



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

ANA CAROLINA DE ASSIS SIMÕES

**OS SIGNIFICADOS DE ATUAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
ESTUDO DE CASO COM CIRURGIÕES-DENTISTAS DO MUNICÍPIO DE
UBERABA/MG**

UBERABA - MG
2012

ANA CAROLINA DE ASSIS SIMÕES

**OS SIGNIFICADOS DE ATUAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
ESTUDO DE CASO COM CIRURGIÕES-DENTISTAS DO MUNICÍPIO DE
UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, vinculada à linha de pesquisa “Atenção à saúde das populações”, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das populações

Orientadora:
Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues

UBERABA - MG
2012

**Catálogo na fonte : Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

Simões, Ana Carolina de Assis

S612s O significado de atuar em uma equipe de saúde da família: estudo de caso com cirurgiões-dentistas do município de Uberaba/MG / Ana Carolina de Assis Simões. – 2012.

81f.: tab.;fig.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Leiner Resende Rodrigues

1. Saúde pública. 2. Programa de saúde da família. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. Odontologia comunitária. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39 (81)

ANA CAROLINA DE ASSIS SIMÕES

**OS SIGNIFICADOS DE ATUAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
ESTUDO DE CASO COM CIRURGIÕES-DENTISTAS DO MUNICÍPIO DE
UBERABA/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, vinculada à linha de pesquisa “Atenção à saúde das populações”, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof Dr Luis Henrique Borges
Universidade de Uberaba

Prof^a Dr^a Rosimár Alves Quirino
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

“Na mudança do presente a gente molda o futuro!”

(Gabriel o pensador)

Dedico este trabalho aos futuros cirurgiões-dentistas e a todos os profissionais de saúde que, de alguma forma, poderão desfrutar do conhecimento que aqui se encontra, fruto de muito esforço e dedicação.

AGRADECIMENTOS

*"Se fui capaz de ver mais longe
é porque estava de pé nos
ombros de gigantes..."*

(Sir Isaac Newton)

Desejo primeiramente expressar minha eterna gratidão a *Deus*, especialmente neste momento, por permitir mais esta conquista, iluminando meus pensamentos e ideias e ainda confortando minha dor pela perda da minha querida amiga *Luppi*.

À minha mãe *Ana Lúcia*, minha grande professora e o maior exemplo que sigo ao trilhar este caminho da docência.

Ao meu pai *Nivaldo*, pela compreensão e apoio às minhas decisões profissionais.

Ao meu irmão, *Bruno*, pela amizade e companheirismo existente entre nós.

À *Zilda*, pela convivência diária e pelo cuidado e carinho que tem por mim e pela minha família.

Ao *Guilherme*, pelo afeto que nos une, pelo incentivo, paciência e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos meus familiares, avós, tios e primos, especialmente aos meus avós *José e Maria*, que mesmo distantes se fazem presentes, sempre, em minha vida.

Em especial, agradeço à minha orientadora, *Dra. Leiner Resende Rodrigues*, pela confiança depositada em mim, nos meus ideais, pela amizade e pela competente orientação, indispensáveis para consolidação deste trabalho.

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, em especial à *Cida*, pelo convívio e apoio, antes e durante esta jornada.

À professora *Ms. Bethania Ferreira Goulart*, pela prazerosa convivência durante esse período, compartilhando seus valiosos saberes.

À professora *Ms. Denise Carvalho Maciel*, exemplo desde a graduação, agradeço pela amizade e colaboração.

Ao professor *Dr. Luis Henrique Borges*, pela contribuição na realização deste trabalho, pela estimada participação no exame de Qualificação e Defesa dessa dissertação.

À professora *Dra Rosimár Alves Quirino* que mesmo neste momento tão especial de sua maternidade, aceitou participar da banca de Defesa, contribuindo com seus nobres conhecimentos.

Às amigas conquistadas, especialmente *Maria Beatriz e Andrea*, pelos momentos de alegria que me proporcionaram e também pelos desafios que unidas superamos.

À *Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba* pela autorização para o desenvolvimento deste estudo, em especial aos colegas do *Departamento de Atenção Básica*.

Aos *cirurgiões-dentistas* entrevistados, por me receberem em seus locais de trabalho e colaborarem com o estudo.

Ao *Reuni*, pelo financiamento dessa pesquisa.

Agradeço, ainda, a todos que, de uma maneira ou de outra, acreditaram no meu potencial, incentivaram esta ideia, cooperaram e compartilharam momentos e experiências durante a elaboração deste trabalho, de grande valor para minha vida profissional.

Obrigada a todos vocês!

*"Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!"*
(Mário Quintana)

RESUMO

SIMÕES, Ana Carolina de Assis. **Os significados de atuar em uma equipe de saúde da família: estudo de caso com cirurgiões-dentistas do município de Uberaba/MG**. 2012. 81f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2012.

Grandes mudanças ocorreram nos anos 90 nas políticas de saúde do Brasil, devido à necessidade de rupturas com as formas de organização do sistema de saúde existentes até então. Mas foi em 1994 o ápice destas mudanças, quando o Ministério da Saúde apresentou o Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa o fortalecimento da atenção primária à saúde. A inclusão de cirurgiões-dentistas (CD) na ESF iniciou-se somente em 2001 e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país. Nesse sentido, a odontologia tem se familiarizado com mudanças no seu modelo assistencial tradicional, voltando-se aos cuidados preventivos e de promoção à saúde bucal, fundamentados na interdisciplinaridade e na perspectiva da integralidade do cuidado. Este estudo objetivou desvelar as práticas cotidianas do CD atuante na ESF; identificar a percepção do cirurgião-dentista sobre sua formação e capacitação para atuar na ESF e compreender como o CD significa a experiência de atuar em uma equipe de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, tendo como modo de investigação o Estudo de Caso. O caso delimitado para estudo foi o grupo de CD da ESF de Uberaba/MG, composto por 41 profissionais. Para coleta de dados procedeu-se entrevistas com CD que foram sorteados até o alcance da saturação teórica, ocorrida com 15 entrevistas. Após a leitura exaustiva dos discursos foram extraídas 632 unidades de registro, que deram origem às seguintes categorias e subcategorias de análise: O cotidiano do cirurgião-dentista na perspectiva da ESF; A autopercepção sobre a formação profissional e a atuação na ESF; Os significados de atuar na ESF e suas subcategorias: Desafios desvelados na prática cotidiana e A satisfação de atuar neste novo modo de fazer saúde. Desvelamos que o dia a dia destes profissionais perpassa pelas atividades desenvolvidas na própria Unidade de Saúde, em seus consultórios; pelas práticas de prevenção e educação em saúde, como as ações coletivas em escolas, creches, instituições de longa permanência; pelas visitas domiciliares; pelo trabalho em equipe; pelo vínculo com a população e pelos momentos de educação continuada. Na percepção destes profissionais sua

formação não privilegiou a abordagem da assistência integral, de dimensão coletiva, e não estimulou a prevenção e a promoção da saúde. Dentre os vastos significados aludidos da atuação na ESF, estes profissionais citaram inúmeros desafios relacionados à desvalorização profissional, tanto pela população atendida, quanto pela gestão; assim como a complexidade da profissão, a escassez de recursos materiais e o trabalho difícil gerador de sofrimento. Por outro lado, também se referiram à satisfação, à gratidão, ao crescimento pessoal e profissional, e ainda, ao aprendizado que se obtém nesta prática, são significados que evoluem e ainda atraem profissionais para a atuação na ESF. É possível perceber a existência de um forte potencial humano naqueles que se dedicam e se esforçam diante dos desafios, provando que é possível mudar e fazer algo novo, mesmo quando há pouco ao seu favor.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Equipe de assistência ao paciente. Odontologia Comunitária. Saúde Pública.

ABSTRACT

Great changes occurred in the Brazilian health politics in the 90s, due to the necessity of ruptures with the forms of organization in the health system of that time. But it was in 1994 that the summit of these changes happened, when the Ministry of Health presented the Family Health Program, nowadays Family Health Strategy (FHS), which aims the strengthening of the primary attention to health. The inclusion of the Dental Surgeons (DS) in the FHS initiated only in 2001 and it was characterized by an increase of the oral health attendance in every region of the country. In this sense, the odontology has familiarized with the changes in the traditional assistential model, targeting to the preventive care and to the oral health promotion, based on the interdisciplinarity and on the perspective of care integrality. This study aimed to reveal the everyday practices of the working DS in the ESF; identify the perception of the dental surgeon about their formation and capacitation of acting in the FHS and comprehend how the DS mean the experience of acting in a team of health of the family. It is a qualitative research with a descriptive and exploratory characteristic having The Case Study as the mean of investigation. The case delimited in this study was a group of DS from the FHS in Uberaba/MG which was composed by 41 professionals. For data collecting interviews were proceeded with DS who were sorted to the reach of the theoretical saturation, what occurred with 15 interviews. After an exhaustive reading of the discourses, 632 unities of register were extracted, which originated the following categories and subcategories of analysis: The everyday life of the dental surgeon in the perspective of the FHS; The self perception about the professional formation and acting in the FHS; The meanings of acting in the FHS and their subcategories: Revealed challenges in the everyday practices and the satisfaction of working in this new way of promoting health. We revealed that the everyday activities of these professionals perpasses by the activities developed in the Health Unit, by their dentist offices; by the prevention practices and health education, by collective actions in schools, day care centers, long-permanence institutions; by home visiting; by the team work; by the bond with the population and by the moments of the continuous education. In the perception of these professionals their formation didn't attribute the approach of the integral assistance, the collective dimension, and didn't stimulate the prevention and the health promotion. Among many meanings referred by the DS, challenges related to

the professional depreciation are found; either by the assisted population, or by the management; as well as the complexity of the profession, the shortage of material resources and the suffering originated by the work. On the other hand, they also referred to the satisfaction, the gratitude, the personal and professional growth and to the learning that is obtained in this practice, as meanings that evolve and attract the professionals to the acting in the FHS. It is possible to perceive the existence of a strong human potential in those who dedicate and make an effort in the face of the challenges, proving that it is possible to change and do something new, even when there is a few in their favor.

Keywords: Family Health Program. Patient Care Team. Community Dentistry. Public Health.

RESUMEN

Grandes cambios ocurrieron en los años 90 en las políticas de salud de Brasil, debido a la necesidad de romper con las formas de organización del sistema de salud existentes hasta entonces. Sin embargo, fue en 1994 el ápice de estos cambios, cuando el Ministerio de la Salud presentó el Programa Salud de la Familia, hoy día Estrategia Salud de la Familia (ESF), que se propone a fortalecer la asistencia primaria a la salud. La inclusión de cirujanos dentistas (CD) en ESF se inició solamente en 2001 y se caracterizó por una ampliación en la atención en salud bucal en todas las regiones del país. En ese sentido, la odontología se ha familiarizado con cambios en su modelo de atención tradicional, volcándose a los cuidados preventivos y de promoción de la salud bucal, fundamentados en la interdisciplinariedad y en la perspectiva de la integralidad del cuidado. Este estudio ha objetivado desvelar las prácticas cotidianas del CD actuante en ESF; identificar la percepción del CD sobre su formación y capacitación para actuar en ESF y comprender como el CD significa la experiencia de actuar en un equipo de salud de la familia. Se trata de una investigación cualitativa de carácter descriptivo y exploratorio, teniendo como modo de investigación el Estudio de Caso. El caso delimitado para estudio comprendió el grupo de CD de ESF de Uberaba/MG, compuesto por 41 profesionales. Para la recogida de datos se hicieron entrevistas a los CD que fueron sorteados hasta el alcance de la saturación teórica, ocurrida con 15 entrevistas. Tras la lectura exhaustiva de los discursos, fueron entresacadas 632 unidades de registro, que dieron origen a las siguientes categorías y sub-categorías de análisis: El cotidiano del CD en la perspectiva de ESF; La auto-percepción sobre la formación profesional y la actuación en ESF; Los significados de actuar en ESF y sus sub-categorías: Desafíos desvelados en la práctica cotidiana y La satisfacción de actuar en este nuevo modo de hacer salud. Desvelamos que el día a día de estos profesionales pasa por las actividades desarrolladas en la propia Unidad de Salud, en sus consultorios; por las prácticas de prevención y educación en salud, como las acciones colectivas en escuelas, guarderías, instituciones de larga permanencia; por las visitas domiciliarias; por el trabajo en equipo; por el vínculo con la población y por los momentos de educación continua. En la percepción de estos profesionales, su formación no ha privilegiado el abordaje de la asistencia integral, de dimensión colectiva, y no ha estimulado la prevención y la promoción de la salud. Entre los

vastos significados aludidos por los CD, se encuentran los desafíos relacionados a la desvalorización profesional, tanto por la población atendida, como por la gestión; así como la complejidad de la profesión, la escasez de recursos materiales y el sufrimiento generado por el trabajo. Por otro lado, se refirieron también a la satisfacción, a la gratitud, al crecimiento personal y profesional y al aprendizaje obtenido en esta práctica, como significados que involucran y atraen los profesionales para la actuación en ESF. Se puede percibir la existencia de un fuerte potencial humano en aquellos que se dedican y se esfuerzan frente a los desafíos, aseverando que es posible cambiar y hacer algo nuevo, aun cuando hay poco a su favor.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar. Grupo de Atención al Paciente.
Odontología Comunitaria. Salud Pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde da Família implantadas de 1994 a agosto/2011.....	21
Figura 2 – Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL/2011.....	24
Figura 3 – Mapa do município de Uberaba segundo distritos sanitários. Uberaba/MG, 2010.....	35
Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde e respectiva quantidade de ESF e ESB distribuídas por distritos sanitários em Uberaba/MG- 2010.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo variáveis demográficas e profissionais. Uberaba/MG, 2011.....	42
Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo variável qualificação profissional referente a áreas de saúde pública. Uberaba/MG, 2011.....	43

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar em Saúde Bucal

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CD – Cirurgião-dentista

CRO – Conselho Regional de Odontologia

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INBRAPE – Instituto Brasileiro de estudos e Pesquisas Socioeconômicas

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LRPD – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PSF – Programa Saúde da Família

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

1. INTRODUÇÃO	
1.1 A Estratégia Saúde da Família	19
1.2 A inserção da odontologia na ESF.....	22
1.3 O programa Brasil Sorridente.....	29
2. OBJETIVOS.....	32
3. PERCURSO METODOLÓGICO	
3.1 Natureza da pesquisa.....	34
3.2 Cenário do estudo.....	35
3.3 Participantes.....	37
3.4 Coleta dos dados.....	38
3.5 Tratamento e análise dos dados.....	38
3.6 Aspectos éticos.....	40
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
4.1 Caracterização dos participantes.....	42
4.2 Categoria 1: O cotidiano do Cirurgião-dentista na perspectiva da ESF.....	43
4.3 Categoria 2: O olhar sobre a formação profissional e a atuação na ESF.....	55
4.4 Categoria 3: Os significados de atuar na ESF.....	59
4.4.1 Desafios desvelados na prática cotidiana.....	60
4.4.2 A satisfação de atuar neste novo modo de fazer saúde.....	66
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
6. REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICES.....	78
ANEXO.....	81

1. Introdução

“A gente no Programa Saúde da Família se preocupa em conhecer, em vivenciar, em melhorar a sua família...” (CD7)

1.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1978, em Alma-Ata (União Soviética), foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Desde então, com a mobilização de um conjunto de sujeitos sociais, iniciou-se, mundialmente, um amplo processo de se repensar as práticas de saúde (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008).

O Brasil, nesta reflexão, desde a Constituição Federal de 1988, vem passando por um processo de transformação no âmbito da saúde. Partindo dessa premissa, encontramos no Sistema Único de Saúde (SUS), a principal referência para a mudança incidida no modelo assistencial brasileiro.

O SUS foi instituído pela Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica de Saúde), configurando a possibilidade de acesso ao atendimento público de saúde para toda a população brasileira, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade (princípios ideológicos ou doutrinários), a descentralização, a regionalização e a hierarquização (princípios organizacionais).

Grandes mudanças ocorreram nos anos 90 nas políticas de saúde do Brasil, devido à necessidade de rupturas com as formas de organização do sistema de saúde existentes até então. Mas foi em 1994 o ápice destas mudanças, quando o Ministério da Saúde (MS) apresentou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), para promover a consolidação do SUS e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) (BALDANI et al., 2005).

Concebida como estratégia para reorganizar o modelo assistencial, a ESF propõe uma nova maneira de trabalhar na saúde, tendo a família como centro de atenção. Esta estratégia visa atender o indivíduo e a família de maneira integral e contínua (BRASIL, 1997).

As equipes de saúde devem se responsabilizar por, no máximo, 4000 habitantes e serem compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), todos cumprindo 40 horas de trabalho semanais. Vale ressaltar que cada ACS pode ter, no máximo, 750 pessoas cadastradas (BRASIL, 2006).

Na ESF, todos os profissionais são responsáveis pelo cuidado em saúde das famílias de uma área geográfica delimitada, ou seja, uma área adscrita, oferecendo cuidados tanto na Unidade de Saúde como em domicílio, assim como nos demais espaços comunitários, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção de

doenças e agravos, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Por focar a família como seu principal eixo de trabalho, centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade, esta estratégia consolida um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos até então vigentes, uma vez que o modelo hegemônico e biomédico de atenção à saúde mostra-se incapaz de atender de forma resolutiva as demandas da sociedade (CAVALCANTI et al., 2010; SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008; MEDEIROS et al., 2007).

A partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, essa estratégia passou a ser considerada como reestruturante de todo o sistema de saúde e expandiu-se para todo o país (MANDÚ et al., 2008).

Em 2006, o MS lança a Portaria nº 648, que entre diretrizes e normas de organização da APS e da ESF, caracteriza o processo de trabalho no saúde da família. São características desse processo:

I. manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II. definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III. diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV. prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V. trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI. promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

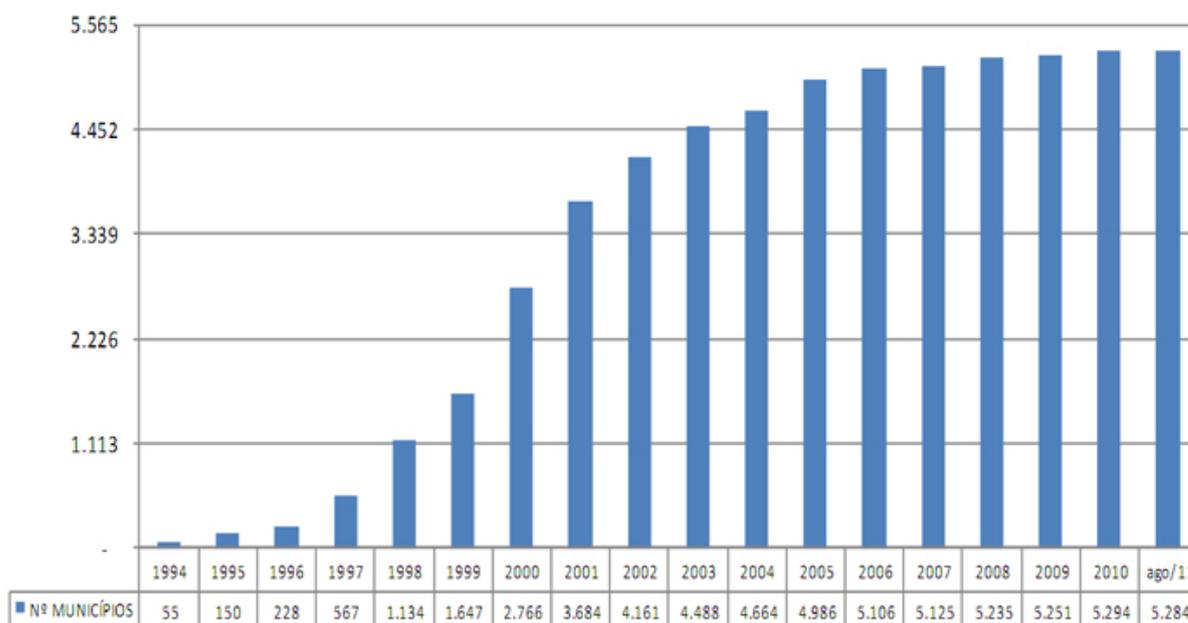
VII. valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII. promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;

IX. acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho. (BRASIL, 2006, p.28).

De acordo com o MS, em agosto de 2011, o país contava com 32.079 equipes da ESF implantadas, totalizando 5.284 municípios cobertos pela estratégia (figura 1).

Figura 1 - Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde da Família implantadas de 1994 a agosto/2011.



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB

1.2 A INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NA ESF

O trabalho do cirurgião-dentista (CD) foi se constituindo, historicamente, como fragmentado; até as primeiras décadas do século 18, a odontologia não era considerada ciência, o atendimento era fornecido por charlatões que estabeleciam suas bancas em feiras (PONTES; AGUIAR, 2008; PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003).

Desde os primórdios da profissão, predominaram as tarefas manuais, atreladas a extrações e reposição dos dentes, denotando uma função pouco terapêutica. Os CD, tradicionalmente considerados meros 'tiradentes' ou fabricantes de dentes artificiais, caracterizavam-se por limitada especialização, treinamento empírico e trabalho mecânico, condições que contrariavam as ideias elitistas de profissionalismo (CARVALHO, 2006).

A atenção à saúde bucal perdurou por várias décadas assim, marcada por CD que exerciam tarefas manuais voltadas somente para práticas mutiladoras.

Com o aumento do consumo de açúcar no século XIX e, por conseguinte, das doenças bucais, houve uma grande oferta de serviços, o que favoreceu a disseminação dos práticos da profissão, que aproveitaram o momento para se estabelecerem profissionalmente (CARVALHO, 2006).

De acordo com Silva e Sales-Peres (2007), foi a partir do século XX que a ciência odontológica apresentou avanço no Brasil, quando foram criadas as primeiras faculdades de Odontologia, bem como as legislações específicas para regularizar o exercício da Odontologia e impedir a formação de novos práticos (SILVA; SALES-PERES, 2007).

O acentuado crescimento econômico, a industrialização e a urbanização, vivenciados pelo Brasil ao longo do século XX, repercutiram na prática odontológica hegemônica, a odontologia de mercado, tonando-a complexa e de alta tecnologia (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

No campo da saúde pública, as intervenções odontológicas constituíram-se por meio de programas fundamentados no modelo da odontologia escolar, à luz da Odontologia Sanitária (NARVAI; FRAZÃO, 2008; BRASIL, 2008).

Tendo início na década de 50, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), estes programas eram destinados à população em idade escolar, de 6 a 14 anos, epidemiologicamente considerada mais vulnerável e, também, mais sensível

às intervenções de saúde pública. Seu enfoque era curativo-reparador, embora introduzisse algumas medidas preventivas, marcando o início da lógica organizativa e de programação na assistência odontológica (NARVAI; FRAZÃO, 2008; BRASIL, 2008).

Naquele cenário, onde a maioria dos cidadãos não tinha acesso aos consultórios odontológicos privados, “o surgimento destes programas de odontologia escolar produziu uma discreta, mas significativa ruptura na produção de serviços odontológicos no país” (NARVAI; FRAZÃO, 2008, p.65).

Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição Federal de 1988, era de prática privada, cobrindo a população com melhores condições financeiras, e o seguro social, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecendo assistência somente aos trabalhadores urbanos segurados; a previdência social prestava, de forma complementar, assistência odontológica e médica para suas populações cativas, enquanto o Ministério da Saúde se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente (OPAS, 2006).

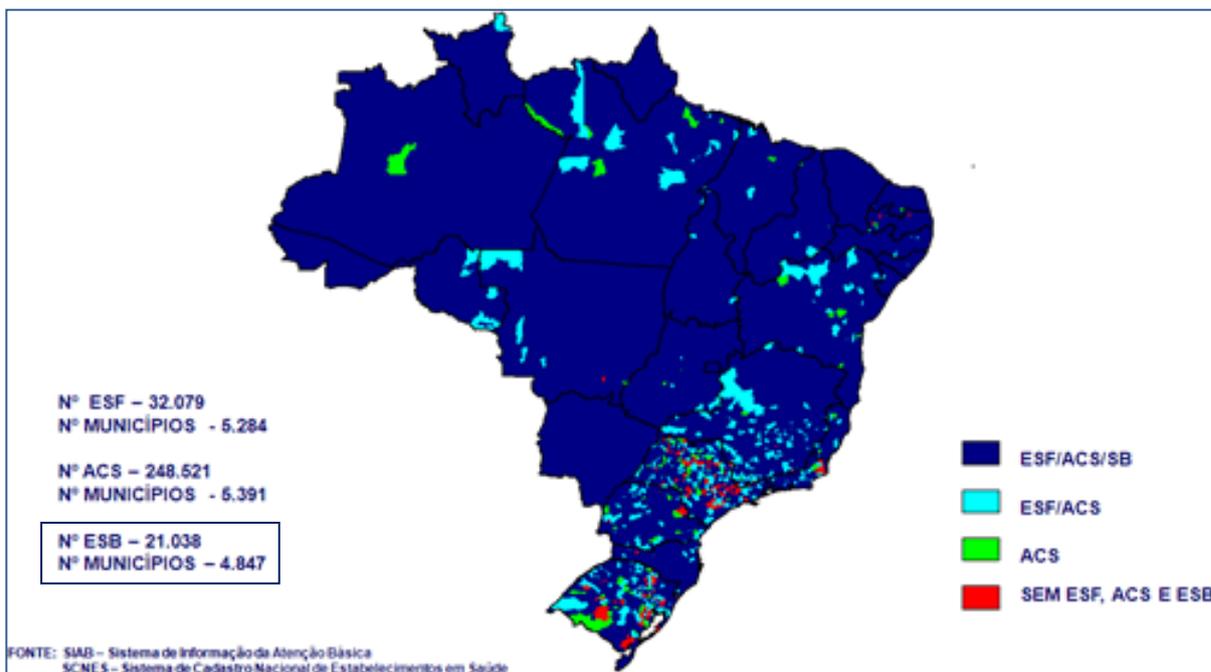
A saúde bucal e as práticas odontológicas no SUS perduraram, por muitos anos no país, paralelamente e afastadas do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde (NARVAI; FRAZÃO, 2008). Portanto, após seis anos de implantação do PSF, foi lançada a Portaria nº.1.444 GM/MS de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo a implantação de equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa. Logo em seguida, foi criada a Portaria nº 267/01 estabelecendo os objetivos do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal.

A inclusão dos profissionais da área odontológica no PSF iniciou-se, efetivamente, em 2001 e caracterizou-se por uma ampliação no atendimento em saúde bucal em todas as regiões do país (MEDEIROS et al., 2007).

A expansão da saúde bucal na ESF, em todo o território nacional, pode ser evidenciada na figura 2:

Figura 2 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL/2011.



Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB

Neste contexto, destaca-se que a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades do governo concretizou-se após dezessete anos da realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal e do I Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, acontecidos em 1986, quando eram visíveis a precariedade e os limites da atenção pública na área odontológica (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Contudo, o fato de a odontologia não estar presente desde o início da implantação do PSF, pode ter ocasionado prejuízos no processo de integração dos profissionais, assim como ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal (BALDANI et al., 2005).

Com a implantação da ESB foi possível observar inúmeros avanços importantes para a odontologia, dentre eles podemos citar a mudança na prática assistencial e a inserção de outras categorias profissionais na rede de serviços de saúde municipal: o Técnico em Higiene Dental e o Auxiliar de Consultório Dentário (CALADO, 2002).

Em 2008, estes profissionais tiveram a regulamentação de suas profissões, através da Lei 11.889, sendo agora obrigados a se registrarem no Conselho

Regional de Odontologia (CRO) e a serem nominados de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) (BRASIL, 2008).

Há duas modalidades de ESB para serem implantadas. Na modalidade 1, a composição básica deve ser de um CD e um ASB. Na modalidade 2, a composição básica deve ser de um CD, um ASB e um TSB. Em ambas modalidades o trabalho deve ser integrado a uma ou duas ESF (BRASIL, 2001).

Entretanto, a Portaria nº 673/GM, de 2003, regulamentou o financiamaneto das ESB na proporção de uma ESB para uma ESF; houve, também, o reajuste dos incentivos financeiros por equipe implantada (BRASIL, 2003).

No bojo da Política Nacional de Atenção Básica encontram-se as diretrizes relativas à saúde bucal, no que concerne, dentre outros aspectos, às responsabilidades, atribuições, competências e incorporação dos profissionais de saúde bucal na saúde da família.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 2006, as competências específicas do CD que atua na APS abrangem, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe, a realização de diagnósticos epidemiológicos, procedimentos clínicos, orientações e atenção integral à saúde bucal, além de coordenar e participar de ações coletivas e supervisionar o TSB e o ASB.

Assim, são atribuições do CD na APS:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD;

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006a, p. 48).

Nesse sentido, a odontologia tem se familiarizado com as mudanças no modelo assistencial tradicional, tornando-se capaz de definir metas mais apropriadas para os cuidados preventivos, fundamentadas na interdisciplinaridade e na perspectiva da integralidade do cuidado.

Há que se considerar que não se trata apenas da aquisição de novas habilidades e competências pelo CD, mas de se reconfigurar o próprio sentido e os objetivos de sua atuação profissional (PONTES; AGUIAR, 2008).

Ressalta-se que, pelo fato de o novo modelo constituir-se em uma abordagem diferenciada das práticas odontológicas no campo da saúde coletiva, seu sucesso está condicionado, antes de tudo, a uma mudança no perfil profissional (CARVALHO et al., 2004).

Ao se contrapor o processo histórico de formação do CD ao novo modelo assistencial, que abrange a saúde da família como uma estratégia de reorientação da APS, percebemos uma inadequação do perfil deste profissional às novas modalidades de organização e prestação de serviços (MACEDO et al., 2008).

Os CD, assim como os médicos e os enfermeiros, constituem o núcleo de profissionais de nível superior da ESF. O conhecimento do perfil dos profissionais atuantes, sobretudo na atenção primária à saúde, estabelecendo dados e produzindo informações, encontra respaldo na necessidade de fortalecimento da capacidade de planejamento do SUS e na demanda internacional de informações em saúde (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

A proposta de inserção da ESB na ESF traz à luz outro aspecto fundamental que diz respeito ao processo de trabalho, o desafio de se trabalhar em uma equipe

multiprofissional, o que afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam (BRASIL, 2004).

Quando se trabalha em equipe, cada profissional possui seu núcleo de atuação específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão, ou seja, conhecer, compreender, tratar e avaliar tornam-se responsabilidades compartilhadas da equipe (BRASIL, 2008a).

Para a saúde bucal, essa nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2004, p.16).

Em 2004, o MS elaborou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais. Tais diretrizes têm o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo assistencial, cuja concepção de saúde não se encontra centrada apenas na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas em dimensões mais abrangentes (BRASIL, 2008a).

No que se refere à prática da promoção de saúde, Pinheiro et al. (2008) constataram que o ensino da graduação em odontologia é insuficiente para a assistência na ESF, pois, na prática, percebe-se que as atividades de promoção à saúde restringem-se a atividades de prevenção e de educação em saúde.

Sabe-se que, no documento Carta de Ottawa (1986), estão traçados cinco eixos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Estes eixos evidenciam a expectativa internacional por uma saúde pública inclusiva, considerando os determinantes do processo saúde-doença, na busca por equidade e justiça social (LOPES et al., 2010).

Diante do exposto, percebe-se que a atuação do CD neste novo modelo requer conhecimentos, habilidades e competências que demandam uma

reestruturação dos currículos que regem o processo de formação destes profissionais.

Em seus estudos, Araújo e Dimenstein (2006) observaram que o mercado de trabalho saturado tem impulsionado o CD a buscar novas alternativas de trabalho, ainda que sejam distantes de seus ideais para realização profissional, portanto, são poucos aqueles que optam por trabalhar na ESF devido sua filosofia e sua nova proposta de atenção à saúde.

Corroborando essa afirmação, Chaves e Miranda (2008) revelam frustrações sofridas por estes profissionais quando percebem as incompatibilidades existentes entre suas motivações e expectativas iniciais com a escolha profissional e as condições inadequadas de formação na graduação, o mercado para prática liberal saturado, a insatisfação com as condições de trabalho encontradas na esfera pública, principalmente no âmbito da ESF.

Por sua vez, Araújo e Dimenstein (2006) destacam que é provável que muitos CD não estejam qualificados para desenvolver as funções inerentes à ESF, ou ainda mais, talvez estes profissionais permaneçam trabalhando nos moldes tradicionais, pouco contribuindo para melhoria das condições de saúde bucal da população.

Em decorrência dessas reflexões, conhecer a realidade dos serviços públicos no que tange à saúde bucal constituiu a motivação deste estudo, que visou compreender como o CD vivencia o seu papel profissional quando inserido na ESF.

Ressalta-se que grande parte da literatura está voltada para os aspectos clínicos da odontologia, sendo necessários mais estudos que retratem o papel profissional destes profissionais e sua percepção quanto ao novo modelo de atenção à saúde bucal.

Salienta-se, também, que a prática profissional odontológica ainda tem demonstrado um forte apego ao modelo curativista, tecnicista e individualista de atenção, fazendo-se necessário a formação de profissionais interessados em atuar e se especializar em saúde da família.

É possível que muitos profissionais não apresentem o perfil compatível à demanda dos cuidados na saúde bucal no contexto da ESF. Destaca-se que esta atuação requer conhecimento, habilidades e competências inerentes às práticas em saúde com ênfase na APS.

1.3 O PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE

Em 2004, o MS publicou as diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), reforçando a inclusão da ESB na ESF. Foi então lançado o Programa Brasil Sorridente, tido como uma política de governo, após decisão de se ter a saúde bucal como prioridade no país.

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

O Brasil Sorridente traz algumas propostas e ações que reforçam a saúde bucal. Uma importante ação desta política é a orientação e a distribuição de *kits* com cremes e escovas dentais, pelas ESB para a comunidade.

No que tange à assistência, o Brasil Sorridente focaliza a ampliação e a qualificação da atenção primária, especialmente com a expansão de ESB na ESF, possibilitando o acesso de todas as faixas etárias, garantindo atendimentos qualificados no nível secundário, de modo a buscar a integralidade da atenção, por meio da criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (BRASIL, 2004).

Outras linhas desta política são a organização de um sistema nacional de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e, ainda, a qualificação do acolhimento, instituindo as linhas guias de cuidado, visando fortalecer a humanização das práticas (BRASIL, 2004).

A retomada e a expansão da fluoretação das águas de abastecimento público em todo o país é uma ação reforçada por tal política. Sabe-se que no Brasil a fluoretação das águas ainda não atingiu a desejada amplitude universal e tal limitação continua sendo importante desafio às políticas públicas de saúde. A fluoretação da água de abastecimento público corresponde a uma estratégia de intervenção sobre os determinantes populacionais da cárie dentária e corresponde a

um dos fatores mais significantes na redução dos indicadores da doença no mundo todo (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são tidos como unidades de referência dos serviços odontológicos, exclusivos do SUS. De acordo com a Portaria nº 599, que estabelece normas e requisitos para sua implantação e credenciamento, o CEO é responsável pelos seguintes serviços assistenciais:

- Diagnóstico bucal com ênfase ao câncer bucal;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor;
- Endodontia;
- Atendimento a portadores de necessidades especiais.

Entretanto, faz-se uma ressalva de que as ESB devem ser responsáveis pela resolução da maioria dos problemas de saúde bucal da população. Portanto, o CEO deve atuar apenas como apoio para os casos cuja resolução extrapola a competência da Atenção Primária, garantindo a integralidade do cuidado e a resolubilidade das demandas da sociedade.

Contudo, o avanço de maior significância do Brasil Sorridente refere-se à expansão das ESB na ESF. De acordo com o Departamento de Atenção Básica/MS, em 2003, o país computava 4.261 ESB implantadas. Em 2010 este número subiu para 21.038, representando um aumento de 493%, sendo que a abrangência populacional dessas equipes chega a 34,8% da população nacional.

Ao fim, é certo que a PNSB trouxe impacto positivo no contexto da saúde brasileira, uma vez que possui embasamento técnico e político, porque além de observar as características locais, regionais, culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, traça seus fundamentos, ancorando-se nos princípios do SUS (BARTOLE, 2006).

Vale ressaltar que o investimento em serviços odontológicos especializados, que foi uma importante inovação deste período, representou um ganho nunca visto antes na PNSB e um avanço enquanto efetivação do atendimento integral no sistema público de saúde (MACHADO, BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

2. Objetivos

*“... a gente não pode ficar só no nosso mundinho da odontologia,
de dente, de boca...” (CD14)*

- Desvelar as práticas cotidianas do cirurgião-dentista atuante na Estratégia Saúde da Família.
- Identificar a percepção do cirurgião-dentista sobre sua formação e capacitação para atuar na Estratégia Saúde da Família.
- Compreender como o cirurgião-dentista significa a experiência de atuar em uma equipe de saúde da família.

3. Percurso Metodológico

“... não é um dentista dentro do consultório, que o paciente chega, é atendido e vai embora... PSF é diferente...” (CD3)

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

Este estudo apresenta uma metodologia de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A abordagem qualitativa aprofunda-se no universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes humanas, que constituem uma realidade social, ou seja, um mundo de relações (MINAYO, 2008a).

Utilizamos este tipo de abordagem visando compreender como o cirurgião-dentista significa a experiência de atuar em uma equipe de saúde da família, uma vez que, estudos qualitativos investigam a natureza dos fenômenos sociais a partir das compreensões subjetivas dos indivíduos a respeito de seu cotidiano (POPE; MAYS, 2009).

Este tipo de pesquisa, segundo Minayo (2008b), reflete posições frente à realidade, à dinâmica social, preocupações e interesses de classes ou grupos determinados.

O modo de investigação adotado foi o Estudo de Caso, a fim de proporcionar o entendimento do fenômeno em profundidade. O Estudo de Caso é uma estratégia escolhida para a análise de eventos contemporâneos por meio de observação direta dos acontecimentos que estão sendo estudados ou entrevistas das pessoas envolvidas (YIN, 2010).

Os Estudos de Caso visam explorar um caso singular da vida real, bem delimitado, focalizando apenas uma unidade, seja ela um indivíduo, um grupo, uma instituição ou um evento, constituindo-se uma busca intensiva de dados de uma situação única e particular ou de um evento específico. Envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento (MINAYO, 2009; MAZZOTTI, 2006).

Entre as possibilidades de metodologias qualitativas, o Estudo de Caso permite a observação do fenômeno em sua evolução e preserva os significados dos acontecimentos no cotidiano de trabalho (TRIVIÑOS, 1987).

O caso delimitado para ser estudado foi o grupo de CD da ESF do município de Uberaba-MG, composto por 41 profissionais.

Ressalta-se que Uberaba é o principal centro de atendimento médico-hospitalar-odontológico da macrorregião Triângulo Sul de Minas Gerais, sendo sede da Gerência Regional de Saúde de sua microrregião, que abrange outros sete municípios. Além disso, Uberaba possui um dos mais tradicionais cursos de

Odontologia do país, o que proporciona ampla formação de recursos humanos, nesta área, privilegiando o município.

Assim, o Estudo de Caso possibilitou o aprofundamento das questões que emergem a partir da percepção destes CD sobre a experiência de atuar na ESF deste município.

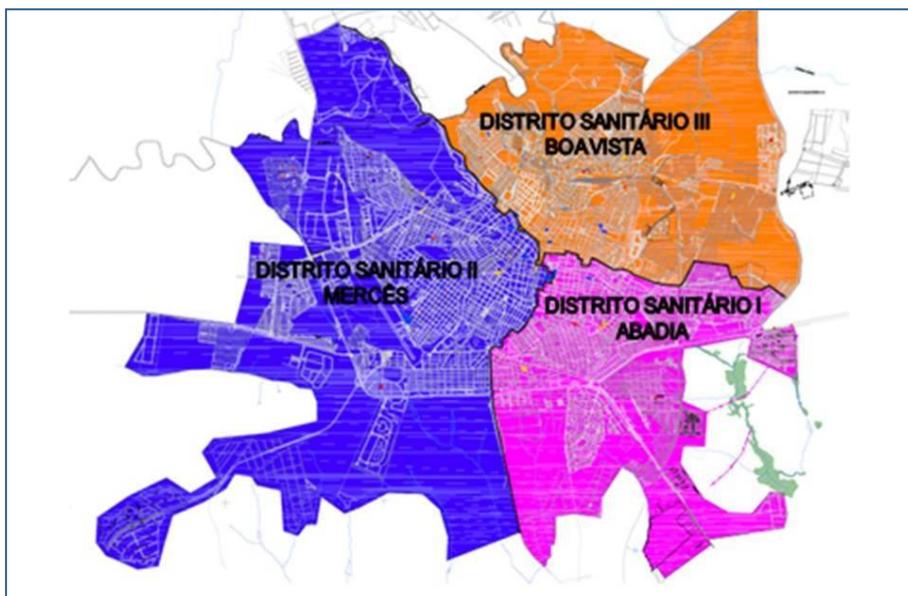
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O município de Uberaba, criado em 1820, está localizado na macrorregião Triângulo do Sul, da unidade federativa estado de Minas Gerais, abrangendo uma área de 4540,51 Km². Com base em contagem estimada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 01/07/2009, a população de Uberaba era de 296.261 habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2009).

Possui uma economia diversificada em franco crescimento e é um centro formador de recursos humanos qualificados. Possui o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) maior que 98,3% das cidades brasileiras, revelando assim uma excelente qualidade de vida de seus moradores (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2009).

O município encontra-se dividido em três Distritos Sanitários, os quais se subdividem em 18 áreas de abrangências, incluindo zona rural (figura 3).

Figura 3 – Mapa do município de Uberaba segundo distritos sanitários. Uberaba/MG, 2010.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/MG, 2010.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, a rede de atenção à saúde conta com 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 24 situadas na zona urbana e sete na zona rural, que conta também com três unidades de apoio. Estas unidades abrigam 50 equipes de saúde da família com 41 equipes de saúde bucal, totalizando 50,6% de cobertura, no município, pela ESF (BRASIL, 2009). O quadro 1 apresenta a distribuição das equipes:

Quadro 1 – Unidades Básicas de Saúde e respectiva quantidade de ESF e ESB distribuídas por distritos sanitários em Uberaba/MG-2010.

Unidade Básica de Saúde	ESF	ESB
Distrito I		
1. Maria Tereza	3	3
2. Residencial 2000	2	1
3. Álvaro Guaritá	3	3
4. São Cristóvão	1	1
5. Rosa Maria	3	2
6. Abadia	3	2
7. Complexo Centro Diagnóstico	3	3
8. Julieta Andrade	1	-
9. Virilânea Augusta	1	1
10. Francisco José (Rural)	1	1
11. Dona Naná (Rural)	-	-
Distrito II		
12. Juca Inácio	-	-
13. René Barsan	-	-
14. João Resende	1	2
15. Luiz Meneguello	2	2
16. Parque das Américas	2	2
17. Dr. Romes Cecílio	2	1
18. Beija-Flor	1	-
19. Fausto Cunha (Rural)	1	1
20. Eduardo Veloso (Rural)	-	-
21. George Chireé Jardim	3	2
22. Sebastião Lima da Costa (Rural)	1	1
23. José Pedro (Rural)	-	-
Distrito III		
24. Amad Ali	2	1
25. Maria de Oliveira	2	2
26. Jacob José Pinto	2	1
27. Antonina G. Coelho	3	3
28. Norberto Ferreira	2	2
29. Ézio de Martino	2	2
30. Inimá Baroni	1	1
31. Palmira Conceição (Rural)	1	1
TOTAL	50	41

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Uberaba/MG, 2010.

3.3 PARTICIPANTES

Este estudo contou com o grupo de Cirurgiões-Dentistas inseridos na ESF do município de Uberaba/MG, totalizando 41 profissionais. Os critérios de inclusão adotados na pesquisa foram: ser CD da ESF e ter no mínimo seis meses de atuação na ESF.

O número de participantes foi definido no decorrer da pesquisa pelo critério da saturação teórica: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e recorrência de conteúdos temáticos.

Minayo (2008a), afirma que critérios numéricos não fazem parte da pesquisa qualitativa, o que ocorre é uma análise mais profunda dos dados a fim de entender o caso estudado, sendo que, o número de participantes deve ser o suficiente para permitir a recidiva de informações e, subsequentemente, a saturação teórica dos dados.

A saturação teórica ocorre quando as informações obtidas por novos participantes da pesquisa não mais acrescentam novidades ao material já obtido, encerrando a contribuição significativa para a reflexão teórica dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para que houvesse igualdade na distribuição dos sujeitos, foram sorteados separadamente os CD de cada distrito sanitário, em toda área de abrangência da ESF no município.

A amostra de conveniência deste estudo não teve como proposta uma representatividade numérica, mas sim um aprofundamento da temática. Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), neste tipo de amostra, o mais significativo não é a quantidade final de sujeitos, o “n”, mas a maneira como se concebe a representatividade desses sujeitos e a qualidade das informações obtidas a partir dos seus relatos.

Dentre os profissionais sorteados, um se negou a participar e outro profissional foi desconsiderado após três tentativas de contato. Dessa maneira, novos sorteios foram realizados até o alcance da saturação teórica, que ocorreu com 15 entrevistas.

3.4 COLETA DOS DADOS

Considerando a natureza do estudo, optamos por utilizar, como técnica de coleta dos dados, a entrevista semi-estruturada, conforme descrita a seguir.

Pope e Mays (2009) asseveram que as entrevistas semi-estruturadas consistem em um conjunto de questões previamente definidas, abertas, que definem a área a ser explorada, permitindo que o pesquisador ou o sujeito entrevistado possa prosseguir com uma ideia ou com respostas detalhadas.

As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador, no próprio ambiente de trabalho do CD, ou seja, na UBS, com horário previamente agendado. Utilizou-se um roteiro pré-definido (Apêndice A), porém flexível para que o entrevistado discorresse livremente sobre o tema proposto (POPE; MAYS, 2009). O recurso utilizado para o registro das informações foi a gravação de áudio e, posteriormente, a transcrição auxiliada pelo uso do software *F4*[®].

Vale ressaltar que foi realizado um pré-teste do instrumento de pesquisa, para familiarizar o pesquisador com o processo da entrevista, bem como para verificar a clareza das questões e a possibilidade de compreensão dos entrevistados. Neste processo, foram evidenciadas possíveis falhas e inconsistências do instrumento, o qual foi readequado aos objetivos. O profissional que participou deste pré-teste foi escolhido aleatoriamente e excluído dos entrevistados para o estudo.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Dentre as diversas técnicas empregadas para as análises das comunicações, que Bardin (2004) conceitua como análise de conteúdo, optou-se neste estudo pela técnica da análise temática, utilizando a adaptação proposta por Gomes (2008). Conforme o autor, esta modalidade de análise engloba três fases distintas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados.

De acordo com Bardin (2004), a análise de conteúdo pode ser entendida como um único instrumento, mas que possui uma enorme variedade de formas, sendo adaptável a um amplo campo de aplicação, ou seja, as comunicações, pois tudo que é comunicação pode ser susceptível de análise.

A análise de conteúdo permite ir além dos conteúdos manifestos pelos indivíduos, no intuito de buscar descobertas que não são propriamente mostradas pelas palavras (GOMES, 2008).

Inicialmente, foi realizada uma leitura compreensiva, de forma exaustiva, das informações transcritas das falas dos entrevistados. Posteriormente, os aspectos centrais foram destacados, permitindo a aproximação das ideias, caracterizando os núcleos de sentido apontados pelos fragmentos dos textos (unidades de registro), para agrupá-los em categorias temáticas. Por fim, no processo de interpretação, verificamos no conjunto de dados, as falas representativas para trabalhar com cada tema.

Destaca-se que a validade e a confiabilidade desta análise foram obtidas por meio do rigor em todos os procedimentos realizados ao longo do estudo e, também, pela triangulação dos dados, obtida mediante a utilização do conteúdo da coleta de dados, dialogando com a literatura existente acerca do tema (POPE; MAYS, 2009).

Vale considerar a importância de buscar esta triangulação na análise dos dados, extraídos do conteúdo das entrevistas e do referencial teórico estudado; neste último, a partir da utilização de diferentes autores e documentos do Ministério da Saúde no que diz respeito à saúde bucal e à Atenção Primária à Saúde no SUS.

Os dados relativos à caracterização dos entrevistados, coletados no início de cada entrevista a partir de um questionário pré-elaborado (Apêndice B), foram analisados através da estatística descritiva, com apresentação em percentual. Tais informações são apresentadas em tabelas ao longo do trabalho.

A forma utilizada para classificar os dados provenientes da entrevista consiste “na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, um conceito, uma expressão que revele a essência do sentido da resposta” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p. 18).

Deste modo, após a leitura exaustiva dos discursos, foram extraídas 629 unidades de registro, ou seja, fragmentos representativos dos conteúdos das falas, que deram origem às seguintes categorias e subcategorias de análise:

- Categoria 1 - O cotidiano do cirurgião-dentista na perspectiva da Estratégia Saúde da Família (353 unidades de registro).
- Categoria 2 – O olhar sobre a formação profissional e a atuação na ESF (93 unidades de registro).

- Categoria 3 - Os significados de atuar na Estratégia Saúde da Família (183 unidades de registro).
 - Subcategoria 1 - Desafios desvelados na prática cotidiana (111 unidades de registro).
 - Subcategoria 2 - A satisfação de atuar neste novo modo de fazer saúde (72 unidades de registro).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) (Anexo A). Foram respeitados os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, em concordância com a Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), de outubro de 1996.

E ainda, para a participação no estudo, os CD assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), que contempla os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

Com a finalidade de socializar os resultados deste estudo, os mesmos serão disponibilizados à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba para que divulgue aos profissionais da ESF.

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

“... promover pra aquela pessoa, pra aquela família, mudança de hábito; desenvolver o auto cuidado... saúde da família é isso...” (CD4)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A caracterização dos participantes deste estudo pode ser visualizada nas tabelas a seguir, que contemplam os dados gerais dos sujeitos entrevistados.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa segundo variáveis demográficas e profissionais. Uberaba/MG, 2011.

Sujeito	Sexo	Idade	Tempo de formado	Vínculo	Tempo de trabalho na ESF	Possui consultório particular
CD1	M	57 anos	31 anos	Efetivo	7 anos	Sim
CD2	F	44 anos	22 anos	Efetivo	6 anos	Não
CD3	F	39 anos	17 anos	Efetivo	6 anos	Não
CD4	F	46 anos	25 anos	Efetivo	6 anos	Não
CD5	F	52 anos	29 anos	Efetivo	10 anos	Não
CD6	F	44 anos	22 anos	Efetivo	6 anos	Sim
CD7	F	52 anos	30 anos	Efetivo	5 anos	Não
CD8	M	51 anos	29 anos	Efetivo	7 meses	Sim
CD9	F	53 anos	32 anos	Efetivo	6 anos	Não
CD10	F	55 anos	32 anos	Efetivo	6 anos	Não
CD11	F	40 anos	15 anos	Efetivo	14 meses	Sim
CD12	F	37 anos	16 anos	Efetivo	6 anos	Sim
CD13	M	45 anos	21 anos	Efetivo	2 anos	Sim
CD14	F	47 anos	24 anos	Efetivo	6 anos	Sim
CD15	F	45 anos	23 anos	Efetivo	6 anos	Não

Estes dados revelam uma predominância do sexo feminino (80%) entre os CD participantes da pesquisa, corroborando com os dados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas (INBRAPE), em 2003, que identificou que 57,5% dos dentistas do país são mulheres.

Quanto ao tempo de formado, verificou-se que os profissionais apresentam formação acadêmica anterior ou contemporânea à criação do SUS, já que todos têm mais de 15 anos de formados, o que pode refletir nos seus modos de atuar na ESF, como será discutido adiante.

No que tange ao vínculo empregatício e ao tempo de atuação na ESF, todos os profissionais entrevistados são efetivos, ou seja, concursados pelo município como CD da rede básica, porém encontram-se desviados de função para a atuação na ESF, sendo que a maioria encontra-se na ESF a mais de seis anos.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo variável qualificação profissional referente a áreas de saúde pública. Uberaba/MG, 2011.

Sujeito	Especialização	Mestrado	Doutorado
CD1	Sim	Não	Não
CD2	Sim	Não	Não
CD3	Sim	Sim	Não
CD4	Sim	Não	Não
CD5	Sim	Não	Não
CD6	Sim	Não	Não
CD7	Sim	Não	Não
CD8	Não	Não	Não
CD9	Sim	Não	Não
CD10	Sim	Não	Não
CD11	Não	Não	Não
CD12	Sim	Não	Não
CD13	Não	Não	Não
CD14	Sim	Não	Não
CD15	Sim	Não	Não
TOTAL	12	1	0

A tabela 2 demonstra que, dentre os 15 profissionais entrevistados, apenas três (20%) não apresentam qualificação profissional voltada para saúde pública, sendo que 12 (80%) possuem especialização em Saúde da Família, além de outras áreas inerentes à odontologia, como odontopediatria e dentística restauradora. Destaca-se que apenas um CD possui mestrado nesta área.

4.2 Categoria 1: O cotidiano do cirurgião-dentista na perspectiva do Saúde da Família

O dia a dia de um CD inserido na ESF mostrou-se repleto de diversas atividades e permeado por relacionamentos interpessoais inerentes ao novo modo de se fazer saúde. O cotidiano destes profissionais abrange atividades de dimensão curativa e individual; ações preventivas; ações coletivas; educação em saúde; visitas domiciliares; trabalho em equipe, vínculo com a população e educação continuada.

Inicialmente iremos abordar as atividades desenvolvidas por estes profissionais, quando presentes na Unidade de Saúde, que são as atividades de dimensão curativa e individual, dentro do consultório odontológico. Esta prática está

presente em 12,6% das unidades de registro desta categoria, como podemos observar nos discursos que seguem:

[...] quando é o dia de consultório a gente faz o atendimento aqui dentro [...]

CD2

O curativo a gente faz no consultório [...]

[...] dentro do consultório a gente faz o atendimento individual [...]

[...] são desenvolvidas atividades curativas a nível de consultório [...]

Ressalta-se que quando questionados quanto ao seu dia a dia, não era nosso objetivo saber quais são estas atividades curativas que são realizadas em consultório, mas sim se os entrevistados citariam em seus discursos a assistência em consultório ou a prática curativa como uma prática cotidiana do CD na ESF.

Segundo Cavalcanti et al. (2010), devido ao passado histórico da odontologia, focado em práticas curativistas e especializadas de altas tecnologias, os profissionais têm como referencial para seu principal campo de trabalho o consultório particular. Tal fato pode ser ampliado também para os consultórios da rede pública, uma vez que este pensamento permanece arraigado ao fazer da profissão.

Entretanto, compete aos profissionais da APS a responsabilidade de detectar necessidades, providenciar o devido tratamento curativo ou fazer o encaminhamento, quando necessário, para atenção especializada, além de monitorar a evolução no período pós-tratamento (MINAS GERAIS, 2006). Acrescenta-se que, segundo as diretrizes normativas da ESF, as equipes de saúde devem atuar em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e, também, no âmbito coletivo (BRASIL, 2005). Portanto, cura e prevenção não se desvinculam no trabalho cotidiano dos profissionais da ESF, incluindo o CD.

Não podemos negar que há a necessidade da presença do CD na assistência curativa em consultório, uma vez que a população ainda apresenta necessidades que precisam ser solucionadas (REIBNITZ JR; CAETANO; PRADO, 2009). As falas a seguir constataam essa preocupação:

[...] preconiza-se muito a parte curativa [...]

[...] apesar de fazer bastante prevenção, a maior parte é curativo [...]

Momentaneamente, ao se restabelecer a função mastigatória, remover a dor e promover um sorriso saudável, haverá a melhora da autoestima do usuário. Porém, o profissional e os gestores devem reconhecer que a falta de boas condições de vida determinará seu retorno aos serviços de saúde para novos tratamentos (REIBNITZ JR; CAETANO; PRADO, 2009).

Nesse contexto, o CD não pode limitar-se às questões clínicas da profissão; neste novo modelo assistencial devem ser considerados os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais do processo saúde-doença. Faz-se necessária sua participação na exigência de políticas públicas mais abrangentes que atendam efetivamente os princípios doutrinários do SUS, beneficiando a todos, profissionais e usuários (REIBNITZ JR; CAETANO; PRADO, 2009).

No que tange ao atendimento das urgências/emergências, este deve ser garantido e estabelecido como prioridade a todos os usuários da APS, mesmo não sendo da área de abrangência da ESF. O atendimento deve ser sempre resolutível neste nível de atenção, evitando o sofrimento dos usuários e retornos desnecessários (MINAS GERAIS, 2006).

[...] urgência, quem tiver no consultório naquele momento atende qualquer paciente independente da área. CD4

Além do atendimento individual em consultório, na unidade de saúde, outra prática cotidiana do CD na ESF, prevalente nos discursos dos entrevistados, são as ações de prevenção, representando 9% das unidades de registro.

[...] a gente faz a parte preventiva [...] CD2

[...] a gente faz as duas partes, curativa e preventiva [...]

[...] meu dia-a-dia é assim, é o curativo e a parte preventiva [...] CD7

[...] se você não cai numa prevenção, não adianta fazer só o curativo [...]
CD1

Os discursos revelam o quanto a prevenção tem sido valorizada, tendo seu espaço conquistado assim como os procedimentos de dimensão clínica. Pelos relatos destes profissionais pode-se perceber que mudanças estão ocorrendo no exercício profissional do CD. Os participantes deste estudo reconhecem que hoje o profissional não está focado apenas em práticas curativas, entendendo o seu papel neste novo modelo de atenção à saúde: ser capaz de curar a doença já instalada,

mas, também, de compartilhar conhecimentos e de prevenir, assim, maiores agravos.

Corroborando, Pinheiro et al. (2009) asseveram que a forma tradicional de tratamento na odontologia, centrada na cura da doença, gradualmente vem cedendo lugar para outro tipo de atenção profissional, ideologicamente preventiva, aliada à promoção de saúde.

Dentre as atividades de prevenção citadas, destacam-se os procedimentos ou ações coletivas, totalizando 11,5% das unidades de registro, complementando esta temática.

[...] a parte preventiva que a gente direciona muito para os procedimentos coletivos [...]CD6

As ações coletivas, ou também conhecidas como procedimentos coletivos, fazem parte do elenco de procedimentos odontológicos de saúde bucal na APS. Estas são essenciais na saúde bucal, pois por meio de ações coletivas é possível atingir um maior número de pessoas da população adscrita, através de medidas preventivas e de promoção focadas na educação em saúde (BRASIL, 2008a; MINAS GERAIS, 2006).

As ações coletivas a que os discursos dos entrevistados remetem são aquelas desenvolvidas em grupos previamente identificados, com suas necessidades detectadas (MINAS GERAIS, 2006), como escolas, asilos, creches e instituições de acolhimento aos dependentes químicos.

Destes procedimentos, os exemplificados pelos entrevistados foram os destinados aos escolares, principalmente bochechos com flúor e escovação supervisionada, como podemos confirmar nos discursos:

[...] nós fazemos escovações supervisionadas. CD1

[...] escovação supervisionada em creches e escolas [...] CD15

[...] nas escolas que é bochechos com flúor [...] CD12

[...] bochechos semanais nas escolas [...] CD3

Apenas um CD (CD 13) relatou realizar também evidenciação de placa nos escolares.

Entretanto, faz-se aqui uma ressalva. Todas essas ações coletivas e de prevenção possuem uma interligação com a educação a fim de se promover saúde e não só de se prevenir doenças e agravos.

Na perspectiva da educação em saúde, a análise dos dados evidenciou que 6,5% das unidades de registro abarcaram essa dimensão.

A educação em saúde fornece instrumentos que fortalecem a autonomia das pessoas, tornando-as sujeitos do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos, visando à melhoria da qualidade de vida. Isso nada mais é do que favorecer o empoderamento desses sujeitos (BRASIL, 2008a).

Como destacam Mialhe e Silva (2011), práticas de educação em saúde são instrumentos de mudança de comportamentos, onde profissionais baseados em conhecimentos técnico-científicos favorecem à população a aquisição de hábitos mais saudáveis para a prevenção das doenças.

[...] você tem que orientar o paciente [...] CD1

[...] a gente trabalha a saúde na escola também abordando outros temas que às vezes não está relacionado à odontologia [...] CD2

[...] orientação de saúde bucal [...] CD2

[...] na sala de espera também é desenvolvido [...] CD13

Devido a sua importância, a educação em saúde bucal deve ser universalizada para toda área de abrangência da ESF, utilizando-se de inúmeras estratégias conforme a realidade de cada população (MINAS GERAIS, 2006).

Todavia, há que se salientar que a maneira com que a educação em saúde tem sido realizada nas equipes, tem mostrado que ainda existem muitas limitações na conquista de mudança de hábitos e comportamentos condutores da saúde, pois muitas vezes é tratada como mera transmissão de conhecimentos aos que têm pouca ou nenhuma informação (MIALHE; SILVA, 2011; BRASIL, 2008a).

Nota-se que prevalece, em alguns discursos, o fato de que a educação em saúde se faz na modalidade de palestras:

[...] palestras que é educação em saúde na escola. CD4

[...] a educação em saúde são as palestras [...] CD14

[...] palestras são realizadas na creche e, principalmente, na escola [...] CD13

Mialhe e Silva (2011), ao questionarem estudantes de odontologia sobre educação em saúde, concluíram que este conceito está intensamente ligado ao conceito positivista de ensinamento, instrução, baseado em orientações e informações transmitidas à comunidade pelos profissionais.

Essas ações coletivas e educativas também se dão na forma de grupos operativos na própria unidade de saúde. Os grupos foram relatados em 12,6% das unidades de registro desta categoria.

[...] nós temos grupos dentro da unidade [...] CD1

Esses dois grupos é o que nós fazemos mais ou menos a parte preventiva e educativa também. CD5

Os grupos operativos são grupos desenvolvidos dentro do próprio ambiente da unidade de saúde, seja na recepção ou em uma sala destinada a tal prática. Nestes momentos, são problematizadas as questões de saúde, integração e democratização do conhecimento (BRASIL, 2008a).

[...] nessa parte dos grupos a gente tá sempre procurando educar os pacientes [...] CD7

[...] estimular a pessoa que fica em casa sozinha, pra da uma atividade, pra não fica muito depressivo [...] CD14

Os principais grupos evidenciados pelos discursos dos CD entrevistados foram os grupos de hipertensão, diabetes, gestantes e adolescentes:

[...] são grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes [...] CD4

[...] a gente realiza dois grupos com adolescentes [...] CD5

[...] a gente já trabalha nos grupos das gestantes [...] CD7

[...] o dia do HiperDia que é o grupo com os hipertensos e diabéticos [...] CD9

No que diz respeito às visitas domiciliares, esta foi outra prática cotidiana da equipe bastante mencionada, totalizando 16,9% das unidades de registros.

[...] trabalho um período com visitas domiciliares [...] CD5

Atualmente, as visitas domiciliares, no âmbito da ESF, tiveram suas finalidades ampliadas e tornaram-se mais complexas e de fundamental importância

no processo de fortalecimento e de mudanças da APS. Uma de suas complexidades é abarcar a diversidade de demandas da comunidade, contemplando além da prevenção, da reabilitação e da recuperação da saúde, a promoção da saúde (MANDÚ et al., 2008).

[...] visitas domiciliares que é prevenção [...] CD12

[...] vou fazer a orientação [...] CD5

[...] acho muito importante hoje você levar a saúde bucal na residência do paciente [...] CD1

[...] você está ali para orientar [...] CD1

[...] dando também essas orientações sobre prevenção [...]

O que fica evidente nos discursos é que a principal contribuição das visitas domiciliares para a população é a orientação recebida, a prevenção realizada no contexto familiar, o que não deixa de ser uma forma de promover saúde.

Ainda de acordo com os depoimentos dos entrevistados, as visitas são consideradas necessárias apenas em casos de vulnerabilidade, seja pela idade ou pelo estado físico de saúde, sendo destinadas, assim, principalmente aos acamados, idosos, gestantes e bebês que não comparecem ou que estejam impossibilitados de comparecerem à unidade de saúde.

[...] eu direciono as minhas visitas domiciliares para aquelas pessoas de risco, de maior vulnerabilidade [...] CD5

[...] a necessidade de eu estar lá é assim, aquele acamado, uma pessoas que precisa momentaneamente [...] CD6

[...] são feitas visitas aos acamados quando necessário [...] CD7

[...] às vezes a pessoa não pode vim até a unidade, a gente vai até a casa [...] CD11

[...] nessas visitas domiciliares eu tento levanta as necessidades de idosos [...] CD14

Bebê, orientação às mães, higiene do bebê, a gente tenta fazer isso também nas visitas domiciliares. CD14

Mandú et al. (2008) afirmam que as visitas domiciliares evitam que aqueles portadores de alguma necessidade, seja ela uma deficiência, falta de tempo, doença, ou casos de urgência, que os impossibilite de se deslocarem de seu

domicílio, compareçam a UBS para serem atendidos. Ou seja, a visita torna-se uma estratégia que viabiliza o elo entre o domicílio e a UBS e vice-versa.

[...] a gente também tem que fazer visita domiciliar [...] CD4

[...] em termos de metas a gente é cobrado [...] CD6

Deve haver outro modo de se olhar para as visitas domiciliares, não as entendendo apenas como mais uma tarefa a ser cumprida para constar no sistema de informação no final de cada mês (SANTOS et al., 2008), cumprindo assim a produtividade, garantindo uma melhor remuneração.

Um dos profissionais entrevistados, assim se reporta às visitas domiciliares:

[...] não é que deixa de ser importante, mas é que eu acho que às vezes assim, tem a necessidade tão grande de a gente tá ainda no consultório e resolvendo algumas coisas que eu acho que aquilo alguém poderia tá ajudando [...] CD6

Nota-se, neste relato, a importância que ainda é dada para a permanência do CD dentro do consultório, o que não permite que estes profissionais percebam a importância e a real necessidade de sua presença nos domicílios, deste momento de contato com as famílias, fortalecedor do vínculo e propício ao empoderamento de sua comunidade.

Outro fato relevante é a pressão posta sobre os CD, pelas coordenações, para que permaneçam durante a maior parte do tempo no consultório, realizando procedimentos clínicos individuais. Quando saem da unidade para realizarem, principalmente, as visitas domiciliares, muitos se sentem despreparados e inseguros devido à falta de um planejamento prévio (GONÇALVES; RAMOS, 2010). Estas visitas denominadas compulsórias tornam-se pouco eficientes quando os profissionais mal sabem o que vão fazer em determinado domicílio (FRANCO; MERHY, 2003).

Embora visto apenas em uma fala dos entrevistados, autores apontam que as visitas domiciliares podem significar para os que as recebem, intromissão em suas vidas e interferência em sua liberdade, o que torna um desafio para a equipe conquistar essa permissão, criar o diálogo e respeitar os conhecimentos, valores e práticas das famílias (MANDÚ et al., 2008).

[...] certas pessoas ficam com receios 'porque um dentista vai entrar na minha casa' [...] CD13

Pode-se assim revelar os principais valores de uma visita, que estão na atenção oferecida, na conversa e no comprometimento profissional, gerando a produção de autoestima, de esperança e bem-estar de todos, família e profissional (MANDÚ et al., 2008).

Uma nova temática abordada pelos entrevistados, não distante deste assunto, foi o vínculo com a população adscrita à ESF, contando com 7,3% das unidades de registro.

[...] você cria um vínculo muito grande [...] CD4

[...] a gente cria um vínculo [...] CD11

Sabe-se que o vínculo é uma das principais características constituintes da APS. É através do vínculo constituído ao longo do tempo, com a comunidade, que a equipe consegue com que a família abra as portas de sua casa e permita a entrada dos profissionais de saúde, revele sua intimidade, deixa-se ser cuidada e faça parte de seu cotidiano (DEMENECK, 2008).

Quando os profissionais já conhecem a população, identificam as pessoas, as famílias, cria-se uma relação de confiança, na qual a população se sente à vontade com o profissional, facilitando a resolução de seus problemas (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

[...] você passa no dia a dia, na sua rotina, a preocupar, a conhecer aquele paciente [...] CD7

Trabalhar em PSF eu acho que a gente aproxima mais do paciente [...] CD7

[...] não fica aquela coisa distante o profissional do paciente, um distante do outro [...] CD11

Os discursos dos CD demonstram que eles sentem e percebem essa peculiaridade do trabalho em uma ESF, que é justamente esta íntima relação que se cria entre profissional e a comunidade usuária daquele serviço de saúde. O profissional conhece quem está ali, sabe onde vive, suas condições de moradia, os problemas que aquele indivíduo enfrenta em sua vida, o que aumenta ainda mais

sua responsabilidade como trabalhador da ESF em contribuir para o empoderamento destes indivíduos.

[...] acabo fazendo parte das famílias da minha comunidade [...] CD12

De acordo com Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), o vínculo é constituído através da próxima relação entre profissionais da ESF e a comunidade e uma de suas consequências é a maior adesão popular ao serviço de saúde. Podemos confirmar tal afirmação pelos relatos seguintes:

[...] você consegue trazer o adolescente pro grupo [...] CD4

[...] uma gestante você consegue trazer ela pro consultório e orientar ela que ela pode tratar mesmo estando grávida [...] CD4

Santos et al. (2008) consideram o vínculo como um dispositivo capaz de levar os sujeitos, sejam eles trabalhadores ou usuários, ao encontro de suas potencialidades, ao favorecer a troca de experiências. É possível que o vínculo entre profissional e usuários seja capaz de tornar a prática mais eficiente, uma vez que fortalece valores afetivos e de respeito com a vida do outro, possibilitando uma nova dimensão às práticas tradicionais, curativas e preventivas, pautadas no interesse coletivo substituindo aquele modo prescritivo reproduzido ao longo do tempo.

Além do vínculo com a população, existe também, no cotidiano do CD na ESF, o vínculo com os outros profissionais da equipe, caracterizando umas das propostas da ESF, o trabalho em equipe. Essa temática totalizou 17,1% unidades de registros.

O trabalho em equipe é tido como uma das diretrizes normativas da ESF. Esta diretriz estabelece uma nova forma de trabalho no âmbito dos serviços de saúde, interdisciplinar, integrado e composto por equipes multiprofissionais (CHAVES; MIRANDA, 2008).

[...] nós somos um todo [...] CD1

[...] aqui graças a Deus nós temos um vínculo muito bom [...] CD2

É um trabalho em equipe [...] CD7

Para o desenvolvimento de um trabalho em equipe é essencial o desenvolvimento de vínculo, de uma forte interação entre os profissionais, através

da comunicação, tendo uma constante troca de experiências, de conhecimentos e práticas baseados no contexto em que a equipe encontra-se inserida (DEMENECK, 2008).

Um desafio para as equipes é construir a interdisciplinaridade no processo de trabalho em equipe. Na equipe, o núcleo de atuação específico de cada profissional é preservado, a abordagem dos problemas é que toma outra dimensão (BRASIL, 2008a).

Neste momento, vale ressaltar que o CD traz consigo uma maior dificuldade de interação com a equipe, uma vez que foi inserido posteriormente à ESF além de ainda existir a necessidade de sua permanência dentro do consultório, realizando atendimento individual à comunidade.

Este fato está presente nos discursos de alguns dos entrevistados, que reconhecem a distância que ainda existe entre eles e a equipe devido a estas razões, como podemos observar a seguir:

[...] o dentista, por ele trabalhar no consultório, com agendamento, as vezes fica difícil de encaixar atividades extras com a equipe [...] CD4

[...] a gente fica só dentro do consultório e não fica sabendo o que que acontece na equipe [...] CD3

[...] a única hora que a gente se isola é quando a gente tá dentro do consultório, aí já é um trabalho mais específico [...] CD14

[...] ele foi o último a ser colocado, a ser reconhecido pelo governo [...] CD2

[...] com isso existe uma dificuldade muito grande de trabalhar em equipe, como se o dentista tivesse que fazer parte clínica e curativa [...] CD5

Chaves e Miranda (2008) também confirmaram tal achado em um estudo no qual todos CD entrevistados relataram que pouco havia de integração no processo de trabalho, restringindo-se este contato aos casos que necessitavam de encaminhamento para os membros da equipe. A justificativa para tal falta de integração seria justamente esta tradição de que o CD deve permanecer trabalhando dentro do consultório. Além disso, sua imagem continua ligada a práticas curativas como “extrações e obturações de dente”, contribuindo ainda mais para o isolamento.

Entretanto, os entrevistados denotam que tal fato não os impede de manifestar o desejo de ter maior interação com a equipe, visando à melhoria dos serviços de saúde para a população, conforme as falas:

[...] é uma conquista diária do nosso espaço dentro da equipe [...] CD5

[...] tem que participar da equipe, porque se não a gente fica a parte [...] CD3

[...] tem necessidade de interação com os outros profissionais da equipe pra resolução de situações que surgem no dia a dia [...] CD15

Ainda descrevendo esta relação do CD com a equipe, os entrevistados apontaram também a existência de um momento da semana em que há uma interação de toda a equipe, o encontro destinado à educação continuada. Esta informação constitui outra temática deste estudo que totalizou 6,5% das unidades de registro desta categoria.

[...] já ajuda, porque é o contato maior que a gente tem [...] CD6

[...] é a equipe toda que participa [...] CD14

Educação continuada com a equipe aqui na unidade [...] CD15

Esta prática educativa, destinada aos trabalhadores da área da saúde e realizada em seu próprio ambiente de trabalho historicamente constituiu-se como Educação em Serviço ou Educação Continuada, caracterizada por uma abordagem para complementar a formação dos profissionais (FARAH, 2003).

Usualmente, as práticas de educação continuada buscam atualizar os conhecimentos dos profissionais, sem criar condições para que esses conhecimentos sejam refletidos e reelaborados frente às condições reais das demandas e dos próprios serviços, privilegiando a técnica do trabalho. Nessa perspectiva, a educação continuada, ao focar no desempenho técnico individual de cada categoria profissional, reafirma a ideia de fragmentação do cuidado e do processo de trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Neste prisma, desvela-se a educação permanente em saúde como prática educativa que se desenvolve através da reflexão sobre o cotidiano do serviço e sobre o que precisa ser transformado, uma vez que o processo de trabalho na saúde é coletivo, e não depende somente de um saber individual do profissional (RIBEIRO; MOTTA, 1996; FARAH, 2003).

Tem-se adotado este conceito, pois a educação é um processo permanente e, nesta perspectiva, tem por objetivo aproximar os profissionais à realidade e às necessidades coletivas de saúde, valorizando novamente o processo de trabalho como centro privilegiado da aprendizagem, o que a diferencia da educação continuada (RIBEIRO; MOTTA, 1996; FARAH, 2003).

O conhecimento técnico, oferecido na educação continuada, é valorizado para o atendimento daqueles que já se encontram com a doença instalada, reafirmando o forte apego ainda ao modelo biomédico, não condizendo com a filosofia da ESF.

[...] cada um apresenta seu trabalho, seu tema [...] CD11

[...] cada dia é um profissional da equipe que faz a educação continuada [...] CD14

[...] cada dia um fala de um assunto [...] CD15

É oportuno ressaltar que em nenhum momento os entrevistados se referiram à educação permanente e sim à educação continuada. Os discursos revelam que esta prática educativa em seu cotidiano constitui momentos isolados, de atualizações técnicas, ocasionalmente com temas variados, e nem sempre conta com a presença de todos os membros da equipe, principalmente o CD que tem maiores dificuldades de disponibilidade de tempo, como exemplificam os discursos:

[...] educação continuada que também não tenho participado muito porque choca o horário do consultório [...] CD9

[...] a gente realmente se programar, acaba que cada hora um tem uma necessidade de fazer uma coisa ali, você perde o seu espaço [...] CD6

4.3 Categoria 2: O olhar sobre a formação profissional e a atuação na ESF

O modelo de atenção à saúde bucal encontrado na maioria das instituições de saúde está ainda arraigado à cura e à reabilitação das doenças bucais. É possível que este fato possa estar vinculado, em grande parte, à formação desses profissionais, tendo em vista uma formação fundamentada em um modelo de ensino que estima mais as ciências básicas do que os aspectos de prevenção e de promoção da saúde (PINHEIRO et al., 2009).

Nesse contexto, ao serem questionados sobre a formação profissional, especificamente se consideravam que a graduação os havia preparado para a atuação na APS, em uma equipe de saúde da família, dos 15 CD entrevistados, 14 afirmaram que não foram preparados para esta prática. Esta categoria foi composta 54,8% das unidades de registro totais.

[...] na faculdade a gente não tinha essa matéria [...] CD3

[...] eu não fui preparada [...] CD4

Não, não considero não. CD5

[...] naquela época não existia isso [...] CD10

De maneira alguma [...] Não me preparou em nada. CD13

Ressalta-se que os profissionais entrevistados tiveram sua formação acadêmica anterior ou contemporânea à criação do SUS. Isso significa que provavelmente sua formação esteve focada no aprendizado técnico especializado, único modelo de atenção existente até então, com prática preventiva restrita a procedimentos preventivos em consultório, não abrangendo a dimensão coletiva.

[...] nem se cogitava essa ideia de saúde da família [...] CD10

[...] já saía da faculdade pensando em que especialidade eu ia fazer [...] CD3

[...] quando eu me formei o sonho da gente era trabalhar num consultório particular, ter o consultório da gente [...] CD9

[...] fomos preparados para tratamentos curativos [...] CD15

O que observamos nestes discursos é a comprovação de que a realidade vivida na graduação foi extremamente focada no indivíduo através de ações técnicas, dissociada da dimensão coletiva e integral do ser humano, distante de abordagens preventivas e de educação em saúde.

Porém, na odontologia, para mudar este foco, é preciso modificar os antigos hábitos e o próprio ensino formal, que tem dificuldades na formação de profissionais comprometidos com o processo de trabalho no SUS (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

Em levantamento bibliográfico realizado por Pinheiro et al. (2009), verificou-se que, de 1992 a 2005, a tendência da formação em odontologia era predominantemente elitista, tecnicista e curativa, mas que foi se transformando em uma odontologia cada vez mais voltada às necessidades da população, assumindo

um caráter mais social. Os autores consideram que este fato esteve atrelado às necessidades da realidade brasileira, bem como consoante à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/96, a qual preconizava a extinção do currículo mínimo e bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas, norteadoras de projetos pedagógicos.

Foi assim que, em 2001, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, reforçando a ideia de uma formação generalista, humanizada, crítica e reflexiva, eficaz em todos os níveis de atenção à saúde, dotada de rigor técnico e científico. Assevera-se a importância da compreensão da realidade social, cultural e econômica da população em busca de sua transformação e, ainda, uma formação que contemple o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (BRASIL, 2002).

Esses acontecimentos evidenciam um caminho de mudanças e desafios a serem assumidos e enfrentados pelas instituições de ensino superior (PINHEIRO et al., 2009).

Costa e Araújo (2011) asseveram que para que se tenha um bom serviço de saúde, resolutivo, é preciso ter um processo educacional que articule a formação profissional e as necessidades da sociedade.

É fundamental para estes profissionais, enquanto alunos, vivenciar os inúmeros locais de prestação de serviço em saúde. Deve-se capacitar os alunos para a realidade do dia a dia profissional, para que desenvolvam habilidades que os auxiliem a superar as adversidades e empecilhos encontrados nos serviços de saúde (COSTA; ARAÚJO, 2011).

Ou seja, é desejável que um CD, para participar do processo de trabalho da ESF, apresente características opostas às tradicionais que o modelo biomédico confere aos profissionais de saúde (SANCHEZ; DRUMOND; VILAÇA, 2008).

Contudo, faz-se necessário ressaltar que o principal meio de aprendizado destes profissionais, que já estão na prática, com anos de formação, é o próprio ambiente de trabalho, a vivência em equipe, a prática cotidiana, uma vez que a graduação não fora adequada a este novo modelo assistencial, como é evidenciado nas falas a seguir:

[...] o que preparou pra saúde da família foi o dia-a-dia mesmo, a gente estar trabalhando aqui. CD12

[...] eu fui aprendendo a trabalhar e me identificando com o programa também [...] CD4

O preparo aqui é a vivência que a gente tem na prática [...] CD8

[...] os mais experientes vão passando pra gente [...] ai a gente consegue [...] CD11

Estes relatos reforçam a importância e a necessidade de se consolidar estratégias efetivas de educação permanente em serviço, como já discutido anteriormente.

Além da prática cotidiana, destaca-se a busca por cursos de aperfeiçoamento e especializações nesta área, facilitando ainda mais a compreensão acerca da assistência na ESF.

Esse preparo eu fui conseguindo fazendo cursos, e por vontade própria de estar fazendo [...] CD5

[...] eu cresci muito com a minha especialização [...] CD9

[...] a gente vai procurando a formação pra isso [...] CD14

Diante do exposto, demonstra-se a necessidade da formação de profissionais aptos para essa atuação e enquanto os currículos das universidades não se adaptarem às demandas da sociedade, a formação universitária por si só não será suficiente para atuarem seguindo os princípios norteadores do SUS (MORETTI-PIRES, 2009).

Nesse contexto, constata-se que o profissional exigido pelo mercado de trabalho atual deve ter o seguinte perfil: visão crítica e reflexiva sobre sua prática, dotados de saberes das ciências humanas e sociais e que estejam em constante renovação de seus saberes técnicos. Que sejam aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde, capazes de trabalhar em equipe e considerar, em suas ações, a realidade epidemiológica e social. Só assim haverá um sistema de atenção à saúde igualmente humano e de qualidade (COSTA; ARAÚJO, 2011).

Desse modo, de acordo com os entrevistados, ter o perfil para atuar em uma equipe de saúde é fundamental para os profissionais de saúde:

[...] ter perfil para trabalhar em PSF [...] o perfil é muito importante [...] CD4

[...] aquela pessoa que visa só o consultório, em receber do paciente, então acho que não tem muito o perfil [...] CD6
[...] tem que ter um pouco de vocação [...]CD13

Não obstante, Cavalcanti et al. (2010) encontraram em relatos de CD, fatores motivacionais como a afinidade pelo trabalho em saúde pública e o interesse pelas práticas de promoção de saúde.

Assim, as mudanças estão ocorrendo e sendo percebidas pelos profissionais, tanto quando relataram suas atividades diárias na equipe, tanto quando discorrem sobre como é atuar na ESF. A odontologia segue o caminho que a sociedade tem demandado, embora a passos lentos. Esta percepção sobre a profissão hoje contemplou 8,6% das unidades de registros, como podemos observar nos relatos:

[...] hoje eu acho que a odontologia se desenvolveu muito [...] CD1
[...] ta no caminho [...] CD9

Todavia, temos uma realidade onde as mudanças na formação profissional dos CD são necessárias, e devem estar ligadas à política e estabelecidas nas várias dimensões do ensino, dos serviços de saúde, no entendimento dos gestores quanto à instituição pública, na forma de ensinar dos docentes e também no interesse dos alunos em aprender. Portanto, para que ocorra a mudança é preciso existir um mesmo foco que una as pessoas e os interesses voltados para o usuário (COSTA; ARAÚJO, 2011).

4.4 Categoria 3: Os significados de atuar na ESF

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de registro que expressam os diferentes significados atribuídos pelos participantes deste estudo à atuação profissional junto à estratégia saúde da família. Os significados desvelados aludiram sensações ambíguas e puderam ser reagrupados nas seguintes subcategorias: *Desafios desvelados na prática cotidiana* e *A satisfação de atuar neste novo modo de fazer saúde*.

4.4.1 Desafios desvelados na prática cotidiana

Na percepção dos entrevistados, o atuar em uma equipe de saúde da família engloba inúmeros desafios, caracterizando um significado atribuído a este modo de trabalho. Estes desafios foram relacionados à desinformação da população quanto à forma de atuação do dentista na equipe de saúde; à desvalorização do profissional, à complexidade da profissão, aos recursos materiais disponíveis, e ainda, ao trabalho difícil e gerador de sofrimento.

O desafio relacionado à necessidade de lidar com a desinformação da população quanto à forma de atuação do CD na ESF representou 61% das unidades de registro desta subcategoria. Isto nos revela que este é o principal desafio a ser enfrentado, ou seja, o forte apego, da população, ao modelo assistencial curativista.

Sempre que pensamos em um CD, imaginamos um profissional dentro de seu consultório, praticando a clínica odontológica. Essa é a imagem transmitida dentro das universidades para os futuros profissionais, e também é a imagem que permeia o imaginário das pessoas, consolidando o papel social do CD (GONÇALVES; RAMOS, 2010).

Estes significados que remetem à dificuldade, à frustração no exercício desse novo modo de fazer saúde devido às expectativas da população, podem ser notados nas falas seguintes:

[...] a população não está preparada para ver o dentista na rua, na visita, ela quer atendimento no consultório. CD4

[...] a população ainda tem aquela mentalidade: “eu quero arrancar os dentes.” CD7

[...] a odontologia ainda tem que crescer na cabeça da população [...] CD7

Costa e Araújo (2011), em estudo sobre as dificuldades em saúde coletiva enfrentadas por CD da saúde pública para se estabelecer um perfil de competências para o novo currículo, encontraram na categoria dificuldades, em terceiro lugar na frequência dos discursos dos entrevistados, a temática relativa à desinformação atrelada à valorização do tratamento curativo pelos usuários e gestores do sistema de saúde.

Não obstante, tal fato envolve outro significado, o de compartilhar a responsabilidade pela mudança de hábitos e conscientização da população. O CD

atuante na ESF deve assumir este compromisso com a realidade. Isto representa uma grande dificuldade para os profissionais, principalmente quando a população não compreende o papel do CD no contexto da saúde da família, como ressaltado nos relatos abaixo:

[...] a população às vezes questiona por que o dentista tem que ficar no grupo dos hipertensos... não entende que a boca ela faz parte do corpo, não entende que o ser humano é um todo. CD4

[...] a gente fica limitado... eles não querem escutar [...] CD10

[...] no saúde da família é difícil isso, é mudar hábitos [...] CD14

[...] mudança de hábitos [...] CD15

Assim, é necessário mudar este paradigma, da velha imagem consolidada do CD, conscientizando a população sobre o novo modo de atuar dos profissionais na ESF, para que sejam capazes de entender a importância do trabalho coletivo, da visita domiciliar, dos grupos e, acima de tudo, que também se responsabilizem pela sua própria saúde.

No entanto, há que se considerar ainda a existência dos determinantes sociais de saúde e compreender como são complexas suas relações, embora ainda se tenha dificuldades na operacionalização destes conceitos, apesar da ESF permitir uma atuação ampliada (MORETTI-PIRES; 2009).

Neste processo, temos a educação, em foco a educação em saúde, como forte agente de transformação social que, aliada às práticas preventivas paralelas ao tratamento curativo, podem contribuir para a redução das demandas e custos de procedimentos de maior complexidade (COSTA; ARAÚJO, 2011).

Embora a odontologia esteja se desapegando deste modelo tradicional, a prática curativa ainda se faz necessária no dia a dia dos serviços públicos, uma vez que a população ainda necessita deste tipo de atendimento.

Além disso, a própria gestão impõe a estes profissionais um sistema de metas a serem cumpridas, que cobram a realização de grande número de atendimento em consultório. Esta dificuldade com as metas totaliza 19,5% das unidades de registro desta subcategoria:

[...] a cobrança é muito grande [...] CD2

[...] na verdade a secretaria só joga números pra gente [...] CD6

[...] teria que ter uma abertura do próprio sistema, pois somos cobrados no sentido de produção no curativo. CD12

Em um estudo sobre as motivações, práticas e percepções de CD sobre o trabalho na APS, Cavalcanti et al. (2010) asseveram que os entrevistados apontaram dificuldades na aplicabilidade das políticas do SUS, destacando-se a escassez de recursos humanos, financeiros e a dificuldade de se cumprir as metas e indicadores preconizados e impostos aos profissionais.

Sabe-se que o MS sugere que de 75% a 85% do trabalho do CD seja destinado à assistência e de 15% a 25% a outras atividades. Vale ressaltar que as ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, restando ao CD planejar e organizar estas ações, além de supervisionar e avaliar (BRASIL, 2004).

Contudo, de acordo com Reibnitz Jr, Caetano e Prado (2009), a odontologia não deve se restringir às questões clínicas da profissão, ainda que seja preciso solucionar as necessidades sentidas pela população.

O atuar na ESF, para alguns entrevistados, está atrelado ao sentimento de não ser valorizado pelo seu trabalho, pela sua profissão, sobretudo perante aos demais profissionais da equipe e, também, financeiramente. Esse significado foi encontrado em 12,2% unidades de registro desta subcategoria.

[...] poderia ter um pouco mais de reconhecimento pelo trabalho que ele faz
[...] CD2

[...] eu gosto muito, eu só gostaria de ser mais valorizada [...] CD4

[...] a gente não é valorizado, ao dentista às vezes é cobrado coisas que pro médico não é cobrado [...] CD4

Financeiramente é bom... Mas poderia ser melhor [...] CD13

A odontologia, no âmbito da saúde pública, repetidamente é considerada de baixa qualidade pelos usuários e pelos próprios profissionais, sendo essa falta de reconhecimento e desvalorização um fator de desgaste para os CD na ESF. Entretanto, uma gestão pública voltada para a valorização do profissional, certamente influenciaria na satisfação do paciente e, logo, na própria satisfação do CD (GOMES et al., 2010).

No que tange ao fator financeiro, Baldani et al. (2005) observaram em seu estudo inúmeras respostas dos CD entrevistados, relacionadas com uma desproporção existente entre os salários dos outros profissionais da equipe, como médicos e enfermeiros, com o dos dentistas. Neste prisma, tais profissionais sentem-se cada vez mais desestimulados quando se deparam com a diferença salarial entre CD e os médicos e enfermeiros da ESF (CHAVES; MIRANDA, 2008).

Diante de tantos desafios, ainda há que se considerar a complexidade da profissão, incluindo os recursos materiais que ela exige, sendo inúmeras vezes insuficientes ou até inexistentes. Esta complexidade também compõe o significado de dificuldades no exercício da profissão na ESF, totalizando 7,3% das unidades de registro.

[...] você precisa de um consultório, você precisa ter a cadeira, você precisa ter os instrumentais, você precisa ter equipamento. Precisa ter material de consumo, que é o básico ali pra você fazer o atendimento e, às vezes, não tem [...] CD4

[...] tecnicamente a odontologia é muito complicada ainda, precisa de muita coisa pra funcionar, não depende só do profissional [...] CD4

[...] seria ideal eu receber uma estrutura aqui que me desse a condição de trabalhar exatamente como eu precisava trabalhar... e a gente não recebe.
CD6

Destaca-se novamente que esta profissão, historicamente, foi constituída por uma prática curativista e especializada, sempre necessitando da utilização de altas tecnologias, tendo como principal campo de trabalho o consultório particular (CAVALCANTI et al., 2010).

Chaves e Miranda (2008) também encontraram como principais motivos de insatisfação dos CD, no exercício profissional na ESF, as condições estruturais e organizativas insuficientes ou inadequadas, a falta ou insuficiência de insumos tecnológicos e a falta de manutenção dos equipamentos.

Por sua vez, Gonçalves e Ramos (2010) em seus achados revelaram reclamações dos CD quanto à manutenção de equipamentos, dificuldade em conseguir assistência técnica e materiais que possibilitem um atendimento de qualidade. Ainda destacaram que na ESF existem bons profissionais, no entanto,

para melhor atender as demandas da sociedade, estes necessitam de boas condições de trabalho.

Deste modo, devido à complexidade inerente à profissão, diversos CD declaram que suas atividades cotidianas na ESF geram um desgaste físico e mental que consideram equivalentes, ou até maiores, do que os das atividades de médicos e de enfermeiros (CHAVES; MIRANDA, 2008).

A complexidade dos cenários dos serviços de saúde provoca múltiplos fatores que podem contribuir ou interferir na possibilidade dos profissionais apresentarem sentimentos de satisfação ou de sofrimento no ambiente de trabalho (GOMES et al., 2010).

Dentre tantos desafios, ao serem questionados sobre o que significava trabalhar em uma equipe de saúde da família, alguns dos entrevistados deste estudo denotaram em seus semblantes um tanto de tristeza.

Esta observação, atrelada aos discursos, revela-nos o quão consideram este um trabalho difícil e arraigado a algum sofrimento. Esta temática totalizou 15,8% das unidades de registro da categoria 3:

[...] porque não é fácil. CD4

[...] é muita dificuldade que a gente encontra [...] CD6

[...] eu to levando [...] CD10

[...] tudo é difícil [...] CD10

[...] tem as dificuldades que no consultório particular geralmente não tem

[...] CD14

De acordo com Gomes et al. (2010), alguns profissionais relacionam a este sofrimento o intenso desgaste físico, característico do exercício da profissão, e também, a carga horária de trabalho diário. Os autores também consideram, como gerador de sofrimento, a impotência do profissional perante as necessidades da população atendida.

A carga horária de trabalho diário, na ESF, dos CD entrevistados é de 40 horas, sendo que dos 15 entrevistados, sete também possuem consultório particular, conforme visto na tabela 1, fato este que contribui para o desgaste físico dos profissionais.

Diante do exposto, apontamos alguns discursos em que este sofrimento surge interligado a um sentimento de impotência, de desmotivação para o trabalho na filosofia da ESF, gerando trabalhadores frustrados, como podemos perceber:

[...] a gente tenta fazer o máximo que a gente pode [...] CD6
[...] quando você entra no PSF, a gente entra com aquela mentalidade que você vai conseguir fazer tudo [...] você não consegue fazer nada. Nada. Nada. CD10

Embora esta temática tenha surgido em poucas unidades de registro, sua relevância está no fato de que os desafios e as dificuldades existem; mesmo que muitos CD sejam capazes de contorná-los e não se deixam abater, o sofrimento ocorre e envolve inúmeros profissionais. Talvez estes careçam de ao menos alguém que ouça seus desabafos, careçam de gestores mais acessíveis e que reconheçam as limitações do serviço público e as dificuldades enfrentadas pela complexidade da profissão, valorizando-a um pouco mais.

Enfim, conhecer as angústias e os sofrimentos destes CD é fundamental para que possamos compreender esta nova atuação em saúde na odontologia, que ao longo do tempo esteve privilegiando os aspectos econômicos em detrimento do humano (GOMES et al., 2010).

[...] no final das contas você passou fazendo aquele “basiquinho”, é o que você pode fazer [...] CD10

Afinal, o que se percebe é:

[...] uma crise decorrente da mudança de *habitus* profissional dos cirurgiões-dentistas, em função de sua inserção em um novo contexto de trabalho assalariado e da prestação de serviços na esfera pública [...] (CHAVES; MIRANDA, 2008, p. 165)

Apesar disso, Gonçalves e Ramos (2010) destacam que, se por um lado há profissionais não preparados para os desafios desta atuação, e que fazem de suas frustrações e desilusões fatores limitantes para o seu trabalho, por outro, existem aqueles que estão dispostos a usar esses novos valores da ESF e a fazer da sua

atuação um potencial, tornando-se profissionais realizados, como veremos na próxima subcategoria.

4.4.2 A satisfação de atuar neste novo modo de fazer saúde

O dia a dia em uma ESF, como visto, demonstrou-se repleto de novas atividades e desafios carregados de dificuldades, opostamente ao que a profissão preconizou ao longo de sua história, o modelo assistencial biomédico curativista. Mas, existe algo além de desafios e dificuldades, algo que envolve os profissionais nesta atuação e não permite que desistam de seu trabalho.

Resta-nos falar da sensação do prazer e da satisfação de se pertencer a uma equipe que surgiu com a proposta de proporcionar uma vida melhor à população que demanda cuidados. Portanto, durante as entrevistas, foram desvelados significados de satisfação, gratificação, crescimento pessoal e profissional e aprendizado. Esta subcategoria foi composta por 39,4% das unidades de registro desta categoria.

[...] Ah, eu gosto demais [...] CD2

Eu faço porque realmente eu acho que me dá prazer, só consultório, só curativo eu acho que eu não ia ficar tão feliz [...]CD4

[...] faço o que eu gosto [...] CD5

Eu gosto muito! CD7

[...] é muito bom [...] CD12

Eu me sinto bem trabalhando num PSF. CD13

Podemos citar como um motivo de gratificação, a satisfação do paciente com a assistência recebida, ou seja, quando a população valoriza o cuidado que recebe. Tal fato proporciona ao trabalho um clima favorável para os CD e, conseqüentemente, gera sua satisfação profissional (COSTA; ARAÚJO, 2011; GOMES et al., 2010; CHAVES; MIRANDA, 2008).

[...] pra mim é muito gratificante mesmo [...] CD2

[...] é gratificante, é bom [...] CD4

[...] às vezes eu acho que é muito gratificante [...] CD6

[...] meu trabalho é reconhecido [...] CD12

[...] me sinto muito gratificada [...] CD12

Nesse significado, ressalta-se outra satisfação profissional, no que diz respeito ao usuário tornando-se agente do seu próprio cuidado, modificando seus hábitos e incorporando práticas mais saudáveis (GOMES et al., 2010).

Este acontecimento vai ao encontro de um significado já exposto, o desafio de promover mudanças de hábitos, ação inerente à assistência na ESF. Neste momento, é nítida a ambiguidade de sentimentos, ora desestimulados por uma população desinteressada, ora satisfeitos por conseguir, ao menos, atingir alguma parcela da população.

[...] se uma pessoa já entendeu, uma família, você já conseguiu alguma coisa, já tá bom [...] CD4

Atuar na ESF também significou aprendizado e crescimento, tanto pessoal quanto profissional, uma vez que a cada novo dia, há novas situações, novas relações que fortalecem o profissional. Tal temática pode ser exemplificada pelos seguintes discursos:

[...] eu vejo que a gente cresce [...] CD3

[...] a gente aprende a respeitar e trabalhar em conjunto [...] CD7

[...] amplia aquela visão assim, da gente ser um profissional centrado só numa coisa muito especializada, só em boca só em dente [...] CD14

[...] são muitos desafios que faz a gente crescer como profissional [...] CD14

[...] nos tornamos melhores como seres humanos [...] CD15

Enfim, segundo Costa e Araujo (2001), os CD consideram o serviço público um campo de trabalho atraente quando este é capaz de lhes proporcionar uma diversidade de situações, com as quais se cria a possibilidade de aprender na prática cotidiana.

5. Considerações Finais

“É um desafio trabalhar em saúde da família como dentista. Eu acho que nós temos que fazer nossa parte. Não pode desistir. É uma gotinha num oceano...” (CD4)

Quando optamos por realizar um trabalho qualitativo, sabíamos o quanto nossa missão seria complexa. Entrar em contato com os sujeitos envolvidos na pesquisa, adentrar seu ambiente de trabalho, resgatar destes, seu modo de pensar, seus sentimentos, suas emoções, suas limitações, torna um trabalho desta magnitude ainda mais relevante, além de nos permitir um total envolvimento com a temática.

Nesta experiência, desvelamos o cotidiano dos cirurgiões-dentistas atuantes na Estratégia Saúde da Família de Uberaba. O dia a dia destes profissionais perpassa pelas atividades desenvolvidas na própria Unidade de Saúde, em seus consultórios; pelas práticas de prevenção e de educação em saúde, como as ações coletivas em escolas, creches, instituições de longa permanência; pelas visitas domiciliares; pelo trabalho em equipe; pelo vínculo com a população e pelos momentos de educação continuada.

Ressaltamos que desvelar pequenos detalhes do cotidiano dos CD na ESF, de suas práticas e suas relações interpessoais, é essencial para a construção do conhecimento acerca de sua atuação neste sistema, sendo possível contribuir para o delineamento do perfil destes profissionais e deste novo modo de fazer saúde em odontologia.

Foi possível, também, identificar a percepção destes profissionais quanto a sua formação, e o que encontramos foram profissionais que reconhecem o quanto falho foi sua formação quando se trata de uma assistência integral, de dimensão coletiva, que privilegia a prevenção e a promoção da saúde.

Além de não terem sido preparados para atuar em uma equipe de saúde da família, estes profissionais ainda referem enfrentar inúmeros desafios, não só relacionados à inadequada formação, mas também, devido à desvalorização profissional, tanto pela população atendida, quanto pela gestão; assim como pela complexidade da profissão e pela escassez de recursos materiais.

Dentre os vastos significados aludidos por estes profissionais quanto a sua atuação na ESF, desvelam-se os desafios vivenciados na prática cotidiana, desafios estes relacionados à desinformação da população quanto à forma de atuação do CD na equipe de saúde; à desvalorização profissional; à complexidade da profissão, aos recursos materiais disponíveis e ao trabalho difícil e gerador de sofrimento.

Por outro lado, compõe este rol de significados, a satisfação, a gratidão, o crescimento pessoal e profissional e, ainda, o aprendizado que se obtém por meio desta prática, o que ainda evolui e atrai os profissionais para a atuação na ESF.

Diante do exposto, ressalva-se um fato intrigante, os CD entrevistados apegaram-se apenas aos significados atrelados ao emocional, aos sentimentos que emergem de sua atuação. Estes não exploraram questões profissionais, que talvez, a nosso ver, compusessem o principal significado desta atuação: novas práticas inerentes à ESF, relacionadas ao trabalho em equipe e à abordagem coletiva, algo novo, distante do histórico da profissão.

Enfim, é possível perceber a existência de um forte potencial humano naqueles que se dedicam e se esforçam diante dos desafios, provando que é possível mudar, mesmo quando há pouco ao seu favor.

6. Referências

“... acabo fazendo parte das famílias da minha comunidade...” (CD12)

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.2, p. 360-65, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010005000002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 abr. 2011.

ARAÚJO, Y.P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.219-227, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000100031&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mar. 2010.

BALDANI, M.H.; FADEL, C.B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.1, n.4, 1026-35, jul./ago., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/05.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2004.

BARTOLE, M.C.S. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2006. Disponível em: <www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=330>. Acesso em: 12 mar. 2010

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de Fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União. Brasília**: CNE, 2002.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: MS, 2005.

_____. Lei n.º 8.080, 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. **Diário oficial da União**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 673 de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília (DF): MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília (DF): MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 599/GM de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Saúde Bucal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): MS, 2008.

_____. Lei n. 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS, 2009**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 18 de ago. 2010.

CALADO, G.S. A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 2002.

CARVALHO, C.L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciência e Saúde**, Manguinhos, v.13, n.1, p. 55-76, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000100004>>. Acesso em: 05 de jan. 2012.

CARVALHO, D.Q., ELY, H.C., PAVIANI, L.S., CORRÊA, P.E.B. A dinâmica da equipe de saúde bucal no programa saúde da família. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.18, n.1, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_16dinamicaequipe.pdf>. Acesso em: 12 de abr. 2010.

CAVALCANTI, Y.W.; PADILHA, W.W.N.; PAULINO, M.R.; MOREIRA, M.S.C. Motivações, práticas e percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho na Atenção Básica de João Pessoa – PB. **RFO**, Passo Fundo, v.15, n.3, p. 230-34, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2011.

CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de *habitus* na Saúde Pública. **Interface** –

Comunicação, Saúde e Educação., v.12, n.24, p.153-67, jan./mar. 2008. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid= S1414- 328320080001000 12&script=sci_ arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000100012&script=sci_arttext) >. Acesso em: 20 de maio 2010.

COSTA, I.C.C.; ARAÚJO, M.N.T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1181-1189, 2011.

DEMENECK, K.A. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arquivos catarinenses de Medicina**, Porto Alegre, v.37, n.1, p. 84-90, 2008.

FARAH, B.F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, 2003.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 14 de set. 2010.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.; MAGALHÃES JR, H.M.; RIMOLI, J. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. 296p.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; GOMES, S.F.D.R.(Orgs). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p.79-108.

GOMES, D.; GONÇALVES, A.S.R.; PEREIRA, L.S.; TAVARES, R.S.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S. Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 104-110, 2010. Disponível em: < [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-4012201 0000 200002&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000200002&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em: 22 de ago. 2011.

GONÇALVES, E.R.G.; RAMOS, F.R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.14, n.33, p.301-14, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414- 32832010000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200006) >. Acesso em: 3 de mar. 2010.

Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas – INBRAPE. O perfil do cirurgião dentista no Brasil. Pesquisa realizada para entidades nacionais de Odontologia: ABO, ABENO, ACBO, CFO, FIO e FNO, 2003 abr. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/perfil_CD.pdf>. Acesso em 23 mai 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Contagem da População, 2007. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em 08 de jun. 2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B.X. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em 29 de abr. 2010.

MACEDO, C.L.S.V.; MARTELLI, P.J.L.; PIMENTEL, F.C.; ARAÚJO JR, J.L.A.C.; LIMA, A.S.; SANTANA, V.G.D. Avaliação dos cirurgiões-dentistas (CDs) inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município do Recife quanto aos conhecimentos apropriados para atuação nesta estratégia. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 503 -12, 2008. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2008_3/artigos/CSC_7_2008_3_Cicera.pdf>. Acesso em 29 de abr. 2010.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O.N. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p. 521-32, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/12.pdf>>. Acesso em 04 de abr. 2010.

MANDÚ, E.N.T.; GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.A.; SILVA, A.M.N. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.1, p. 131-40, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf> >. Acesso em 09 de jun. 2011.

MAZZOTTI, A.J.A. Uso e abuso dos Estudos de Caso. **Cadernos de Pesquisa**, v.36, n. 129, p. 637-651, 2006.

MEDEIROS, C.L.A.; QUEIROZ, M.D.D.; SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. Expectativas de cirurgiões-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 379-88, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

MIALHE, F.L.; SILVA, C.M.C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.1555-1561, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700091 >. Acesso em: 16 ago. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006.

MINAYO, M.C.D.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008a.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; GOMES, S.F.D.R.(orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008b, p.61-77.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v.43, n. 2, p. 358-64, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015>. Acesso em: 09 de jun. 2011.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.30, p.153-66, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13.pdf000200015>>. Acesso em: 30 de mar. 2011.

MORITA, M.C., HADDAD, A.E., ARAÚJO, M.E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010

NARVAI, P.C., FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília – DF, 2006.

PEREIRA, D.Q.; PEREIRA, J.C.M.; ASSIS, M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200020>. Acesso em: 30 de mar. 2011.

PINHEIRO, F.M.C.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.E.L.; ALMEIDA, M.I. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 99-106, 2009. Disponível em: < www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=3201 >. Acesso em: 18 de mar. 2010.

PINHEIRO, F.M.C.; NÓBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.E.L.; ALMEIDA, M.I. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n.1, p. 69-77, 2008. Disponível em: < <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v37n1a12.pdf> >. Acesso em: 07 de abr. 2011.

PONTES, N.S.T.; AGUIAR, A.C. Educação permanente como ferramenta e resposta: perspectivas da integralidade nos processos de trabalho em saúde bucal coletiva no âmbito do PSF. In: MACAU LOPES, M.G. (Org). **Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Uberaba em dados, 2009**. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,232>> Acesso em: 05 jul. 2010.

REIBNITZ JR, C.; CAETANO, J.C.; PRADO, M.L. A contribuição o trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população: a concepção de alunos de Odontologia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 189-206, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100010 >. Acesso em: 07 de abr. 2011.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n.12, p.39-44, 1996.

SILVA, R.H.A.; SALES-PERES, A. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife, n.6, v.1, p.7-11, 2007.

SANCHEZ, H.F.; DRUMOND, M.M.; VILAÇA, E.L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 523-31, 2008. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200028>. Acesso em: 25 de mar. 2011.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; JORGE, M.S.B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.3, p.464-70, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6189.pdf>>. Acesso em: 09 de jul. 2011.

TRIVIÑOS, A. S. T. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

1. Como é o seu dia a dia na equipe de saúde da família?
 - Práticas assistenciais
 - Trabalho em equipe
 - Organização da demanda
 - Visita domiciliar
 - Dificuldades Necessidades

2. Quais atividades são desenvolvidas por um CD na equipe de saúde da família? Como é trabalhar em uma ESF?

3. Como você acha que deve ser a atuação do CD na ESF?
 - Está correta/não/poderia ser diferente
 - Competências específicas do CD

4. Você considera que sua graduação em odontologia o preparou para atuar na Atenção Primária, em uma equipe de saúde da família? Comente.

5. O que significa pra você trabalhar em uma equipe de saúde da família?

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

ESF: _____ Data: _____

1. Nome: _____ Código: _____

2. Data de nascimento: _____

3. Sexo: 1() F 2() M

4. Ano da Graduação: _____

5. Especialização: _____

6. Mestrado/Doutorado em Saúde Coletiva ou áreas afins: 1() Sim 2() Não

7. Vínculo na instituição: () contratado () efetivo

8. Tempo de trabalho na Saúde da Família: _____

9. Carga horária de trabalho semanal: _____

10. Possui outro vínculo empregatício: 1() sim 2() não

Qual: _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo sobre o significado de atuar na estratégia saúde da família. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é muito importante. O objetivo deste estudo é compreender o significado de atuar em uma equipe de saúde da família, para cirurgiões-dentistas. Caso você aceite, será necessário participar de uma entrevista. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, entretanto será realizada gravação da entrevista em gravador digital para posterior análise dos depoimentos. Vale ressaltar que seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo do seu trabalho. Você não terá despesas e não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação no estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais etapas a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, sem prejuízo ao meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Portanto, eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,//.....

.....
Assinatura do voluntário

.....
Documento de identidade

.....
Pesquisador responsável

.....
Pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 88510151 e (34) 33185219

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3318-5854.

ANEXO A

5/5



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS
IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: O SIGNIFICADO DE ATUAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO COM CIRURGIÕES-DENTISTAS DO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leiner Resende Rodrigues

INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: UFTM

DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM: 05/11/2010

PROTOCOLO CEP/UFTM: 1785

(POPE; MAYS, 2009).

6. ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

O departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária possui sala com computador, impressora e material de consumo necessário para realização da pesquisa. O gravador, bem como o transporte, para coleta dos dados serão de responsabilidade das pesquisadoras.

7. ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O único risco seria a perda de confidencialidade, porém este será contornado mediante a identificação dos entrevistados por códigos.

8. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Espera-se desvelar o dia-a-dia destes profissionais em uma Unidade de Saúde e compreender o significado, para o CD, do atuar em uma equipe de saúde da família.

9. JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

10. JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

11. ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Serão necessários computador, tinta para impressora, papel e xérox, totalizando um valor de 250,00 reais, de responsabilidade dos pesquisadores.

12. FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR

O pesquisador receberá o salário pertinente a professor adjunto da UFTM.

13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

A pesquisadora obterá o termo de consentimento livre e esclarecido após esclarecimentos que se fizerem necessário.

14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO – O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

PARECER DO CEP: APROVADO

(O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).

DATA DA REUNIÃO: 18/03/2011

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora