministério da Saúde, revelam melhora relevante nos indicadores registrados no estudo epidemiológico equivalente realizado em 2003, momento também em que se constituíram as primeiras equipes no município estudado. Fatores importantes que diferenciam ambos períodos de aferições consistem no crescente espaço ocupado pela Saúde Bucal nas políticas públicas em todos os níveis, inclusão das ESB na Saúde da Família, medidas preventivas de educação junto à população, assim como a educação permanente e continuada aos profissionais. O CPO, indicador utilizado para mensurar dentes cariados, perdidos e obturados, que deve se posicionar entre 1,2 e 2,6, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), teve expressiva redução nos últimos 7 anos em todas as faixas etárias, incluindo o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie, cujo CPO (2,1) está abaixo da média dos países das Américas (2,8).

Porém, há muito que ser realizado, ainda que os esforços institucional e profissional tenham resultado positivamente, indicando que se está evoluindo em direção às almejadas e necessárias mudanças na prática de saúde coletiva. O Sistema Único de Saúde é e deve ser um processo social em contínua construção, sendo fundamental a permanente discussão acerca das adequações indicadas ao modelo de atenção, paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam (AERTS, 2004). De acordo com Gil (2006), há possibilidades de mudanças nas práticas de gestão do SUS voltadas ao fortalecimento da Saúde da Família, porém necessitam ser priorizadas pelos gestores municipais. Ao que se acrescenta a observação feita por Kriger (2008), ao afirmar que as diferenças regionais e a preservação dos princípios norteadores da Atenção Primária em Saúde devem ser consideradas para o desenvolvimento bem sucedido da estratégia Saúde da Família no Brasil.

O mesmo autor (2008) aponta para a crescente valorização da família na sociedade contemporânea, tendo recebido atenção e proteção especiais

na Constituição de 1988, e enfatiza que a estrutura familiar atual apresenta complexidades, o que representa desafio para a estratégia Saúde da Família. O perfil da sociedade não é estático, assim como não o são suas características epidemiológicas. Isto posto, o sistema de saúde, que deve trazer respostas às necessidades vigentes a todo tempo, deve apresentar resiliência e dinamismo permanentes. Para o diagnóstico situacional, prognóstico e construção de propostas de medidas preventivo-resolutivas há que se estar tecnicamente bem preparado.

A academia tem que assumir sua parcela de responsabilidade promovendo formação profissional adequada. A educação permanente é também uma via válida, que deve ser seguida para corrigir ou minimizar falhas na formação e sustentar a constante atualização. Considerando-se a pesquisa de BADUY (1998), implícita à construção de novas práticas sanitárias estão a mudança de hábitos e valores, o que requer disponibilidade para constante aprendizagem dos atores envolvidos.

Dentro dessa visão de construção dinâmica e reflexão sobre a práxis, Armando Raggio, médico e Secretário Municipal de Saúde de São José dos Pinhais-PR, e Márcio Almeida, médico e consultor nas áreas de educação e saúde compartilham de opinião que vai mais longe, tornando-a pública por meio de um artigo veiculado recentemente pelo Jornal de Londrina (22/09/2010):

[...]... “Defendemos a revisão da Lei Orgânica da Saúde; precisamos trabalhar pela sua atualização. Novos modelos de atenção, novos modelos de gestão precisam ser implantados. Desta vez, de baixo para cima. Ou seja, dos Municípios para os Estados e desses para a União” (ALMEIDA, M.; RAGGIO, A., p. 2).

Para que a Saúde Bucal continue a apresentar melhores indicadores, é premente a intensa participação social, decisão das instâncias gestoras de todos os níveis e apoio político institucional viabilizando perspectivas intervencionais e condições de trabalho favoráveis, compatíveis à satisfação e estabilidade profissional. Dessa forma dentistas maduros e preparados para o enfrentamento podem se fixar no serviço público como agentes comprometidos com a transformação necessária na Saúde Bucal, cujo êxito depende da atuação desses atores. Somente eles podem transformar em ações as bem escritas diretrizes das políticas de saúde, tirando-as do papel para a prática do serviço, resultando em melhor qualidade de vida e saúde dos cidadãos – objetivo maior da gestão pública.

Do ponto de vista burocrático normativo os avanços, em tese, estão garantidos, no entanto, nos aspectos estratégicos operacionais ainda há muito que se investir.

Embora haja motivação do grupo pesquisado com o serviço, as insatisfações reveladas merecem reflexão por parte das instituições gestora e formadora por poderem comprometer a consolidação das mudanças almejadas. Formas que favoreçam a fixação do profissional na equipe devem ser seriamente consideradas por parte de gestores que comunguem da prioridade política do Ministério da Saúde, pois a rotatividade e pouca permanência do dentista na ESB representa óbice à construção e manutenção de vínculo com a comunidade adscrita, diferencial inerente à estratégia proposta.

O serviço nas ESB remunera de forma insuficiente e não corresponde às necessidades de subsistência, assim, todos os dentistas, à exceção dos residentes, mantêm outra atividade profissional paralela ao serviço público, além das oito horas diárias dedicadas à ESB. O co-financiamento local, estadual e federal pode convergir neste sentido e minimizar as disparidades salariais hoje presentes entre equipes médica e odontológica, assim como aproximar, proporcionalmente, os valores repassados a título de incentivo a ambas, promovendo tratamento mais isonômico. Ainda considerando este aspecto, há que se considerar outra situação para qual aponta o Ministério da Saúde, baseando-se em resultados de pesquisas oficiais acerca da idade e formação acadêmica dos dentistas brasileiros, semelhantes às do presente estudo, quando apresenta como positiva a conclusão de que o SUS tem representado oportunidade de primeiro emprego para esses profissionais (BRASIL, 2010 a). Ainda que satisfaça a estatísticas sociais e atenda o anseio profissional para o ingresso no mercado de trabalho, tal constatação pode fragilizar o imprescindível elo se as condições do serviço não condisserem com a estabilidade buscada, transformando o serviço num trampolim para melhor oportunidade. Afinal, parafraseando Immanuel Kant e consoante com seu pensamento, da mesma forma que *a humanidade deve ser considerada sempre como um fim, nunca como um simples meio*, também o SUS ou a Saúde da Família não podem ou devem servir como tal, mas, antes, como fim maior para que se alcance o objetivo único: a saúde e o bem estar de todo cidadão a que ele recorre.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AERTS, Denise; ABEGG, Cláides; CESA, Kátia. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** [on line]. 2004, vol.9, n.1, pp. 131-138. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19830.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2009.
- ALMEIDA, M.; RAGGIO, A. 20 anos de SUS. **Jornal de Londrina**. Londrina, 22 set. 2010. Caderno 1, p. 2. Disponível em: <<http://www.jornaldelondrina.com.br/online/conteudo.phtml?tl=1&id=1049047&tit=20-anos-de-SUS>>. Acesso em: 22 set. 2010.
- ALVANHAN et al. Procedimentos curativos. In: ALVANHAN, Domingos; BALAN, João Fernando; BORDINI, José Luís (Org.). **Odontologia em Saúde Pública**. 1.ed. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 1998. p.57-73
- ALVANHAN D. e GONINI C. A. J. Atenção Odontológica em Londrina. In: ALVANHAN D., GONINI C. A. J. (Org.). **Manual de Saúde Bucal/Prefeitura do Município/Autarquia Municipal de Saúde**. 1.ed. Londrina, PR, 2009. p.22-51.
- ARAÚJO, Luana Karina de. **O programa saúde familiar pelo olhar do cirurgião dentista**. 2005. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/bbo-21749>>. Acesso em: 02 maio 2009.
- BABBIE, Earl et al.. **Métodos de Pesquisas de Survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- BADUY, Rossana Staevie. **O Programa de Saúde da Família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina). Londrina.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 07 de abr. 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil** Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 07 de abr. 2011.
- BRASIL. **Lei Federal 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei8080_19_09_90.pdf>. Acesso em: 27 maio 2009.
- BRASIL. **Lei Federal 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS sobre transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 07 de abril 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1444/GM**, de 28 de dezembro de 2000. Dispõe sobre incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/legisla/fed_ato_port_res/portaria/2000/ccf_pf1444_00ms.htm>. Acesso em: 07 de abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 267, de 06 de março de 2001. Dispõe sobre a reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 07 de março de 2001, p. 67, Seção 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=07/03/2001>>. Acesso em: 31 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 373**, de 27 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, na forma do Anexo Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002). Brasília, fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 10 de abr 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**, Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 16 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** Cadernos de Atenção Básica n. 17 Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006a. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Coordenação de Programação da Assistência. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília, 2006b.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 45, 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 de janeiro de 2007, p. 28, Seção 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/424472/dou-secao-1-15-01-2007-pg-28>>. Acesso em 03 de maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde, Notícias**. Residência multiprofissional em área profissional da saúde. Brasília. 03 de jun. 2008. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27945>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Portaria Nº 302, 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde–EACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 de fev, de 2009a, p.37, Seção 1. Disponível em:

<<https://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=18/02/2009>>. Acesso em: 03 maio 2009.

BRASIL. IBGE. **Estimativa populacional para o ano de 2009**. Brasília, 1º julho 2009b. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior 2008**: resumo técnico. Brasília, 15 de dezembro de 2009c. Disponível em:

http://www.inep.gov.br/download/censo/2008/resumo_tecnico_2008_15_12_09.pdf. Acesso em: 22 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Textos Básicos de Saúde – Série B. Brasília, 2009d. 44 p. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude.pdf >. Acesso em: 04 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde, Notícias**. Número de dentistas no SUS cresce 49% . Brasília. 02 de mar. de 2010a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11123>. Acesso em: 09 out. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, 2010b. Disponível em: <

http://189.28.128.99/dab/cnsb/saude_familia.php>. Acesso em: 08 fev. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, dez. 2010c. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf>. Acesso em 08 fev. 2011.

CARVALHO, Sérgio Xavier de. **Sistema Único de Saúde**: paradigma válido para a odontologia? Representações dos cirurgiões dentistas sobre o SUS. 2004.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Saúde Bucal avança na estratégia Saúde da Família. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, jan-fev 2009. Ano 17, nº 88, p.3.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Sítio eletrônico, Notícias**. Ministro da Saúde apresenta dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Rio de Janeiro. 03 de jan. de 2011. Disponível em: (<<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/ministro-da-saude-apresenta-dados-da-pesquisa-nacional-de-saude-bucal/>>). Acesso em: 10 jan. 2011

CORDEIRO, Hésio. **SUS: Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri / ABRASCO, 1991.

CORDÓN, Jorge A. Saúde Bucal e o mercado de trabalho odontológico. **Cebes: Revista Saúde em Debate**, n.18, p.52-64, 1986.

CURITIBA, PR. **Decreto Municipal Nº 1234** de 27/12/2001. Dá nova redação ao que se refere à gratificação de risco de vida ou de saúde do servidor no exercício específico de suas funções. da Família de Curitiba na Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: < <http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/showinglaw.pl>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

CURITIBA, PR. **Decreto Municipal Nº 1271** de 26/11/2008. Regulamenta a Estratégia de Saúde da Família de Curitiba na Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:<<http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/showinglaw.pl>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

Escorel S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FUNK PP, Flôres MMDZ, Garbin CA, Hartmann MSM, Mendonça JL. **Perfil do profissional formado pela faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS: da formação à realidade profissional**. Passo Fundo 2004; 9(2): 105-109.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

GIL, Célia Regina Rodrigues; ESCOREL Sarah. Expressões das práticas dos médicos e enfermeiros em Saúde da Família. In: **Educação & Saúde**. Célia Regina Pierantoni, Ana Luiza d'Ávila Viana (organizadoras). São Paulo : HUCITEC, 2010. p.98-119.

HADDAD, A. E. et al. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

LONDRINA, PR. Prefeitura do Município de Londrina, Autarquia Municipal de Saúde. 2009a. **Relatório Anual de Gestão da Saúde 2008**. Disponível em: < http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_estao/relatorio_gestao_2008.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.

LONDRINA, PR. Prefeitura do Município de Londrina, Secretaria de Planejamento, DP/GPI. 2009b. **Perfil do município de londrina – 2009** (ano-base 2008).

Disponível em:

(<<http://home.londrina.pr.gov.br/homenovo.php?opcao=planejamento&item=perfil/capaperfil2009>>). Acesso em: 22 de nov. 2010.

LONDRINA, PR. Prefeitura do Município de Londrina Prefeitura do Município de Londrina, Autarquia Municipal de Saúde. 27 abr. 2010. **Relatório Anual de Gestão da Saúde 2009**. Disponível em: <

http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2009.pdf>. Acesso em: 15 jan.2011.

MARTELLI, P. J. de L. et al. Perfil do Cirurgião Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p. 3243-3248, Out. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out.2010.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MIYAKE, Cláudio. Principais dificuldades na implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas** (APCD). São Paulo, out. 2002. p.22.

MORITA, M. C.; HADDAD A. E.; ARAÚJO, M. E. de. **Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro**. Dental Press International. ISBN 978-85-88020-54-02. Disponível em: <www.dentalpress.com.br> Maringá. 2010.

MOYSÉS, Samuel Jorge. Modelo da integralidade substitui paradigma curativo-restaurador: reforma cidadã. **Cebes: Rev. Divulgação em Saúde para Debate**, n.8. Entrevista, p.39-43, 1992.

MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu; KREMPEL, Maria Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, Jul/Set. 2004.

MOYSÉS S. T.; KRIGER L.; MOYSÉS S. J. **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2008. 308 p

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

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.241-246, fev. 2008.

PAIM, Jairnílson Silva. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p27-37, jan/abr 2009.

PALU, Adriana Prestes do Nascimento. **A inserção da Saúde Bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

SANTOS, Adriano Maia dos et al . Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, Junho 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2009.

SCHLEYER T. et al. Comparison of dental licensure, specialization and continuing education in five countries. **Eur. J. Dent. Educ.**, v.6, n.4, p153-61, 2002.

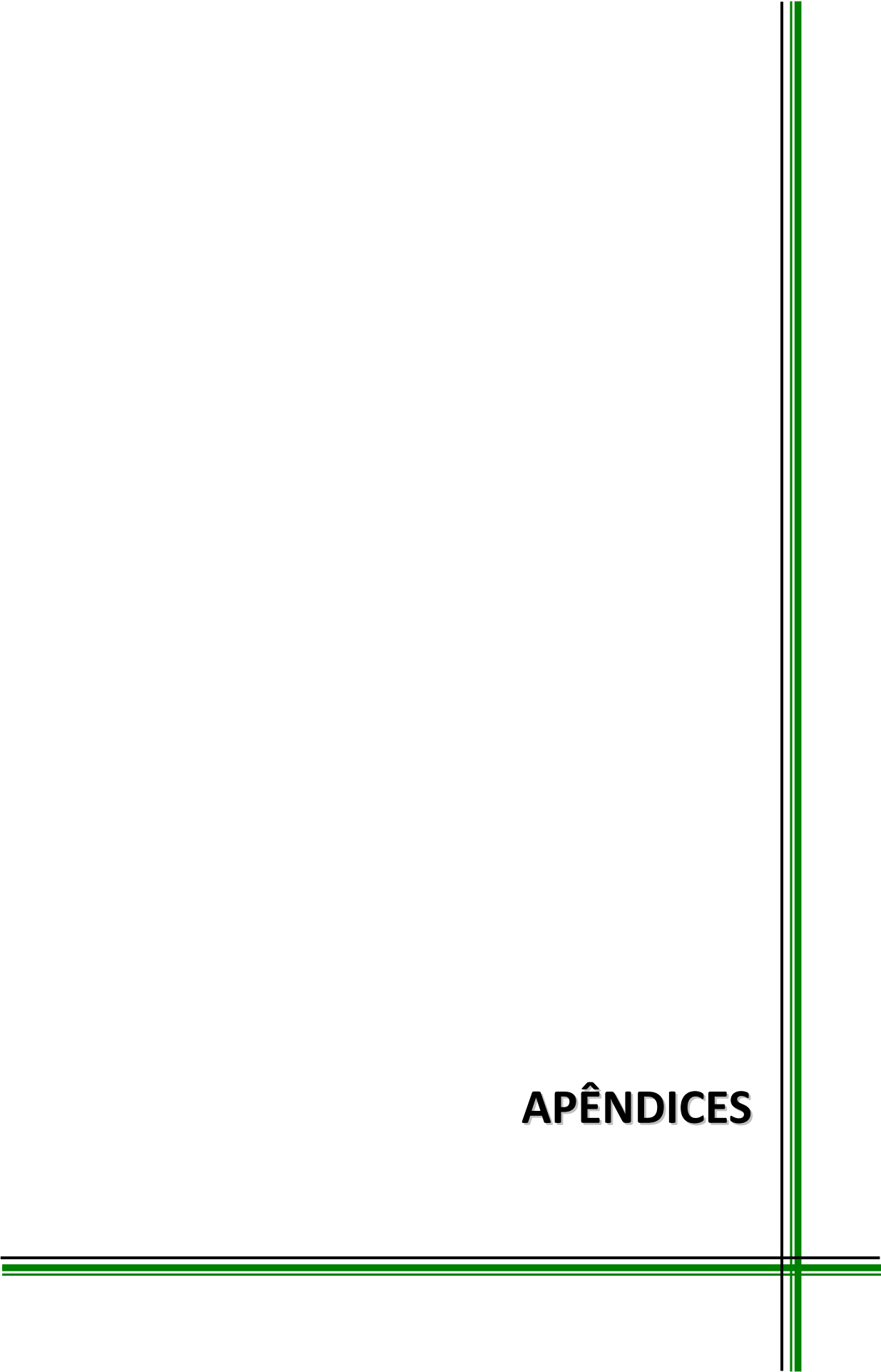
SOUZA DJ, et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 2, 2001. p. 7-28.

SOUZA, Renílson Rehein. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, B; VIANA A. L. A.(Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p.11-432.

UNICEF. Situação Mundial da Infância 2009. Nova York, E.U.A., Dezembro 2008. Disponível em: < http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf >. Acesso em: 10 fev. 2010.

VIANA, Ana Luiza et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, B; VIANA A. L. A.(Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p.471-488.

APÊNDICES



APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES DENTISTAS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE MUDOU?**, sob a responsabilidade das pesquisadoras **CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO** e **CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL**.

Nesta pesquisa estamos buscando analisar as mudanças relacionadas à implantação da estratégia Saúde da Família (SF) em Londrina-PR, na prática das ESB.

A sua participação consistirá em responder um questionário estruturado e de caráter confidencial e contribuirá para a construção de um diagnóstico da situação do odontólogo na Saúde da Família e os avanços e dificuldades no serviço advindos de sua inserção.

Em nenhum momento você ou nenhum de seus dados pessoais serão identificados. Os resultados da pesquisa, após tratamento estatístico, serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiros por participar desta pesquisa, e esta não lhe trará nenhum tipo de risco.

Você é livre para interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá ser esclarecida entrando em contato com:

- Dr^a **CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO**
- Prof^a Dr^a **CÉLIA REGINA RODRIGUES GIL**

Secretaria de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UEL
Av. Robert Koch, 60 - Vila Operária - Londrina - PR - 86038-350
Tel.: (43) 3371-2359

Londrina, de setembro de 2009.

CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO

CÉLIA REGINA GIL

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade RG _____, aceito participar do projeto supra citado voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido(a).

Londrina, _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE B

Questionário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde**GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANÁLISE DO PERFIL E TRAJETÓRIA
DOS DENTISTAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA
DO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR**

Questionário de pesquisa dirigido exclusivamente à categoria

CIRURGIÃO DENTISTA**CÓDIGO DO QUESTIONÁRIO:**

--	--	--	--

DEZEMBRO

2009

PREZADOS(AS) COLEGAS,

Primeiramente, gostaríamos de agradecer imensamente sua contribuição nesta pesquisa de campo. Há, no Brasil, poucos estudos que procuram compreender a dinâmica do trabalho em saúde a partir dos profissionais que atuam na “ponta” do Sistema Único de Saúde e, menos ainda, dos que atuam na Saúde da Família. Por essa razão, sua participação é tão especial e fundamental para os resultados desta pesquisa.

Somos um grupo de profissionais dentistas, médicas e enfermeiras envolvidas direta e indiretamente com a Atenção Básica, particularmente com a Saúde da Família, e constituímos um grupo de estudos e pesquisa interinstitucional com o objetivo de melhor compreender o contexto de implementação e as necessidades da Saúde da Família nos municípios de Londrina, Cambé e Ibiporã.

Esta pesquisa é coordenada por mim, Regina Gil (Célia Regina Rodrigues Gil), enfermeira e docente do Departamento de Saúde Coletiva da UEL e, pelo departamento, participam também as enfermeiras Crysthianne Cônsolo de Almeida e Roseli Lombriller e a médica Márcia Sakai. Integram o grupo pela Prefeitura de Londrina, as médicas Marilda Kohatsu e Sônia Orquiza, a enfermeira Maira Bortoletto e a dentista Cristiana C. B. Nascimento. Pela SMS de Ibiporã, participa a enfermeiras Rosilene Machado; pela SMS de Cambé, as enfermeiras Ângela Morandi e Hermínia Bataielo. Portanto, somos um grupo de 12 profissionais e contamos com a participação de cinco estudantes de graduação de enfermagem da UEL: Célia Marandola (3º ano); Thalita da Rocha Marandola; Suzana Jussara de Oliveira, Larissa Matsumoto e Vinicius Augusto dos Reis (1º ano) e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Franciele Finfa da Silva e Luciane Paula Souza.

Esta pesquisa foi apresentada ao Comitê de Pesquisa da UEL e aprovada em todas as instâncias da universidade e aprovada pelos serviços de saúde dos municípios envolvidos no estudo.

Solicitamos, por gentileza, que as orientações aqui expostas sejam seguidas para que os resultados obtidos pelos questionários possam ser analisados de acordo com a metodologia proposta. Por favor, não deixe de responder nenhuma questão, pois elas têm conexão entre si. Sabemos que o questionário é longo, mas cada pergunta tem sua devida importância para o estudo. O tempo estimado para respondê-lo é uma hora e meia.

- ❑ Muitas das questões são pessoais e é muito importante que você responda cada uma delas honestamente lembrando que sua privacidade será garantida.
- ❑ Ainda que algumas questões possam não oferecer a resposta exata que você daria, procure escolher a que for mais adequada e, se necessário, utilize os espaços em branco para seus comentários, críticas e sugestões.
- ❑ Procure não pular questões evitando interromper o questionário e deixar perguntas sem respostas.
- ❑ A numeração ordinal após as respostas deve ser ignorada, pois será utilizada apenas para fins de tabulação de dados. Serão consideradas as respostas assinaladas dentro de cada casela.

Este questionário foi elaborado de modo a garantir seu anonimato e preservar sua privacidade, sendo apenas divulgados os resultados finais da pesquisa, sem caracterizar os profissionais que participaram e contribuíram para o desenvolvimento do estudo.

Reiteramos nossos agradecimentos e colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento, se assim o desejar. O e-mail de contato é reginagil@uol.com.br e o celular é 9943-3778.

AGRADECEMOS SUA VALIOSA COLABORAÇÃO.
OBRIGADA POR NOS TER CEDIDO UM POUCO DO SEU TEMPO!

I - PERFIL DO CIRURGIÃO DENTISTA

1. Indique seu gênero:

- 1- Masculino
- 2- Feminino

2. Indique sua idade:

- 1- De 20 e até 30 anos
- 2- De 31 e até 40 anos
- 3- De 41 e até 50 anos
- 4- De 51 e até 60 anos
- 5- Mais de 60 anos

3. Indique seu estado civil:

- 1- Solteiro(a)
- 2- Casado(a) ou união estável
- 3- Divorciado(a) ou separado(a)
- 4- Viúvo(a)

4. Informe se você tem filhos:

- 1- Não tenho.
- 2- Sim, um.
- 3- Sim, dois.
- 4- Sim, três.
- 5- Sim, mais de três.

5. Informe seu tempo de formado na graduação:

- 1- Menos de 1 ano.
- 2- De 1 e até 3 anos.
- 3- Mais de 3 e até 5 anos.
- 4- Mais de 5 e até 10 anos.
- 5- Mais de 10 e até 15 anos.
- 6- Mais de 15 e até 20 anos.
- 7- Mais de 20 anos.

6. Informe onde você concluiu o Curso de Graduação em Odontologia:

- 1- Universidade Estadual de Londrina – UEL.
- 2- Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG
- 3- Universidade do Norte do Paraná – UNOPAR.
- 4- Pontifícia Universidade Católica – PUC PR
- 5- Universidade Estadual de Maringá – UEM.
- 6- Universidade Estadual de Cascavel - UNIOESTE
- 7- Universidade Federal do Paraná - UFPR
- 8- Outra: especifique: _____

7. Numa avaliação retrospectiva, indique seu nível de satisfação com o processo de formação que o Curso de Graduação em Odontologia lhe proporcionou:

Assinale uma única opção.

- 1- Sinto-me totalmente satisfeito e preparado para meu exercício profissional.
- 2- Satisfeito, mas o curso deixou várias lacunas que precisei complementar com outros cursos para meu exercício profissional.
- 3- Insatisfeito, o curso deixou muito a desejar no meu processo de formação e tive algumas dificuldades no início da vida profissional.
- 4- Totalmente insatisfeito porque tive muitas dificuldades no início da vida profissional.
- 5- Outra situação. Especifique: _____

8. Durante o seu curso de graduação você:

Assinale uma única opção.

- 1- Já desejava trabalhar na área da Saúde Pública/Saúde Coletiva.
- 2- Não desejava trabalhar na área da Saúde Pública, mas gostava das disciplinas relativas à temática.
- 3- Não desejava trabalhar na área da Saúde Pública e não gostava das disciplinas relativas à temática.
- 4- Outra situação. Especifique: _____

9. Durante o seu curso de graduação você:

Assinale quantas opções desejar.

- 1- Participou ativamente do Centro Acadêmico (movimento estudantil).
- 2- Participou razoavelmente do Centro Acadêmico.
- 3- Não participou do Centro Acadêmico, mas participou de outras atividades estudantis (comissão de formatura, comissão de promoções de eventos, etc).
- 4- Não participou de nenhuma atividade que não fosse acadêmica, mas fora da Universidade participou de atividades de grupos (grupo ligado à Igreja; grupo político, grupo de saúde, etc).
- 5- Não participou de nenhuma atividade de grupo, nem na Universidade, tampouco fora dela.
- 6- Outra situação. Especifique: _____

10. Informe se você fez algum Curso de Especialização:

- 1- Nenhum.
- 2- Sim, um.
- 3- Sim, dois.
- 4- Sim, três.
- 5- Sim, mais que três.

Em caso afirmativo, informe os três últimos:

Curso, instituição onde cursou e ano de conclusão: _____

Curso, instituição onde cursou e ano de conclusão: _____

Curso, instituição onde cursou e ano de conclusão: _____

11. Você fez Curso de Residência?

1- Não.

2- Sim.

Em caso afirmativo, informe os dados da Residência:

Curso, instituição onde cursou e ano de conclusão: _____

12. Você fez Mestrado e/ou Doutorado?

1- Não.

2- Sim.

Em caso afirmativo, informe os dados do curso:

Curso, instituição onde cursou e ano de conclusão: _____

13. Nos dois últimos anos você fez outros cursos de atualização ou aperfeiçoamento de 40 horas ou mais?

1- Não.

2- Sim

Em caso afirmativo, informe os três últimos:

Nome do curso: _____

1- Por iniciativa própria.

2- Por iniciativa da instituição.

Nome do curso: _____

1- Por iniciativa própria.

2- Por iniciativa da instituição.

Nome do curso: _____

1- Por iniciativa própria.

2- Por iniciativa da instituição.

Espaço aberto para comentários do participante:

II - TRAJETÓRIA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS

1. Informe suas experiências profissionais:

Assinale quantas opções desejar.

- 1- Dentista autônomo.
- 2- Dentista da Secretaria Estadual de Saúde, municipalizado.
- 3- Dentista da Secretaria Estadual de Saúde, cedido (permuta ou similar).
- 4- Dentista do extinto INAMPS, municipalizado.
- 5- Dentista da Secretaria Municipal de Saúde, nível central – alta direção (gestor, diretor, assessor).
- 6- Dentista da Secretaria Municipal de Saúde, nível central – gerência intermediária (chefe de divisão, de departamento, coordenador de programa ou de região, etc).
- 7- Dentista da Secretaria Municipal de Saúde do nível local – coordenador local.
- 8- Dentista da Secretaria Municipal de Saúde do nível local – dentista na assistência direta ao usuário.
- 9- Outra situação. Especifique: _____

2. Considerando toda sua vida profissional (100%), você distribuiria proporcionalmente sua experiência no trabalho em:

Atividades profissionais	%
Atendimento de assistência direta aos usuários/pacientes, em UBS.	
Atendimento de assistência direta aos usuários/pacientes em Centro de Especialidades Odontológica. - CEO.	
Atendimento de assistência direta aos usuários/pacientes, em clínica/consultório particular.	
Atividades administrativas ou gerenciais de nível local.	
Atividades de coordenação intermediária (regional, programas, etc)	
Atividades de apoio à direção institucional (junto ao Secretário de Saúde como assessor, direção executiva, etc)	
Atividades de direção institucional (Secretário de Saúde ou Diretor)	
Total	100

3. Informe há quanto você trabalha nesta Secretaria Municipal de Saúde:

Assinale uma única opção.

- 1- Menos de 1 ano.
- 2- De 1 e até 2 anos.
- 3- Mais de 2 e até 5 anos.
- 4- Mais de 5 e até 10 anos.
- 5- Mais de 10 e até 15 anos.
- 6- Mais de 15 e até 20 anos.
- 7- Mais de 20 anos.
- 8- Outra situação. Especifique: _____

4. Indique seu tempo de trabalho como dentista de Saúde da Família nesta Secretaria de Saúde:

- 1- Menos de 1 ano.
- 2- De 1 e até 2 anos.
- 3- Mais de 2 e até 5 anos.
- 4- Mais de 5 e até 10 anos.
- 5- Mais de 10 e até 15 anos.
- 6- Outra situação. Especifique: _____

5. Você trabalhou antes em outra Secretaria Municipal de Saúde?

- 1- Sim.
- 2- Não.

6. Informe o seu tempo total de trabalho em serviços públicos de saúde (Posto de Saúde, Unidade de Saúde, etc).

Assinale apenas uma opção.

- 1- Menos de 1 ano.
- 2- De 1 e até 3 anos.
- 3- Mais de 3 e até 5 anos.
- 4- Mais de 5 e até 10 anos.
- 5- Mais de 10 até 15 anos.
- 6- Mais de 15 anos.
- 7- Outra situação. Especifique: _____

7. Caso você já tenha trabalhado no PSF em outro(s) município(s), informe seu tempo total de trabalho como Dentista em Saúde da Família:

- 1- Nunca trabalhei em outro local.
- 2- Menos de 1 ano.
- 3- De 1 e até 2 anos.
- 4- Mais de 2 e até 5 anos.
- 5- Mais de 5 e até 10 anos.
- 6- Mais de 10 e até 15 anos.
- 7- Outra situação. Especifique: _____

8. Informe seu atual vínculo empregatício na Saúde da Família:

Assinale uma única opção.

- 1- Funcionário público estatutário (concurso público).
- 2- Funcionário público CLT.

- 3- Funcionário público estatutário e CLT.
4- Outra situação. Especifique: _____

9. Informe sua carga horária contratual, considerando-a semanal:

- 1- 20 horas semanais.
2- 30 horas semanais.
3- 35 horas semanais.
4- 40 horas semanais.
5- Outra situação. Especifique: _____

10. Indique como foi sua forma de ingresso na Saúde da Família:

- 1- Concurso público.
2- Processo seletivo aberto ao público.
3- Processo seletivo interno.
4- Entrevista e/ou análise de currículo.
5- Já era dentista de UBS e optei pelo PSF.
6- Outra situação. Especifique: _____

11. Informe seu salário mensal bruto como dentista na Saúde da Família:

(considerando o salário mínimo nacional vigente em Nov/2009 = R\$465,00).

- 1- Até 2 salários mínimos.
2- Mais de 2 e até 3 salários mínimos.
3- Mais de 3 e até 5 salários mínimos.
4- Mais de 5 e até 7 salários mínimos.
5- Mais de 7 e até 9 salários mínimos.
6- Mais de 9 e até 10 salários mínimos.
7- Mais de 10 salários mínimos.

12. Você tem outro emprego além deste, na Saúde da Família?

- 1- Sim, em clínica/consultório particular.
2- Sim, em estabelecimento de ensino público.
3- Sim, em Centro de Especialidade Odontológica.
4- Sim, em outros serviços da SMS ou SMS de outra municipalidade.
5- Sim, outra situação. Especifique: _____
6- Não. (pule para a questão 15)

13. Se você trabalha em outra atividade, informe sua carga horária na outra atividade:

- 1- Não se aplica.
2- Até 20 horas semanais.
3- Mais de 20 e até 30 horas semanais.
4- Mais de 30 e até 40 horas semanais.
5- Mais de 40 horas semanais.
6- Outra situação. Especifique: _____

14. Se você faz outra atividade, informe sua remuneração bruta mensal nessa outra atividade:

- 1- Até 1 salário mínimo.
- 2- Mais de 1 e até 2 salários mínimos.
- 3- Mais de 2 e até 5 salários mínimos.
- 4- Mais de 5 e até 10 salários mínimos.
- 5- Mais de 10 e até 15 salários mínimos.
- 6- Mais de 15 salários mínimos.

15. Qual é sua situação funcional atual como dentista?

Assinale apenas uma opção.

- 1- Somente dentista da Saúde da Família.
- 2- Acumulo funções de coordenação de UBS e dentista da Equipe de Saúde Bucal/PSF.
- 3- Complemento carga horária (UBS e ESB/PSF).
- 4- Duplo vínculo (ESB/PSF e clínica/consultório particular).
- 5- Duplo vínculo (ESB/PSF e CEO).
- 6- Duplo vínculo (ESB/PSF e outro serviço público).
- 7- Duplo vínculo (ESB/PSF e instituição de ensino).
- 8- Outra situação. Especifique: _____

16. Informe há quanto tempo você trabalha com a sua atual Equipe de Saúde Bucal/PSF:

- 1- Menos de 1 ano.
- 2- De 1 e até 2 anos.
- 3- Mais de 2 e até 4 anos.
- 4- Mais de 4 e até 6 anos.
- 5- Mais de 6 e até 8 anos.
- 6- Mais de 8 e até 10 anos.
- 7- Mais de 10 anos.
- 8- Outra situação. Especifique: _____

17. Você participa de alguma entidade profissional?

Assinale quantas desejar.

- 1- Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e/ou Associação Odontológica do Norte do Paraná (AONP).
- 2- Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO.
- 3- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES.
- 4- Associação de Servidores Municipais de Saúde.
- 5- Rede Unida.
- 6- Não participo de nenhuma.
- 7- Outra entidade. Especifique: _____

Espaço aberto para comentários do participante:

III – SOBRE A VALORIZAÇÃO E SATISFAÇÃO COM O TRABALHO

Numa escala de zero a dez, assinale a pontuação que você atribui à valorização do trabalho do Dentista em Saúde da Família pelos diferentes segmentos, considerando que 1 = MUITO POUCO e 10 = MUITO:

1. População.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Lideranças do território.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Secretário de Saúde do Município.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Equipe do nível central da instituição (SMS).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Seus pares (dentistas de outras áreas ou instituições).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Seus familiares.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Os funcionários da UBS.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Os funcionários da sua ESB / PSF.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Como dentista de Saúde da Família você se sente:

- Totalmente satisfeito.
 Satisfeito.
 Pouco satisfeito.
 Muito insatisfeito.
 Insatisfeito.
 Outro. Especifique: _____

10. Em relação ao trabalho, você afirmaria que tem autonomia para organizar seu processo de trabalho, adequando ou introduzindo novas atividades.

- 1- Total autonomia.
- 2- Autonomia parcial.
- 3- Não tenho autonomia.

12. Informe se você tem apoio técnico-científico para a realização de novas atividades voltadas ao desenvolvimento da Saúde da Família.

- 1- Tenho assessoria/apoio total.
- 2- Tenho assessoria/apoio eventual.
- 3- Não tenho autonomia.

13. Informe se você tem algum tipo de apoio para participar de eventos científicos em Saúde da Família (apresentação de trabalhos, Mostras de Trabalhos, participação em Congressos, etc).

- 1- Não.
- 2- Eventualmente.
- 3- Sim. Especifique: _____

Espaço aberto para comentários do participante:

**Novamente agradecemos a sua colaboração!
Sua participação foi fundamental para a realização deste estudo.
Nosso profundo agradecimento!**

ANEXOS

ANEXO A
Autorização da Autarquia Municipal da Saúde de Londrina, PR



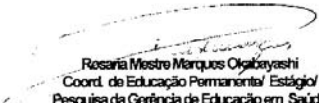
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

C.D.013/09/GES/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE MUDOU?”, nas dependências da Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina, pela estudante Cristiana Castello Branco Nascimento, aluna do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como trabalho de conclusão de curso; sob a orientação da Professora Dr^a Célia Regina Gil, da mesma Universidade; e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável nº 165/09 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, datada em 27 de agosto de 2009.

Londrina, 22 de setembro de 2009.

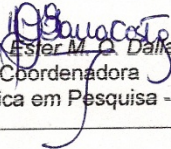

Rosaria Mestre Marquês Okabayashi
Coord. de Educação Permanente/ Estágio/
Pesquisa da Gerência de Educação em Saúde
DGTES/AMS/PML

ANEXO B
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer PF Nº 165/09 CAAE Nº 2333.0.000.268-09 FOLHA DE ROSTO Nº 264386	Londrina, 27 de agosto de 2009.
PESQUISADOR: CRISTIANA CASTELLO BRANCO NASCIMENTO Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde NESCO	
Prezado(a) Senhor(a)	
<p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"A PRÁTICA PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES DENTISTAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE MUDOU?"</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">  Prof. Dra. Ester M. C. Dalla Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </p>	

ANEXO C

Artigo

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**DE LONDRINA-PR:****PERFIL E TRAJETÓRIA DOS DENTISTAS**

RESUMO: Este estudo é resultado da dissertação de mestrado e parte integrante da pesquisa intitulada “Análise do *Modus Operandi* da Estratégia Saúde da Família a partir das Práticas Profissionais: um Enfoque Loco-regional”, financiada pelo CNPq. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa, que utilizou, para coleta de dados um questionário estruturado aplicado aos dentistas pesquisados, totalizando 23 profissionais, no período de setembro/2009 a setembro/2010, atendendo aos requisitos de ética em pesquisa. O instrumento foi aplicado a 100% dos dentistas e houve uma recusa. Os 22 questionários preenchidos foram processados pelo programa EpiInfo™ 3.5.1, analisados por meio de frequência simples e apresentados em tabelas de dupla entrada. A Saúde Bucal encontra na estratégia Saúde da Família uma possibilidade de ampliação do acesso à população e a Estratégia, por sua vez, ganha com a Saúde Bucal a oportunidade de avançar na integralidade do cuidado. Para que esta sinergia em favor dos usuários ocorra, é fundamental a articulação entre profissionais e suas práticas. Este artigo apresenta o dentista, sujeito das práticas em Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família no município de Londrina-PR, evidenciando aspectos singulares do contexto local.

Palavras-chave: Saúde bucal. Odontologia em saúde pública. Saúde da família. Atenção Primária em saúde.

ORAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**IN LONDRINA-PR:****DENTISTS' PROFILE AND TRAJECTORY**

ABSTRACT: This study results from a Master Program dissertation and part of the research entitled “*Modus Operandi* of Family Health Strategy analysis considering professional practices: a loco and regional approach”, which was financed by CNPq. This article presents the dentist as the Family Health performer of the Oral Health care in Londrina, Paraná, within the local aspects and limits. It is a descriptive transversal study, with a quantitative approach. A structured questionnaire was used to collect the necessary data, between September 2009 and September 2010 and it met all the ethical requirements for research. It was handled to 23 dentists, which means 100% coverage of the professionals, but there was one withdraw. The answers of the 22 questionnaires were submitted to Epi Info™ 3.5.1 statistical program, simple frequency analysis was run and presented by double entry charts. Oral health meets in the Family Health Strategy (FHS) a possibility to widen the population access, and strengthens the Strategy as it approaches it towards the whole care principle. In order to make this synergy happen in favor of the beneficiaries it is vital that professionals are absolutely acquainted with the proposed practices.

Keywords: Oral health. Public health dentistry. Family health. Primary health care.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da Reforma Sanitária Brasileira, trouxe propostas e respostas a problemas e necessidades de saúde tornando os municípios, até então responsáveis apenas pela organização dos serviços de pronto socorro e atendimento à população carente, em atores sociais centrais na gestão do sistema. Diretrizes foram implantadas rompendo com a lógica da assistência vigente, vinculada predominantemente aos interesses do modelo médico curativista e hospitalocêntrico garantindo o acesso gratuito, universal e integral do cidadão brasileiro às ações de saúde e o controle social na gestão do sistema. (PAIM, 2009; MENDES, 1996).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, inicialmente com as características dos programas tradicionais do Ministério da Saúde e, mais tarde tida como uma das estratégias estruturantes de reorientação do modelo e das práticas profissionais revelou as conseqüências da fragmentação do cuidado e do despreparo dos profissionais de saúde para as práticas do trabalho em equipe e do cuidado integral. A Saúde da Família reforça os princípios do SUS de integralidade e universalidade de atenção, centralizando-se na vigilância em saúde e nas práticas assistenciais, agora do núcleo familiar e na defesa da vida, com humanização no atendimento e integração entre as ações clínicas e coletivas (BRASIL, 2006 a).

Embora a incorporação da Odontologia à Saúde da Família tenha se dado tardiamente à criação do PSF (Portarias N° 1.444/00 e N° 267/01), após o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, inegáveis avanços nas condições de vida dos brasileiros são observados a partir da implantação e ampliação da cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na atenção básica. Se, no início os municípios podiam implantar apenas uma ESB para cada duas Equipes de Saúde da Família (ESF), num segundo momento esta proporção se iguala, sendo possível hoje a cada município implantar o número de ESB que avaliar como necessário para atender as necessidades de saúde bucal de seus munícipes, como apresenta a Portaria N° 302/2009 (BRASIL, 2009 b).

A Saúde Bucal, a partir principalmente da última década, vem se destacando no campo das políticas públicas pela sua importância na atenção básica e indissociando-se, cada vez mais, da estratégia Saúde da Família. Entretanto, a compreensão do novo papel que compete a cada sujeito dentro desta estratégia é desigual e está distante do cotidiano de trabalho de muitos dos profissionais de saúde. E este é um desafio ainda maior a ser superado

pelo dentista, que é formado para decidir suas práticas autonomamente, numa relação vertical, de cima para baixo, com sua equipe auxiliar.

O enfrentamento dos desafios das novas práticas profissionais necessárias ao modelo que se requer constitui-se tarefa prioritária tanto para as instituições prestadoras de serviços como para as formadoras dos profissionais de saúde. O cenário brasileiro está repleto de problemas e necessidades de saúde que clamam por práticas integrativas do cuidado e abordagens construídas a partir do compartilhamento de saberes inter e transdisciplinares (GIL, 2006).

No Brasil, é inquestionável o avanço em direção à melhor qualidade de vida e saúde dos cidadãos proposta pela Estratégia Saúde da Família, porém, esta meta só será atendida na medida em que haja atitudes pró-ativas de gestores e profissionais de saúde conscientizados e comprometidos com a atenção básica, trazendo as diretrizes do Ministério da Saúde para a prática cotidiana e realidade dos usuários. Kriger (2008) aponta que os gestores devem estar atentos a alguns problemas críticos que podem comprometer o sucesso do desenvolvimento da estratégia, como a qualificação dos profissionais que irão atuar na área, oriundos de escolas onde a formação está pautada no modelo biomédico; a questão do incentivo financeiro, uma vez que os municípios dependem do repasse de verbas dos governos federal e estadual para a sustentação da estratégia; e a falta de uma orientação legal-trabalhista que direcione a contratação das equipes.

Para que as transformações necessárias no campo das práticas profissionais aconteçam, um dos quesitos fundamentais é que se conheça, com maior profundidade, quem são os sujeitos sociais que realizam o cotidiano de trabalho nas unidades locais de saúde, ou seja, que se produza informações que possam subsidiar a tomada de decisão dos gestores e equipes gestoras visando à melhoria contínua da prestação dos serviços públicos.

Nesse sentido, conhecer mais detalhadamente os dentistas que realizam o cotidiano de trabalho nas equipes de Saúde Bucal é fundamental, haja vista que estes profissionais são formadores de opinião e têm sob sua responsabilidade e coordenação uma equipe de técnicos e auxiliares que necessitam, assim como eles, resignificar e qualificar suas práticas. Também é esperado do dentista que ele seja um sujeito pró-ativo na articulação entre as práticas específicas da Saúde Bucal, as práticas da Saúde da Família e as dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), pois cabe também a ele o papel de desencadeamento, manutenção e reforço dos processos essenciais às novas práticas da atenção básica do SUS.

Este artigo tem como objetivo apresentar o perfil e a trajetória profissional dos dentistas inseridos nas equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família do município de Londrina, Paraná, identificando as singularidades do contexto local.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo e a população investigada constitui-se da totalidade dos dentistas que atuam na Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família do município de Londrina, Paraná, num total de 23 profissionais, incluindo cinco residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família que atuam na Saúde Bucal do município, representando 22,7%. No momento da coleta de dados houve recusa de um dos dentistas servidores municipais e, posto isso, o universo estudado compreendeu 22 profissionais, doravante referidos como *dentistas das ESB*.

Por integrar a pesquisa acima mencionada, para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado adaptado da pesquisa original, contendo questões sobre diferentes aspectos, entre os quais, o perfil e a trajetória profissional. A opção pela aproximação ao cotidiano dos sujeitos envolvidos na pesquisa foi mediante a aplicação de *surveys* com duas finalidades: uma descritiva e outra explicativa. Segundo Babbie (1999, p. 96), “[...] os *surveys* descritivos são frequentemente realizados para permitir enunciados descritivos sobre alguma população, isto é, descobrir a distribuição de certos traços e atributos”. Ainda, para o mesmo autor (1999, p. 97), “[...] os *surveys* explicativos têm o objetivo adicional de fazer asserções explicativas sobre a população de estudo”. Desta forma, optou-se por aplicar o survey para construir, inicialmente, um panorama geral da situação e trajetória dos participantes. Os questionários foram elaborados de modo a garantir o sigilo e anonimato dos profissionais em todo o processo e sua aplicação foi acompanhada de uma explanação escrita dirigida aos pesquisados que, após terem lido e concordado, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UEL, mediante autorização da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, conforme determinação vigente, sem conflitos de interesses e a coleta de dados precedida por contato individual da autora principal deste artigo.

Os questionários respondidos foram processados pelo programa estatístico de domínio público, EpiInfo™, versão 3.5.1, e submetidos à análise descritiva por meio de tabelas e gráficos de dupla entrada e frequência absoluta e percentual.

Ao final de cada bloco de questões havia espaço destinado a depoimentos espontâneos acerca do respectivo tópico. Os dados oriundos foram contemplados durante o estudo e subsidiaram a análise das questões. Os resultados permitiram construir uma visão panorâmica das principais características e atributos dos dentistas e permitiu identificar algumas situações singulares do contexto local.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compondo o grupo de dentistas das equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família no município de Londrina foram encontrados 23 profissionais, sendo 18 dentistas da rede municipal e cinco residentes do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) ofertado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Considerando que os residentes estão inseridos nas equipes de Saúde Bucal do município, os mesmos foram incorporados à população de estudo com o devido cuidado de analisá-los singularmente. A participação dos residentes resulta da articulação do trabalho do Ministério da Saúde junto às instituições de ensino na saúde objetivando a construção do perfil de competências para as equipes de saúde da família, como explicita a Portaria Interministerial Nº 45/2007 (BRASIL, 2007), que regulamentou a Residência Multiprofissional em Saúde. A formação prática viabilizada por meio dessas medidas legais passa a ser interessante aos residentes da área, compreendidos principalmente na faixa etária jovem e com o pouco tempo de formados (BRASIL, 2008).

Até o momento da realização deste estudo, o município de Londrina dispunha apenas de ESB Modalidade I (1 CD e 1 ASB), concentradas na região norte do município (26% das ESB), o que se explica pela maior densidade demográfica daquela região. A zona rural conta com 13,6% das ESB e não tem alunos de residência.

No momento da coleta de dados havia 85 equipes Saúde da Família no município e apenas 23 equipes de Saúde Bucal, com uma média de 1ESB para cada 3ESF, ou seja, abaixo do preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal.

Perfil dos profissionais

O corpo de dentistas que caracteriza a força de trabalho das ESB da estratégia Saúde da Família em Londrina é predominantemente composto por profissionais do sexo feminino, com idade até 40 anos, em situação de união estável e sem filhos.

Distribuição por sexo

No grupo pesquisado (Tabela 1), 59,1% dos dentistas das ESB são mulheres. Observando-se apenas o subgrupo dos residentes, todas são do sexo feminino e a participação das mesmas no grupo estudado colabora para o predomínio de sexo feminino representando 22,7% do total. Entre os dentistas da rede municipal, a participação dos homens é ligeiramente maior, de 52,9%.

O estudo de Morita (2010) sobre o perfil dos dentistas da Saúde Bucal no Brasil registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em outubro de 2009 (CNES) mostra que 58% dos mesmos são do sexo feminino e 42% do sexo masculino. No Estado do Paraná, num universo de 13.675 profissionais, a mesma autora afirma que se repete a predominância, constatando que 54% são mulheres.

Haddad *et al*, em 2006, revelaram que 65,3% dos concluintes do curso de odontologia no Brasil são do sexo feminino, evidenciando uma realidade nacional de *feminilização* da profissão, como afirma Morita (2010) que há 40 anos atrás a profissão apresentava predomínio eminentemente masculino, sendo 90% dentistas homens. Em Londrina foram encontrados dados semelhantes, corroborando os estudos nacionais (Tabela 1).

Distribuição por faixa etária

De modo geral, os dentistas inseridos nas equipes locais de Saúde Bucal são jovens,

sendo que 40,9% do total têm abaixo de 30 anos de idade. Entre os dentistas da rede municipal predomina a faixa etária de 31 a 40 anos (47%) e, entre os residentes, 80% concentram-se na faixa abaixo de 30 anos.

Segundo o Ministério da Saúde, no Programa Saúde da Família e nas ESB a distribuição etária se comporta de forma similar, registrando-se 68% dos profissionais com menos de quarenta anos de idade e um terço com menos de 30 anos (BRASIL, 2010 a).

O estudo de Morita (2010) sobre o perfil dos dentistas da Saúde Bucal no Brasil demonstra uma distribuição semelhante nas faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos perfazendo 68% dos dentistas de ESB. Achados semelhantes foram apresentados por Funk *et al*. (2004) em estudo sobre o perfil dos dentistas realizado em Passo Fundo, RS, tendo encontrado predomínio da faixa de idade entre 25 e 43 anos.

No presente estudo, embora as faixas etárias pesquisadas não sejam coincidentes com as de Morita, observa-se que o grupo estudado tem até 40 anos, com 81,8% dos entrevistados (Tabela 1). Estes dados evidenciam que a Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família em Londrina conta com um corpo jovem de profissionais dentistas e com poucos anos na profissão, fato que pode significar duas situações: a primeira, como um bom potencial de desenvolvimento do trabalho das ESB e da própria Saúde da Família, uma vez que tendem a extrair pleno aproveitamento do processo de formação, sem vieses de outras práticas e com disposição para o novo. A outra, ao contrário, pode indicar a inserção “temporária” nas ESB, até encontrarem outra oportunidade de trabalho em clínicas privadas ou outros serviços especializados. Pode explicar os dados encontrados o fato de as políticas públicas terem incluído de forma mais evidente a saúde bucal em sua agenda a partir de 2001, quando o Ministério da Saúde passou a normatizar e incentivar financeiramente as ESB na ESF (BRASIL, 2001).

Tabela 1 — Distribuição dos dentistas das equipes de Saúde da Família, segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos e tempo de formação. Londrina. 2011.

	2 filhos	6	27,3
	3 filhos	0	0
	Mais que 3	0	0
TEMPO DE GRADUAÇÃO	Até 1 ano	0	0
	> 1 até 3	4	18,2
	> 3 até 5	5	22,7
	> 5 até 10	5	22,7
	> 10 até 15	1	4,5
	> 15 até 20	3	13,7
	> 20	4	18,2
ESTADO CIVIL	Solteiro	9	40,9
	Casado, união estável	10	45,5
	Divorciado, separado	3	13,6
	Viúvo	0	0
FILHOS	Não	13	59,1
	1 filho	3	13,6

Estado civil e filhos

Um dos pressupostos da estratégia da Saúde da Família é o estabelecimento e manutenção do vínculo entre profissionais de saúde e usuários/famílias, e entre as equipes de saúde e a comunidade, situação que, em tese, favorece o comprometimento e humanização tão almejados no serviço. Para que seja possível a construção de vínculo, um dos requisitos é a fixação dos profissionais em suas equipes locais. Para tanto, algumas variáveis que podem contribuir para que os profissionais se fixem no trabalho foram pesquisados, tais como a situação civil, filhos, forma de contratação profissional, satisfação com o trabalho e com a remuneração, entre outros.

Em relação ao estado civil (Tabela 1), pode-se observar que 54,5% dos dentistas são sozinhos, sendo 41% solteiros e 13,5% divorciados ou separados, enquanto que 45,5% vivem em união estável ou são casados e não há viúvos no grupo. Entre os residentes predominam os solteiros, o inverso dos dentistas da rede, em que a maioria é casada e onde estão os separados.

A maioria dos profissionais do grupo estudado não tem filhos (59,1%) e os demais 40,9% tem até dois filhos (Tabela 1). Portanto, as famílias constituídas pelos participantes não são numerosas, fato que pode ser explicado pelos achados anteriores como a faixa etária predominantemente jovem. O grupo dos casados, em união estável e os separados/divorciados mantem o padrão de famílias pequenas, com um ou dois filhos. Nenhum dos participantes tem mais de dois filhos, evidenciando a possibilidade de tratar-se de famílias em construção. Desta forma, a preocupação inicial fica fundamentada, considerando que a situação encontrada não é a que normalmente exige assunção de compromissos no serviço, o que pode fragilizar a

fixação dos profissionais e a criação ou manutenção de vínculo com o trabalho e a comunidade.

Tempo de formado na graduação

Quanto ao tempo de formados, os dados da Tabela 1 demonstram que 40,9% dos participantes são formados entre 1 e 5 anos. Somando-se o período de um a dez anos de formados, encontram-se 63,6% dos dentistas. Entre os cinco residentes, quatro deles estão formados há menos de 3 anos e apenas um há mais de 5 anos.

Com mais de 20 anos de formados estão apenas 18,2% dos dentistas, todos da rede municipal.

Formação profissional e atividades associativas na graduação

Sobre esse aspecto, o estudo revelou que 77,3% dos participantes cursaram a graduação em escolas públicas, com destaque para a Universidade Estadual de Londrina que formou 59,1% dos dentistas. Entre os pesquisados, 27,3% graduaram-se em escolas de fora do estado do Paraná, a maioria no estado de São Paulo.

De acordo com o Censo de Educação Superior de 2008, dos 197 cursos de Odontologia em funcionamento no Brasil, 72% são particulares e o Sul e Sudeste, juntos, concentram 67% desses. No caso estudado, ainda predomina a formação em instituições públicas (BRASIL, 2009 a).

Com relação à satisfação com o processo de formação na graduação, 54,5%, dos pesquisados referem sentir-se satisfeitos com o curso, embora reconheçam que ficaram lacunas de conhecimento que interferem nas práticas cotidianas de trabalho. Ainda, 13,6% declaram-se insatisfeitos com o curso, pois o mesmo deixou a desejar no processo de formação, ocasionando muita dificuldade no início da prática profissional. Apenas 31,8% dos dentistas das ESB informaram que se sentem totalmente satisfeitos com a formação na graduação e preparados para o trabalho, predominando nesta avaliação os profissionais oriundos do ensino privado.

Entre todos os entrevistados, em relação ao interesse pela área de Saúde Pública, 68,2% informaram que já se identificavam com a área durante a graduação e não desejavam trabalhar nesta área 31,8% dos dentistas. No espaço aberto dos questionários, um dos pesquisados registrou que durante a graduação “*ninguém me apresentou à Saúde Pública, a clínica na graduação*”.

Narvai (1994), ao discorrer sobre o perfil formativo do dentista brasileiro, aponta a inadequação do preparo dos recursos humanos, a formação de profissionais de maneira desvinculada das reais necessidades do país, direcionamento precoce daqueles para especialidades, além da inadequação técnica para os serviços onde deverão atuar. Somada à formação inadequada, está a herança que o profissional traz do modelo curativo e restaurador do setor privado, em desacordo com o proposto pelas políticas reorientadoras das ESB.

Cabe ressaltar a importância desta questão no que se refere ao potencial envolvimento e compromisso do grupo com as ações de saúde pública e, conseqüentemente,

com os pressupostos da estratégia Saúde da Família, em especial no que se refere à mudança de modelos e práticas em saúde. Esta questão fica evidenciada no estudo de Gil e Escorel (2010) que identificou o mesmo comportamento em outras categorias profissionais estudadas.

Com relação à graduação, 50% dos pesquisados informam ter tido participação na vida acadêmica, principalmente nos Centros Acadêmicos, sendo que desses, 22,7% fizeram-no de forma ativa. Em outras atividades associativas, como grupos de igreja ou similar participaram 27,3% dos dentistas quando ainda estudantes. Estes dados diferem do encontrado por Gil e Escorel (2010) em relação aos médicos e enfermeiros, apontando que o grupo pesquisado caracteriza-se como mais associativo. Neste quesito, os residentes apresentam-se como muito menos participativos do que os dentistas da rede, sendo que a totalidade deles informou nunca ter participado de qualquer agremiação ou atividades de grupo dentro ou fora do ambiente acadêmico.

Formação em pós-graduação *lato e strito sensu*

Quanto à formação em pós-graduação, à exceção dos residentes que estão cursando pós-graduação *lato sensu*, predominam dentistas das ESB da rede municipal que investem na sua qualificação profissional (63,6%), sendo que 36,3% deles cursaram duas ou mais especializações. Entre as especializações mais procuradas estão a Saúde Coletiva/Saúde da Família, ofertadas principalmente por instituições privadas (UNIFIL e INESUL). Outros cursos na área da Saúde Pública foram citados, como: Auditoria e Saúde Indígena e também outras especializações como a Odontopediatria, Endodontia, Dentística, Prótese e Metodologia de Ação Docente.

Um dos pesquisados da rede citou ter concluído a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o que sinaliza para a possibilidade de fortalecimento da ESB na estratégia Saúde da Família do município e da própria residência multiprofissional, com a inserção de egresso do curso.

Em relação à formação em pós-graduação *strito sensu*, dois dentistas informam ter curso de mestrado, tendo sido ambos realizados no estado de São Paulo, sendo um de Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) e outro pela Universidade de São Paulo (USP), não tendo sido informado em que área.

Ao se comparar a formação em pós-graduação com as respostas sobre a satisfação ou insatisfação com a graduação, observa-se porcentagem próxima à soma dos que se sentem satisfeitos, mas com algumas inseguranças ao se graduarem com os que se

definiram insatisfeitos, evidenciando que, de alguma forma, os profissionais estão buscando suprir ou adquirir novos conhecimentos para a vida profissional. Estes dados permitem inferir que se trata de um grupo de profissionais atento ao processo de formação, demonstrando uma postura pró-ativa e de investimento na qualificação e melhoria de seu desempenho profissional.

Quanto à natureza da instituição formadora na primeira pós-graduação, 64,3% dos dentistas especializaram-se em escolas particulares e 35,7% em públicas. Entre os que cursaram uma segunda especialização, o interesse pela área da Saúde Pública chegou a 75%. Em relação ao mestrado, 9% do grupo estudado fez mestrado em universidades públicas do estado de São Paulo, e nenhum cursou doutorado.

Nos dois últimos anos, 36,4% dos pesquisados fizeram algum curso de atualização ou aperfeiçoamento de 40 horas ou mais, porém todos em área clínica odontológica. Buscaram e custearam esse tipo de formação por iniciativa própria 85,7% deles.

Segundo Martelli (2010, p. 3244), “[...] o novo modelo de atenção à saúde requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada da saúde, capazes de compreender o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar, associada à necessidade de se trabalhar interdisciplinarmente”

Tomando por base os dados apresentados, infere-se que as perspectivas para a Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família no município são, em tese, animadoras, dado o predomínio de especialistas dentro do grupo, esperando-se que essa formação esteja contribuindo para o manejo dos problemas mais habituais de Saúde Bucal.

Como citado acima, dos especialistas entrevistados, 50% buscaram a área de Saúde Pública ou Coletiva para sua primeira ou única pós-graduação, tendo este curso recebido diferentes nomes, de acordo com a época ou a escola. Porém, segundo Morita (2010), das dez especialidades que concentram 95% dos especialistas no país, a Saúde Coletiva encontra-se na última posição no *ranking* de preferências dos dentistas, com 1.430 especialistas, contrapondo-se à Ortodontia que tem sido a primeira opção entre os dentistas brasileiros, com 11.778 ortodontistas, seguida pelos 2.986 endodontistas.

Schleyer (2002) realizou um estudo comparativo em cinco países acerca do total de dentistas especialistas. Os dados encontrados permitem estabelecer uma comparação com a proporção encontrada no Brasil que é de 25% e é mais elevada do que a proporção dos países por ele estudados: Estados Unidos (21%), Reino Unido (11%), Canadá (11%), Alemanha (7%) e França (4%).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010 d), em relação à escolaridade dos dentistas das ESB, observa-se que a quase totalidade deles (92%) são apenas graduados. No município estudado verificou-se uma realidade bastante diversa à registrada nos referidos estudos.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Ingresso no serviço público

Estudar a trajetória profissional possibilita conhecer as experiências pregressas que os dentistas trazem para o trabalho na estratégia de Saúde da Família.

O grupo pesquisado informa ter predominantemente experiência profissional com a assistência direta ao usuário: como profissionais autônomos e como dentista de nível local (UBS), simultaneamente. Com este perfil encontram-se 65% dos dentistas da rede municipal. Entre os residentes, a experiência de assistência direta em unidade de saúde está sendo a primeira com o curso. Entre os dentistas da rede, dois são da Secretaria Estadual de Saúde, porém prestam serviço ao Município e outros dois tiveram experiências anteriores na direção central de Secretarias Municipais de Saúde.

Fato semelhante foi encontrado no estudo de Gil (2006) sobre os médicos na estratégia Saúde da Família do município de Curitiba. Entre os pesquisados também foram encontrados aqueles que tiveram experiências anteriores na direção da secretaria municipal, inclusive como secretários de saúde e atuavam no nível local. Esta situação evidencia a importância de se ter profissionais gestores do SUS do quadro próprio da instituição, pois, em tese, há um compromisso maior com o desenvolvimento do trabalho local e maior possibilidade de se incrementar projetos e políticas municipais. A nosso ver, estas situações merecem ser aprofundadas no campo de estudo sobre gestão pública.

Entre os dentistas da rede municipal, 47% têm menos de dois anos de trabalho na AMS e, com mais de 10 anos apenas 11,7% indicando uma inserção ainda recente destes profissionais na instituição. Da mesma forma, também é recente o trabalho como dentista em ESB, sendo que 64,7% está há dois anos ou menos. Com mais de 5 e até 10 anos de trabalho na rede, encontram-se cerca de 30% dos dentistas, o que remete à reflexão acerca da forma de contratação das equipes na Saúde da Família que, no município estudado, é predominantemente terceirizada.

No serviço público há necessidade de estabelecer processo licitatório para contratação de prestação de serviço, vencendo a empresa que apresentar a melhor proposta ao município, o que favorece a rotatividade tanto de empresas vencedoras, como de profissionais por elas contratados. A curta permanência dos trabalhadores no quadro de funcionários de uma empresa faz com que os custos demissionais se mantenham baixos, o que atende a interesses econômicos, mas se opõe ao recomendado nas diretrizes da estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde, principalmente por fragilizar o estabelecimento de vínculo entre profissionais, usuários e comunidade, como já visto.

Esta situação apresenta-se oposta ao encontrado por Gil (2006) no município de Curitiba, onde 100% dos profissionais das equipes de Saúde Bucal e Saúde da Família eram do quadro próprio da Secretaria Municipal de Saúde.

A atual forma de contratação de profissionais exige um novo pensar, pois, embora cumpra os preceitos jurídico-legais, impõe limites que comprometem seu desenvolvimento pleno, exatamente em uma das peculiaridades que a distinguem de forma tão positiva de políticas anteriores.

Ao se investigar a experiência de trabalho dos dentistas do município de Londrina, verifica-se que 53% deles nunca trabalharam em outro município e 58,8% informam ainda nunca ter trabalhado em outro local, ratificando inserção recente no serviço. Aqui não estão incluídos os residentes.

Tabela 2 – Distribuição dos cirurgiões dentistas que integram as equipes de Saúde da Família, segundo tempo de ingresso na ESB. Londrina, 2011.

INGRESSO NA ESB-LONDRINA	DENTISTAS		RESIDENTES	
	n	%	n	%
Menos de 1 ano.	7	41,1	5	100
De 1 até 2 anos.	4	23,5	0	0
Mais de 2 e até 5.	1	5,6	0	0
Mais de 5 e até 10.	5	29,4	0	0
Total	17	100	5	100

Segundo a coordenação nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde à época do estudo, Gilberto Pucca, baseando-se:

- 1) na incorporação da Saúde Bucal na política nacional,
- 2) no aumento de mais de 100% de financiamento para essas ações possibilitando a expansão dos serviços públicos na área de odontologia de forma a garantir o atendimento à maior parte da população, e
- 3) no crescimento em 49% do número de dentistas ligados ao SUS (de 40.205 para 59.958) e de 345,5% de ESB (de 4.261 para 18.982) entre 2002 e 2009 para atender a demanda, concluiu que os dentistas têm encontrado no SUS a oportunidade de primeiro emprego. O autor afirma que “[...] a oferta de tratamento dental na rede pública de saúde aumenta as possibilidades de inserção da população no mercado de trabalho, principalmente entre profissões que lidam diretamente com o público, devido à questão estética”. (BRASIL, 2010 a)

Ao se observar a Tabela 2, percebe-se que o ingresso de dentistas nas ESB de Londrina acompanhou o cenário nacional apresentado por Pucca acima. Foi observado também que além do ingresso recente no serviço público, os dentistas pesquisados dividem suas atividades profissionais como autônomos, provavelmente em consultórios dentários.

Considerando ainda a afirmação supra mencionada, o cidadão com necessidade de tratamento odontológico curativo, preventivo ou estético-reabilitador encontra amparo legal na Portaria nº 648/2006 (Capítulo II, Item 2), que lhe confere direito a esse serviço pelo SUS, garantido a oferta, nos processos de atenção básica, de promoção, prevenção, atendimento de urgências, assistência e reabilitação da saúde bucal (BRASIL, 2006 d). Assim, de acordo com o que determina a mencionada Portaria, a absorção de dentistas pelo SUS deverá se manter crescente, de forma a atender a demanda esperada.

De fato, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em seu sítio eletrônico oficial informa que, de dezembro de 2002 até setembro de 2010, foram implantadas 20.103 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, atuando em 4.811 municípios, ou seja, em 86% dos municípios brasileiros, cobrindo 37% da população. (BRASIL, 2010 b).

Apesar do crescimento no número de equipes de Saúde Bucal, a cobertura de assistência à população é relativamente baixa, não chegando sequer a 50%. Estes dados remetem a pensar que a Saúde Bucal enfrenta o desafio de ser implantada nos municípios de maior porte populacional, pois, aos 14% de municípios sem ESF/ESB correspondem 63% da população descoberta por esse serviço, de acordo com as estatísticas apresentadas acima.

Forma de contratação

Ao se pesquisar o vínculo empregatício, carga horária contratual e forma de ingresso no setor público, apenas 11,7% dos dentistas da rede são servidores públicos estatutários (concursados) e têm estabilidade no emprego. Os demais são celetistas terceirizados, contratados por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); todos afirmam cumprir carga horária semanal de 40 horas e terem ingressado por meio de processo seletivo.

A Figura 1 deixa evidente o processo de terceirização das ESB na estratégia Saúde da Família, fato presente em todo o território nacional e fator de fragilidade a ser enfrentado para a consolidação das mudanças de modelo de atenção à saúde que se preconiza no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

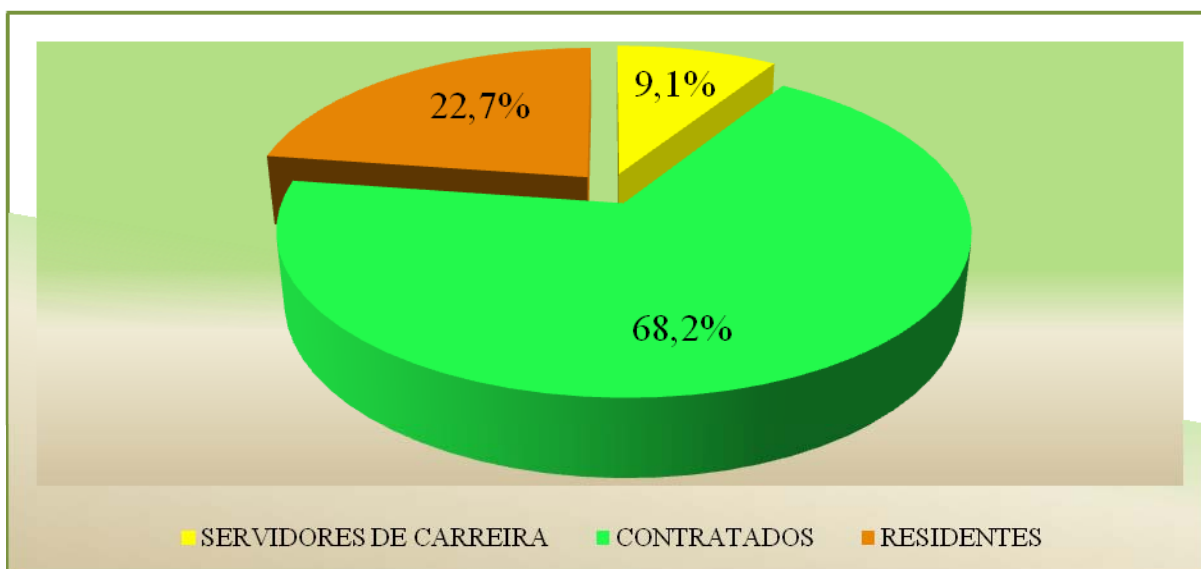
Da mesma forma é preciso considerar que o curto período de permanência dos residentes nas ESB (2 anos), inevitavelmente provoca rotatividade, o que potencializa a fragilização do elo com a comunidade, ainda que para sua formação essa experiência seja de grande relevância. Com base nessas informações, aos gestores municipais cabe uma reflexão sobre o real papel do município na manutenção do quadro de profissionais próprios para a estruturação da atenção básica e da Saúde da Família, considerando o Pacto pela Saúde e as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde Bucal construídas neste sentido.

Pode-se deduzir que a forma precária de contratação profissional (ARAÚJO, 2005; PALU, 2004), com processos de seleção muito desiguais entre os municípios, com regras pré-determinadas muito flexíveis (MIYAKE, 2002), prejudique a adesão do dentista das ESB ao novo modelo. A afirmação de Kriger (2008) corrobora com este raciocínio, alegando que há falta de uma orientação legal-trabalhista que direcione a contratação das equipes.

A contratação de funcionários por meio de concurso público é a forma apontada por Nickel (2008) e Gil (2006) para minimizar este problema e favorecer a qualificação necessária ao serviço. ARAÚJO (2005) concluiu em seus estudos que, em geral, o profissional ingressa na Saúde da Família por questões econômicas e uma política salarial inconsistente e instável interfere no processo de trabalho, tornando-o vulnerável.

Figura 1—Distribuição dos dentistas das ESB de acordo com a forma de contratação.

Londrina, 2011.



Com foco nesta realidade, o Ministério da Saúde aumentou significativamente o valor dos incentivos repassados para as ESB da estratégia Saúde da Família: as ESB modalidade I recebem R\$ 24 mil/ano (reajuste de 84,6%) e as de modalidade II, R\$ 31,2 mil/ ano (aumento de 95%). As equipes também recebem no mês subsequente à implantação, em parcela única, o valor de R\$ 7 mil como recursos para investimento nas Unidades Básicas e realização de Curso Introdutório (BRASIL, 2010 b).

O documento produzido pela pesquisa nacional de saúde bucal, SB BRASIL 2010, registra um incremento de 10 vezes no investimento em saúde bucal por parte do governo federal, entre os anos de 2002 e 2010, passando de R\$ 56 milhões para R\$ 600 milhões (BRASIL, 2010 c). Cabe refletir, neste quesito, como estão se dando os investimentos também nos níveis estaduais e municipais, visando à sustentabilidade das ESB nas equipes Saúde da Família.

MIYAKE (2002) aponta como limitador para a fixação do dentista na ESB a carga horária obrigatória de 40 horas semanais, uma vez poucos municípios remuneram de forma condizente, como observado por GIL (2006) em seu estudo.

Quanto a exercer outra atividade profissional paralela à do serviço público, observou-se, como apontado, que à exceção dos residentes, 77,3% dos dentistas exercem atividade clínica odontológica como autônomo, além da jornada diária dedicada à ESF, fato que nos remete a analisar os salários dos dentistas.

Remuneração

Conforme ilustra a Tabela 3, 41,2% dos dentistas da rede recebem de 5 a 7 salários

mínimos, estipulado em R\$ 465,00 à época do trabalho de campo . Isso significa que o salário bruto destes profissionais, por 40 horas de trabalho, varia de R\$ 2.325,00 a R\$ 3.255,00. Tomando-se por base o maior salário (R\$ 3.255,00/mês) e dividindo-o por 4,5 semanas, tem-se um recebimento semanal de R\$ 723,33. Dividindo este valor por 5 dias da semana, tem-se um valor de R\$ 145,00/dia ou seja, aproximadamente R\$ 18,00 a hora de trabalho. Esta situação pode explicar os dados relativos aos 77,3% dos dentistas que informam ter outro emprego em paralelo ao serviço público, com uma jornada de aproximadamente mais 20 horas de trabalho. Segundo informado, a complementação salarial gira em torno de até 5 salários mínimos, ou seja, aproximadamente 50% a mais em sua renda mensal para metade da sua jornada de trabalho na ESB.

Os demais pesquisados (22,7%), à exceção dos residentes, informam ter apenas o vínculo com a Saúde da Família.

É bastante provável que a remuneração não corresponda às necessidades impostas pelo custo de vida, o que explica a necessidade dos entrevistados complementarem seu sustento, tendo que se dedicar à outra atividade profissional, ainda que tenha laborado 8 horas diárias. Merece destaque o fato de que os residentes estão em número significativo no grupo estudado e avolumam o segmento dos que recebem, em média, 4 salários mínimos mensais a título de bolsa de estudo e não têm outra atividade profissional.

Tabela 3 – Distribuição dos dentistas das ESB em Londrina, segundo rendimento/salário. Londrina, 2011.

SALÁRIO BRUTO (SM base R\$ 465,00)	CD ESF		RESIDENTE	
	n	%	n	%
De 3 e até 4 SM/mês (R\$ 1.395,00/mês até R\$ 1.860,00)	2	11,8	0	0
De 4 e até 5 SM/mês (R\$ 1.860,01/mês até R\$ 2.325,00/mês)	8	47	5	100

De 5 e até 7 SM/mês (R\$ 2.325,01/mês até R\$ 3.255,00/mês)	6	35,2	0	0
7 salários/mês ou mais (R\$3.255,01/mês ou mais)	1	6	0	0
Total	17	100	5	100

A participação dos bolsistas residentes merece um olhar, pois constituem força de trabalho expressiva e interessante para o município. São jovens, recém-formados, representam 22,7% dos dentistas das ESB, prestam serviço odontológico qualificado à população, aumentando o contingente de usuários atendidos, o que repercute favoravelmente nas estatísticas da Autarquia Municipal de Saúde, além de não onerar a folha de pagamento ou refletir na Lei de Responsabilidade Fiscal do Município. Cabe destacar que, embora façam 32 horas/semanais de trabalho nas Unidades de Saúde, o volume de atendimentos/procedimentos realizados equilibra-se com as metas estabelecidas pela administração local.

NICKEL (2008) e GIL (2006) acrescentam uma crítica pertinente à estratégia Saúde da Família quanto à hegemonia que persevera da figura do médico nas equipes multiprofissionais, refletida muitas vezes nas melhores condições salariais da categoria médica, quando esta é comparada a outras categorias vinculadas à equipe. Em Londrina ainda não há estudo que permita tal comparação.

A inexistência da paridade salarial ocasiona desarmonia no funcionamento da equipe, prejudicando as metas de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado à comunidade, em seu sentido mais amplo e não meramente técnico.

Segundo Gil (2006), em Curitiba, os profissionais dos cargos de Médico e Dentista, com jornada de trabalho de 20 horas semanais, ao assumirem o trabalho na estratégia Saúde da Família dobram suas respectivas cargas horárias, passando a trabalhar 40 horas semanais e, conseqüentemente, dobrando seus salários.

Não se pode perder de foco o modelo da estratégia de Saúde da Família e as condições que devem ser viabilizadas nos serviços para implementá-la e mantê-la, na medida do possível, fiel a seus princípios. O mesmo município procurou garantias adotando uma política salarial atrativa, por meio do Decreto Municipal Nº 1.271/2008 que estabelece que,

[...] a ESF constitui-se por um modelo de atenção primária à saúde voltada para a **fixação dos profissionais na área das comunidades alvo**, visando o estabelecimento de vínculo e humanização entre equipe/comunidade, responsabilidade epidemiológica, maior resolutividade dos problemas de saúde da coletividade, acompanhamento sistemático, inclusive dos níveis mais complexos de assistência, além da obtenção de uma visão intersetorial da promoção da saúde. (CURITIBA, 2008, Anexo I, p. 1..)

Por meio do decreto supracitado, a título de gratificação, simultaneamente à dobra do vencimento, esses profissionais recebem mais 80% de incentivos sobre os dois salários, ou seja, o equivalente ao que o Ministério da Saúde repassa ao município como investimento na Saúde da Família e Saúde Bucal (Curitiba, 2008). Ainda, outro decreto municipal (Decreto Nº 1.234/01) garante outras gratificações às equipes, inerentes ao cargo e lotação específicos e risco de vida, chegando a dobrar o padrão salarial. Situação completamente diferente da realidade encontrada nas ESB de Londrina (Curitiba, 2001). Em tese, o aumento salarial por dobra de carga horária já é um fator favorável à fixação do profissional na equipe. Além destas, a gestão criou outras formas de gratificação vinculadas a indicadores de saúde, construídos com base nas necessidades da população e especificidades da ESF que devem ser atendidos pelos profissionais. Com isso, cria-se interesse recíproco entre trabalhador e gestor, onde a maior beneficiada é a população.

Iniciativas adotadas pelos gestores municipais, como as citadas acima, devem resultar em fatores positivos voltados ao fortalecimento da Saúde da Família, da Saúde Bucal e das mudanças de modelo tão necessárias ao SUS. Infelizmente, no município estudado, nenhuma iniciativa neste sentido foi constatada.

Experiência profissional em cargos de direção

A participação em níveis de alta direção (9,1%) ou intermediária (4,5%), ou em coordenação local (4,5%), área administrativa ou gerencial não são, definitivamente, experiências que marcam a trajetória profissional no grupo estudado.

As poucas experiências em atividades de direção estão relacionadas a setores da própria odontologia (gerência do serviço) e, em menor intensidade compondo equipe gestora. Em coordenação de UBS não há participação de dentistas, uma vez que o município adota o modelo do profissional enfermeiro exercendo essa função.

Dada a importância da Saúde Bucal nas ações de saúde, é desejável que seus representantes ocupem maior espaço nos diversos níveis de gestão, medida que pode propiciar a ampliação do papel da saúde bucal nas ações de promoção de saúde e na integralidade do cuidado, assim como na visibilidade da própria categoria nos serviços de saúde.

Auto-confiança e satisfação profissionais

Embora preconizado pelo Ministério da Saúde, o Treinamento Introdutório aos profissionais ingressantes nas ESB/ESF não foi disponibilizado à maior parte dos participantes, pois apenas 22,7% responderam que iniciaram as atividades após o mesmo. Segundo os Relatórios de Gestão Municipal da Saúde, apenas o de 2003 registra a oferta de Curso Introdutório Geral e Específico para o primeiro grupo de dentistas e ASB.

É preocupante que 36,4% tenham respondido não ter recebido nenhum tipo de capacitação ou preparo antes de seu ingresso na ESB. Ainda, 40,9% referem ter boas noções por tê-las estudado nos mencionados cursos de especialização na área ou no curso de residência. Da mesma forma, cursos voltados para a saúde bucal nos diferentes os ciclos de vida não foram ofertados ao grupo.

Tomando por verdadeira a perspectiva de que a absorção dos dentistas pela rede pública de saúde será ainda crescente, acompanhando a demanda dos usuários, Ana Estela Haddad, diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação do Ministério da Saúde, entende que, uma vez que a inclusão do SUS seja realidade, o passo seguinte há que ser o enfrentamento do desafio de qualificar e promover a educação permanente e estimular o desenvolvimento profissional das ESB (BRASIL, 2010, a)

ARAÚJO (2005) compartilha desse pensamento, ao afirmar que o aumento de dentistas no serviço público por si não basta para que a reorientação proposta pela nova estratégia de atenção integral seja de fato efetiva; faz-se necessária a mudança nas práticas de atenção básica, que só será implementada havendo determinação institucional, condições técnicas mínimas e adesão dos profissionais.

Ainda assim, ao serem questionados sobre como se sentem no desempenho das atividades que desenvolvem na Saúde da Família, 68,2% se definiram como confortáveis e autoconfiantes, enquanto 31,8% informaram encontrar alguma dificuldade para o trabalho em Saúde da Família, não se sentindo plenamente confortável para tal. O aprendizado com a própria experiência e por meio da interatividade com outros colegas da ESF parece ter

contribuído para essa construção, como atestaram 65% dos dentistas. Entretanto, esta situação não supera nem substitui o potencial que um processo educacional e de acolhimento dos profissionais tem para promover a mudança desejada de práticas, integrando saber e ações.

Valorização do trabalho

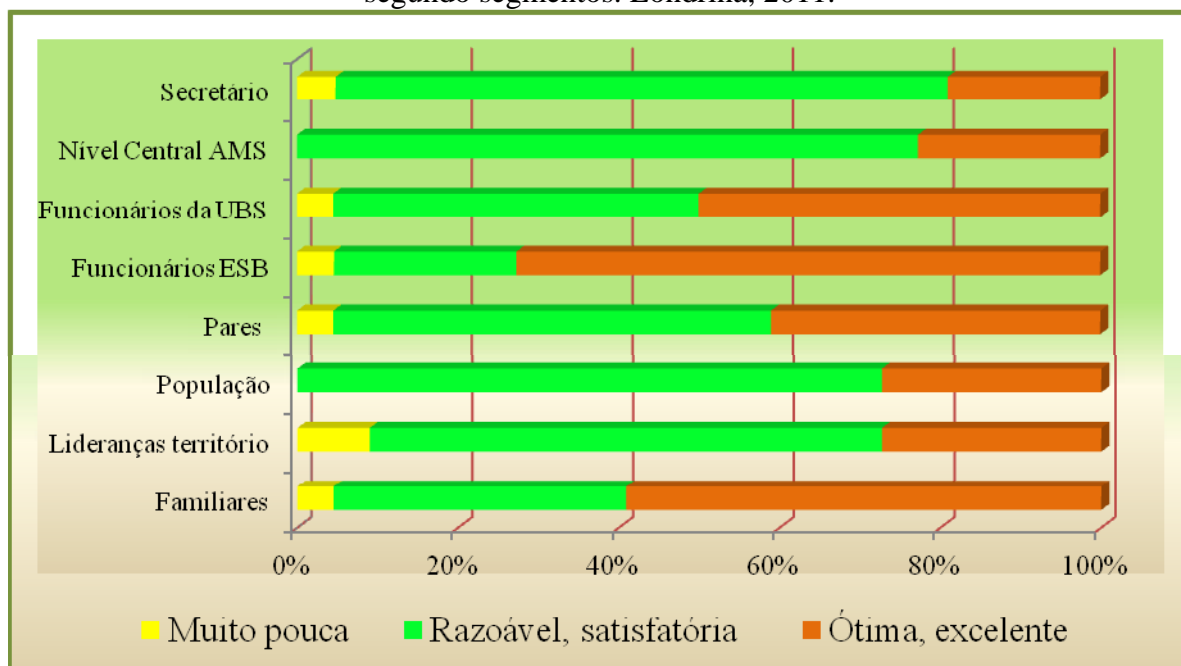
A percepção dos dentistas das ESB quanto à valorização do trabalho por eles realiza-

do está ilustrada nas Figuras 2 e 3. Neste item buscou-se, numa escala de um a dez, verificar a valoração que os dentistas atribuem aos diferentes segmentos ligados, direta e indiretamente, ao trabalho realizado por eles. As respostas foram agrupadas em três categorias: pouca (1 a 4); razoável, satisfatória (5 a 8) e ótima, excelente (9 e 10).

Sentir-se valorizado no trabalho que se executa é um dos pré-requisitos para a humanização do atendimento, conforme aponta a Cartilha Trabalho e Redes, do Humaniza-SUS. Um profissional que se sente reconhecido e valorizado tende a se envolver mais com o trabalho e com os usuários dos serviços (BRASIL, 2009 c).

Em que pese a especificidade das realidades locais de cada Unidade de Saúde e a heterogeneidade das realidades de trabalho onde estão inseridos os dentistas, os resultados mostram que, de modo geral, os dentistas se sentem razoavelmente valorizados no trabalho que desenvolvem. No entanto, fica evidente que a maior valorização apontada pelos dentistas da rede vem das suas próprias equipes de Saúde Bucal, seguida pela equipe da Unidade de Saúde e por seus familiares. Em contrapartida, a valorização não é considerada ótima nem pelo gestor municipal, tampouco pela equipe de nível central, evidenciando possível distanciamento entre estas instâncias de trabalho, fato também observado no trabalho de Gil (2006). Ficou demonstrado que há um desconfortável distanciamento da instância gestora, fazendo-se mais presente e próxima a coordenação local.

Figura 2 - Distribuição da valorização referida pelos dentistas integrantes das ESB, segundo segmentos. Londrina, 2011.



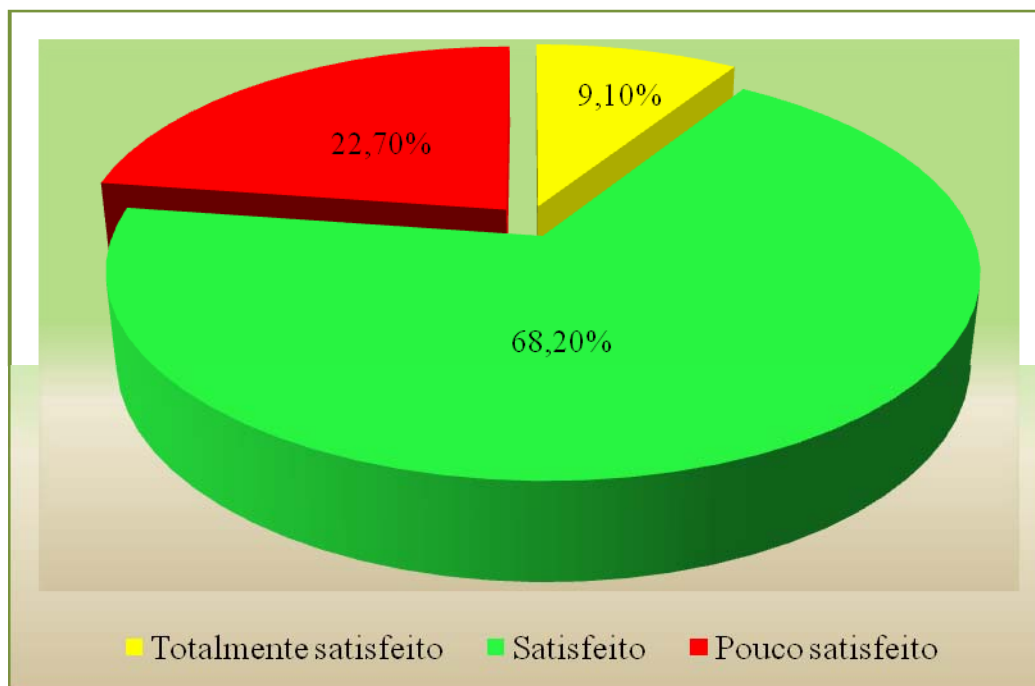
Entre os residentes, nenhum manifestou sentir-se otimamente valorizado. Esta situação não é manifestada em nenhum dos quesitos indagados. Entretanto, se comparados com os dentistas da rede, eles se sentem mais valorizados pela população, lideranças locais e pelos pares, talvez pela própria condição de residentes que os leva a trabalhar mais com os conselhos locais de saúde, grupos de educação em saúde, entre outros. Por sua vez, eles manifestam menor valorização do trabalho pelos familiares quando comparados com os dentistas da rede. Este fato permite inferir que as famílias, de modo geral, não apóiam a escolha da área profissional dos recém graduados, que optam pela área da Saúde Pública.

Satisfação com o trabalho

Quanto à satisfação profissional, outro fator significativo para a aderência ao trabalho, o estudo evidenciou que 77,3% definiram-se como satisfeitos, enquanto que somente 9,1% manifestaram-se totalmente satisfeitos e 22,7% como pouco satisfeitos, conforme demonstra a Figura 4. A maior satisfação vem dos dentistas da rede. Entre os residentes, predomina o pouco satisfeito, talvez pelo distanciamento entre suas expectativas e a realidade encontrada no município. Perscrutando o grupo quanto a esse aspecto, houve uma manifestação que merece reflexão, por carregar informações diversas numa só frase: “O PSF

ainda está muito longe do ideal, não temos recursos e profissionais suficientes para colocá-lo em prática dignamente”.

Figura 3 - Grau de satisfação profissional dos dentistas das ESB. Londrina, 2011.



Ao se pesquisar sobre o apoio institucional para a realização do trabalho cotidiano, predominam os que referem ter autonomia parcial, não podendo, muitas vezes, criar ou introduzir novas atividades (64,7% dos dentistas da rede e 80% dos residentes). Da mesma forma, 76,5% dos dentistas da rede e 100% dos residentes informam não ter apoio técnico-científico do serviço para desenvolver novas atividades. Afirmam ainda ser eventual o apoio para a participação em eventos científicos (65% dos dentistas da rede). Os residentes informam ter apoio da coordenação da residência, referindo que *“como residentes somos incentivados a participar e produzir trabalhos em mostras, congressos e outros eventos”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de Atenção à Saúde do Brasil é referência internacional e a estratégia Saúde da Família tem sido destaque e exemplo para outros países. A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença e deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, com as quais constroem vínculo e pelas quais assumem responsabilidade (BRASIL 2010c).

São os profissionais das UBS quem podem transformar em ações as bem escritas diretrizes das políticas de saúde, tirando-as do papel para a prática do serviço, resultando em melhor qualidade de vida e saúde dos cidadãos – objetivo maior da gestão pública. Se é o profissional de saúde o ator principal na mudança para melhor do cenário da saúde pública, no que se refere à saúde bucal, o estudo deixa claro que conhecer e acompanhar o dentista das ESB é fundamental, pois a sua postura pró-ativa é determinante para que as mudanças necessárias e dinâmicas sejam implementadas. É muito importante que os sistemas de informação local, estadual e nacional acerca de recursos humanos sejam alimentados e que se executem mecanismos para programação, controle, regulação e avaliação do desempenho das equipes da atenção básica, com *feedback* para as mesmas, estabelecendo um canal de acesso e comunicação entre a ponta e a instituição.

No município estudado, o dentista das ESB é predominantemente jovem e, embora com pouco tempo de graduado, a maioria cursou uma ou mais especializações ou residência em Saúde da Família, ainda que tenham revelado pouca experiência profissional, tanto no âmbito público, como na iniciativa privada. Cursos de Residência em Saúde da Família têm contribuição e participação na expansão, qualificação e na remodelação contínua do processo de trabalho, oferecendo força de trabalho qualificada e sem custo ao município, tendo sido verificado que os residentes são fatia significativa no grupo, representando 22,7% do mesmo. Há motivação com o serviço, porém as frustrações reveladas merecem reflexão por parte das instituições gestora e formadora por poderem comprometer a consolidação das mudanças almejadas. O grupo é diverso quanto à forma de contratação e curso introdutório ao serviço e, homogêneo quanto à expectativa por investimento salarial e em capacitação. O cofinanciamento local, estadual e federal pode convergir neste sentido e minimizar as

disparidades salariais hoje presentes entre equipes médica e odontológica, assim como aproximar, proporcionalmente, os valores repassados a título de incentivo a ambas, promovendo tratamento mais isonômico.

O serviço nas ESB remunera de forma insuficiente e não corresponde às necessidades de subsistência, assim, todos os dentistas, à exceção dos residentes, mantêm outra atividade profissional paralela ao serviço público, além das oito horas diárias dedicadas à ESB. Formas que favoreçam a fixação do profissional na equipe devem ser seriamente consideradas por parte dos gestores que comungam da prioridade política do Ministério da Saúde, pois a rotatividade e pouca permanência do dentista na ESB representa óbice à construção e manutenção de vínculo com a comunidade adscrita, diferencial inerente à estratégia proposta. Ainda considerando este aspecto, há que se considerar outra situação para qual aponta o Ministério da Saúde, baseando-se em resultados de pesquisas oficiais acerca da idade e formação acadêmica dos dentistas brasileiros, semelhantes às do presente estudo, quando apresenta como positiva a conclusão de que o SUS tem representado oportunidade de primeiro emprego para esses profissionais (BRASIL, 2010 a). Ainda que satisfaça as estatísticas sociais e atenda o anseio profissional para o ingresso no mercado de trabalho, tal constatação pode fragilizar o imprescindível elo se as condições do serviço não condisserem com a estabilidade buscada, transformando o serviço num trampolim para melhor oportunidade. Afinal, parafraseando Immanuel Kant e consoante com seu pensamento, da mesma forma que *a humanidade deve ser considerada sempre como um fim, nunca como um simples meio*, também o SUS ou a Saúde da Família não podem ou devem servir como tal, mas, antes, como fim maior para que se alcance o objetivo único: a saúde e o bem estar de todo cidadão a que ele recorre.

A Saúde Bucal, ao longo da última década, tem tido destaque no campo das políticas públicas pela sua importância na atenção básica, indissociando-se, cada vez mais, da estratégia Saúde da Família. Do ponto de vista burocrático normativo os avanços, em tese, estão garantidos. No entanto, nos aspectos estratégicos operacionais ainda há muito que se investir.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Luana Karina de. **O programa saúde familiar pelo olhar do cirurgião dentista**. 2005. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/bbo-21749>>. Acesso em: 02 maio 2009.
- BABBIE, Earl et al.. **Métodos de Pesquisas de Survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 267, de 06 de março de 2001. Dispõe sobre a reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 07 de março de 2001, p. 67, Seção 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=07/03/2001>>. Acesso em: 31 jan. 2011.
- BRASIL, 2006 a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** Cadernos de Atenção Básica n. 17 Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006. 92 p.
- BRASIL. Portaria Interministerial N° 45, 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 de janeiro de 2007, p. 28, Seção 1. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/424472/dou-secao-1-15-01-2007-pg-28>>. Acesso em 03 de maio 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde, Notícias**. Residência multiprofissional em área profissional da saúde. Brasília. 03 de jun. 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27945>. Acesso em: 10 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior 2008**: resumo técnico. Brasília, 15 de dezembro de 2009a. Disponível em: http://www.inep.gov.br/download/censo/2008/resumo_tecnico_2008_15_12_09.pdf. Acesso em: 22 jan. 2011.
- BRASIL. Portaria N° 302, 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde–EACS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 de fev, de 2009b, p.37, Seção 1. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=18/02/2009>>. Acesso em: 03 maio 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Textos Básicos de Saúde – Série B. Brasília, 2009c. 44 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde, Notícias**. Número de dentistas no SUS cresce 49% . Brasília. 02 de mar. de 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1450&CO_NOTICIA=11123>. Acesso em: 09 out. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família**. Brasília, 2010b. Disponível em: < http://189.28.128.99/dab/cnsb/saude_familia.php>. Acesso em: 08 fev. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília, 27 set. 2010c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 08 fev. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. **SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, dez. 2010d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/apresentacao_SB2010.pdf>. Acesso em 08 fev. 2011.

CURITIBA, PR. **Decreto Municipal N° 1234** de 27/12/2001. Dá nova redação ao que se refere à gratificação de risco de vida ou de saúde do servidor no exercício específico de suas funções. da Família de Curitiba na Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: < <http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/showinglaw.pl>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

CURITIBA, PR. **Decreto Municipal N° 1271** de 26/11/2008. Regulamenta a Estratégia de Saúde da Família de Curitiba na Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:< <http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/showinglaw.pl>>. Acesso em: 28 ago. 2010.

FUNK PP, Flôres MMDZ, Garbin CA, Hartmann MSM, Mendonça JL. **Perfil do profissional formado pela faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS**: da formação à realidade profissional. Passo Fundo 2004; 9(2): 105-109.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Práticas profissionais em Saúde da Família**: expressões de um cotidiano em construção. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GIL, Célia Regina Rodrigues ; ESCOREL Sarah. Expressões das práticas dos médicos e enfermeiros em Saúde da Família. In: **Educação & Saúde**. Célia Regina Pierantoni, Ana Luiza d'Ávila Viana (organizadoras). São Paulo : HUCITEC, 2010. p.98-119.

HADDAD, A. E. et al. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

MARTELLI, P. J. de L. et al. Perfil do Cirurgião Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p. 3243-3248, Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-010000800029&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out.2010.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MIYAKE, Cláudio. Principais dificuldades na implantação das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Jornal da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas** (APCD). São Paulo, out. 2002. p.22.

MORITA, M. C.; HADDAD A. E.; ARAÚJO, M. E. de. **Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro**. Dental Press International. ISBN 978-85-88020-54-02. www.dentalpress.com.br Maringá. 2010.

MOYSÉS S. T.; KRIGER L.; MOYSÉS S. J. **Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2008. 308 p.

Narvai P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994

NICKEL, Daniela Alba; LIMA, Fábio Garcia; SILVA, Beatriz Bidigaray da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.241-246, fev. 2008.

PAIM, Jairnílson Silva. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p27-37, jan/abr 2009.

PALU, Adriana Prestes do Nascimento. **A inserção da Saúde Bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

SCHLEYER T. et al. Comparison of dental licensure, specialization and continuing education in five countries. **Eur. J. Dent. Educ.**, v.6, n.4, p153-61, 2002.