

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO

Percepção do Cirurgião-Dentista sobre sua Inserção na Equipe de Saúde da Família: um
Estudo de Caso em Área Programática do Município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2010

VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO

Percepção do Cirurgião-Dentista sobre sua Inserção na Equipe de Saúde da Família: um
Estudo de Caso em Área Programática do Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Universidade Estácio
de Sá como requisito parcial para a obtenção do
grau de Mestre em Saúde da Família.
Orientadora: Profa. Dr^a Gabriela Bittencourt
Gonzalez Mosegui

Rio de Janeiro
2010

VAGNER DE ARAÚJO MONTEIRO

Percepção do Cirurgião-dentista sobre sua Inserção na Equipe de Saúde da Família: um
Estudo de Caso em Área Programática do Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Universidade Estácio
de Sá como requisito parcial para a obtenção do
grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Marcos Antônio Albuquerque de Senna
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Gabriela Bittencourt Gonzáles Mosegui
Universidade Estácio de Sá

Aos meus pais, Regina e Paulo Roberto (*in memoriam*),
cujos sacrifícios me transformaram no que sou hoje.

À minha esposa, pelo apoio e compreensão dedicados
ao longo dessa caminhada

A meu filho Paulo Roberto, que mesmo antes de nascer
revigorou-me a força para continuar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Gabriela Mosegui, pelo aprendizado e amizade.

À Maria Helena, pesquisadora do IMS-UERJ, pela grande contribuição.

Aos professores do curso de Mestrado em Saúde da Família, pelas grandes lições.

Aos colegas de mestrado, em especial a Lucine Cinti e Tatiane Caldeira, companheiras de todas as horas no trabalho e no curso.

A todos os cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa, pela disponibilidade em colaborar.

A COISA
“A gente pensa uma coisa,
acaba escrevendo outra
e o leitor entende uma terceira coisa...
E, enquanto se passa tudo isso,
a coisa propriamente dita
começa a desconfiar
que não foi propriamente dita”.

(Mário Quintana)

RESUMO

A odontologia brasileira passa hoje por um momento histórico importante. A ampliação do acesso aos serviços, em especial através do Programa Saúde da Família, gera desafios aos cirurgiões dentistas. Dentre os mais importantes destacamos a ruptura com o modelo de atenção individual e curativa, e a necessidade de formação universitária voltada para o atendimento da coletividade. O presente estudo objetivou analisar as impressões dos cirurgiões-dentistas (CDs) que atuam na área programática 5.1 (parte da Zona Oeste) do município do Rio de Janeiro, sobre sua inserção na Equipe de Saúde da Família (ESF). Para atingirmos o objetivo proposto, realizamos 12 entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado com CDs atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF) da área. Cada sujeito também respondeu a um questionário fechado, que inquiria sobre possíveis dificuldades na realização de procedimentos e atividades de competência do CD no PSF. As entrevistas foram gravadas e transcritas em sua íntegra. Os dados foram analisados de acordo com as informações gerais obtidas e três categorias analíticas foram empregadas: atividades desenvolvidas, formação e impressões sobre a inserção. Quanto às atividades desenvolvidas, predominaram atendimento clínico, visitas domiciliares e ações de promoção, seguidos de atividades relacionadas ao Programa Dentescola. Ações de planejamento, de levantamento epidemiológico e administrativas foram pouco mencionadas. Nenhum pesquisado afirmou desenvolver ações intersetoriais. Quanto à formação, foi constatado que mais de 90% da amostra possuía algum tipo de curso ou treinamento relacionado à saúde pública ou saúde da família, sendo que cinco dos 12 entrevistados possuíam título de especialista na área de Saúde Pública. Houve equilíbrio com relação à percepção de inserção na ESF. Sete dentistas se perceberam integrados à equipe e cinco afirmaram o contrário. Foram apontados diversos fatores que dificultam a inserção dos profissionais nas equipes, dentre os quais se destacam: a relação numérica entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e ESF, o desconhecimento das outras categorias quanto ao papel do CD no PSF, o distanciamento da estrutura física frequentada pelo CD e o restante da equipe em algumas unidades e a grande demanda reprimida nas comunidades. Ao fim do estudo, concluímos que, assim como a própria odontologia no nível nacional, os profissionais pesquisados encontram-se em processo de inserção nas ESF, ainda buscando conquistar mais espaço no processo de trabalho das unidades.

Palavras-chave: Cirurgião-dentista; Programa de Saúde da Família; Equipe interdisciplinar; inserção.

ABSTRACT

Perception of Dental Surgeons on their Insertion in the Family Health Team: A Case Study in a Program Area in Rio de Janeiro City

Brasilian dentistry is going through an important moment in its history. Increase in access to the services, especially by the Family Health Program (FHP), challenges dental surgeons (DS). Between those challenges we detect the rupture with the individual and healing model of attention, and the need of graduating professionals considering collective demands. This study aimed to examine the perceptions of DS's that work in the Program Area 5.1 (part of West Zone) of Rio de Janeiro, about their inclusion in the Family Health Team (FHT). To achieve our objective, we conducted 12 interviews using a semistructured script with DS's working at the FHT in this area. Each subject also answered a closed questionnaire, which asked about possible difficulties in performing the procedures and activities of competence of the DS's in the Family Health Program. The interviews were recorded and fully transcribed. Data were analyzed according to the general information obtained and three analytical categories were used: activities, training and views on the insertion. The activities developed, clinical care, home visits and promotional activities were predominant, followed by activities related to the Dentescola Program. Planning, administrative actions and epidemiological survey were just mentioned. No interviewee declared developing intersectoral action. Concerning formation, it was found that over 90% of the sample had some kind of course or training related to public health or family health; five of the 12 respondents had a specialist title in the area of Public Health. There was balance in the perception of inclusion in the FHS. Seven dentists perceived themselves integrated into the team and five said the opposite. Several factors that hinder the integration of professional teams were pointed out, among which are: the numerical ratio between the Dental Health Team (DHT) and the FHT, the ignorance of the other categories on the role of the DS in the FHP, the gap of the physical structure attended by the DS and the rest of the team in some units, and large pent-up demand in the communities. At the end of the study we concluded that, like dentistry, the interviewed professionals are, all over the country, in the process of integration in the FHS, still trying to gain more space in the work at the units.

Key words: Dental surgeon; Family Health Program; Interdisciplinary team; insertion.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Distribuição das equipes de Saude da Familia e Saude Bucal, de acordo com as unidades basicas de saude, AP 5.1, município do Rio de Janeiro, 2009

28

LISTA DE ABEVIATURAS E SIGLAS

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

CAP – Coordenação de Área Programática

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CD – Cirurgião-dentista

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

GAT – Grupo de Apoio Técnico

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDA – Integração Docente Acadêmica

IMS – Instituto de Medicina Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio

PSF – Programa de Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico em Saúde Bucal

TRA – Tratamento Restaurador Atraumático

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	Página
APRESENTAÇÃO	13
1 A ODONTOLOGIA NO BRASIL: CONTEXTOS HISTÓRICOS	14
2 MERCADO DE TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: DESAFIOS PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA?	21
2.1 O mercado de trabalho	21
2.2 Formação	22
2.3 Atribuições do CD no PSF	24
2.4 Impressões prévias acerca da interação do CD com as ESF na área pesquisada	25
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos	28
4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	29
4.1 Caracterização da área de estudo	29
4.2 Critérios para seleção da área	30
4.3 Caracterização do estudo, dos sujeitos e coleta de dados	30
4.4 Pré-teste e piloto	31
4.5 Análise dos dados	32
4.6 Questões éticas	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1. Do inquérito	33
5.2. Das entrevistas individuais	34
5.2.1 Dados gerais	35
5.2.2 Atividades desenvolvidas e participação da equipe	37
5.2.2.1 <i>Das atividades</i>	37
5.2.2.2 <i>Do cronograma</i>	38
5.2.2.3 <i>Da referência e contrarreferência</i>	39
5.2.2.4 <i>Da reunião de equipe</i>	40
5.2.2.5 <i>Da participação em práticas educativas</i>	42
5.2.3 Formação	43
5.2.4 Inserção do CD na equipe	46
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	59
ANEXO	64

APRESENTAÇÃO

A inserção do cirurgião-dentista (CD) na equipe de saúde da família (ESF) é um assunto relevante na discussão do trabalho interdisciplinar. Foi uma política importante que ampliou o leque de ações de promoção, prevenção e curativas, de forma a garantir atendimento integral às famílias acompanhadas pela Estratégia de Saúde da família.

O presente trabalho se propõe a identificar e avaliar as impressões dos cirurgiões-dentistas (CD) que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Área Programática (AP) 5.1 do município do Rio de Janeiro, sobre a inserção dos mesmos nas Equipes de Saúde da Família.

Os caminhos percorridos para o alcance dos objetivos do trabalho estão descritos em seis capítulos. No primeiro, buscamos contextualizar a odontologia no Brasil, por meio de um breve histórico dos modelos assistenciais em saúde bucal, passando pela criação do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 1990, e pela inserção do CD no programa, no início da atual década.

No segundo capítulo, apresentamos um panorama da odontologia no mercado de trabalho através dos tempos. Também abordamos a formação acadêmica do CD como um possível entrave para a consolidação da interdisciplinaridade e, conseqüentemente, para sua inserção na Equipe de Saúde da Família. Seguindo esta lógica, comentamos, resumidamente, as diretrizes nacionais para os cursos de graduação propostas pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), como forma de adequar os currículos dos cursos de graduação à formação de profissionais aptos a desenvolverem e participarem de processos de trabalho condizentes com a realidade da população e do serviço público.

O terceiro capítulo traz os objetivos do trabalho, e o quarto, os caminhos metodológicos percorridos para alcançá-los. No quinto capítulo são apresentados os resultados e discussão do inquérito e das entrevistas individuais. A seguir, no sexto capítulo, são colocadas nossas conclusões e sugestões.

1 A ODONTOLOGIA NO BRASIL: CONTEXTOS HISTÓRICOS

A precariedade das condições de saúde bucal é um grande flagelo para o cidadão e para a sociedade, constituindo significativos indicadores de exclusão social. Os distúrbios de ordem física e psicológica causados pelas doenças bucais (dor, perda de função, noites sem dormir, limitação da alimentação com prejuízos à nutrição, vergonha de sorrir, dentre outros) levam a grandes prejuízos ao cidadão e à sociedade, considerando-se o desconforto e absenteísmo profissional e escolar causados por essas condições (PONTES, 2007).

Martins (2009) salienta que os índices das principais doenças bucais na década de 90 mostraram a falência do modelo curativista, de alto custo e baixa resolutividade.

A odontologia vem assumindo ao longo dos últimos anos, e frente à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), um papel social mais relevante. Com o incentivo do Ministério da Saúde (MS), em 2000 ocorreu a introdução das ações em saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000a; SOUZA, 2007), apesar de a participação da Equipe de Saúde Bucal ter sido proposta desde a criação do programa e incorporar-se ao PSF desde 1995 em Curitiba-PR (PONTES, 2007). Assim, a reorganização da prática odontológica passa a ser cada vez mais necessária frente a essas duas deliberações (MATOS; TOMITA, 2004).

Dado esse cenário, surgiu a demanda pela formação generalista e humanista dos profissionais de saúde, incluindo-se o cirurgião-dentista. As novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação orientam esta demanda e sugerem que as faculdades de odontologia alterem seus currículos de forma a priorizar a formação generalista do profissional, com cunho social e humanista, a fim de que o dentista cumpra seu papel perante a sociedade (BRASIL, 2002).

Os modelos assistenciais em odontologia, de certa forma, acompanharam a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil (RONCALLI, 2003; AGRIPINO et al., 2007; NICKEL et al., 2008). As tentativas de resolução dos problemas de saúde por parte do Estado, até os anos 1980, tinham estreita relação com o modelo econômico vigente. Como exemplos podemos citar o Programa de Saneamento do Rio de Janeiro em 1902, e as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) no início dos anos 1920, com sua posterior transformação em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 30 (RONCALLI, 2003). O

plano de saneamento preocupava-se com os espaços de circulação de mercadorias de agroexportação, em especial nos portos de Santos e do Rio de Janeiro, e com o combate à febre amarela urbana em São Paulo, objetivando a manutenção de condições salubres nesses espaços. Já o surgimento das CAPs coincidiu com o início (tardio) da industrialização brasileira, e a preocupação era com a preservação de mão de obra saudável para a manutenção da produção industrial (RONCALLI, 2003). Nesse contexto, a assistência odontológica estruturava-se na livre demanda nas unidades de saúde e consultórios particulares (NICKEL et al., 2008; SERRA, 1998), característica do modelo hegemônico, em que o indivíduo, por iniciativa própria, procura o serviço de saúde quando se sente doente. Esse modelo era baseado na prática privada, fosse por desembolso direto ao profissional, ou pela compra de serviços através das CAPs e, posteriormente IAPs. Caracterizava-se como flexeneriano, cirúrgico-restaurador e mutilador. (SERRA, 1998).

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com a finalidade de realizar ações sanitárias em localidades de difícil acesso. Nos anos 50, a Fundação SESP preconizou modelos de assistência a escolares. A partir desse momento, a odontologia passou a adotar o sistema incremental de assistência, baseado no atendimento programado e sistemático, visando ao tratamento das necessidades acumuladas, para posterior controle. No entanto, o sistema incremental mostrou-se excludente e de baixo impacto sobre os índices de doença, pois se restringia a escolares de 6 a 14 anos e colocava as ações preventivas, limitadas a fluoretação das águas de abastecimento e aplicações tópicas de flúor, em segundo plano (AGRIPINO et al., 2007; NICKEL et al., 2008). Apesar de suas limitações, o sistema incremental manteve-se hegemônico por mais de 40 anos. Após o golpe militar de 64, ocorreu a fusão dos IAPs para a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Logo depois, já na década de 1970, a odontologia integral surgiu como uma alternativa ao sistema incremental, diferindo do último por dar maior ênfase às ações preventivas (RONCALLI et al., 1999; RONCALLI, 2003; NICKEL et al., 2008). Ao fim dos anos 1970, concomitante ao processo de abertura política e com a insatisfação popular com a assistência em saúde, surgiu o movimento sanitário, conduzido por intelectuais e profissionais de saúde e cujo ponto alto de articulação foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (RONCALLI, 2003).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, representou um marco na história da saúde pública no Brasil (BRASIL, 1986). As discussões da conferência

influenciaram o texto da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) (RONCALLI, 2003).

No entanto, devemos salientar a importância da VII CNS de 1980, visto que a participação da odontologia ocorreu de forma direta e expressiva. Durante essa conferência, foi posto que a odontologia deveria ser parte integrante de um programa nacional baseado em atenção primária à saúde, e não estar caracterizada como uma especialidade à parte que, com isso, devesse ser estruturada em um subgrupo de atenção odontológica. O grupo de trabalho da VII Conferência já apontava a desvinculação da formação superior em odontologia da realidade epidemiológica da população. Nesse evento, a odontologia fez parte da organização da mesma, trabalhando de forma coesa e participando das discussões sobre problemas de saúde como um todo (BRASIL, 1980; SERRA, 1998).

Já na VIII CNS houve a dissociação da odontologia do corpo das discussões com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em Brasília, concomitante ao evento. A odontologia volta a ser discutida em um ambiente separado, como especialidade, fora do corpo da CNS (BRASIL, 1986). Apesar disso, o texto de seu relatório final, que discute a saúde como um direito de todos e dever do Estado, afirma que a saúde bucal é

[...] parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (RELATÓRIO DA I CNSB, p. 3),

em uma clara alusão ao conceito ampliado de saúde, enfatizado na Declaração de Alma Ata de 1978, resultante da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde realizada naquele ano:

[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde,

o que foi ratificado nas três CNSB seguintes.

A I CNSB foi balisada em quatro temas de discussão: (a) A saúde como direito de todos e dever do Estado, (b) Diagnóstico de saúde bucal no Brasil (que não se restringisse à compilação de dados, mas fizesse relação com fatores sociais, econômicos e políticos), (c) Reforma Sanitária: inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde e (d) Financiamento do setor de saúde bucal. que não se restringisse à compilação de dados, mas fizesse relação com fatores sociais, econômicos e políticos. (BRASIL, 1986; SERRA, 1998).

Ao fim dos anos 1980, surgiu o Programa Inversão da Atenção, elaborado pelos professores Loureiro e Oliveira da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, contrapondo as ações curativas dos outros modelos de atenção odontológica e incorporando avanços da odontologia integral. Baseado no controle epidemiológico da cárie e ampliação da cobertura populacional, obteve sucesso em alguns municípios de Minas Gerais por estar em maior consonância com o SUS (RONCALLI et al., 1999; AGRIPINO et al., 2007; NICKEL et al., 2008).

No início dos anos 1990, foram promulgadas as Leis nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142, que regulamentaram as diretrizes e formas de financiamento do SUS. A primeira afirma em seu texto a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, além de dispor sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Traz também os princípios e diretrizes que devem reger o Sistema Único de Saúde e aponta, baseado no conceito ampliado de saúde, fatores determinantes e condicionantes para a manutenção das boas condições de saúde (BRASIL, 1990a).

Já a lei nº 8.142 complementa a de nº 8.080, regulamentando as formas de financiamento do SUS e a participação popular através dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b). Na verdade, a Lei nº 8.142 resgata alguns vetos feitos à Lei nº 8.080 pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Melo. Os referidos vetos foram direcionados a artigos da lei que tratavam da participação popular e do financiamento do sistema.

Em 1991, a primeira equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começou a atuar no Ceará, como tática para a redução da mortalidade infantil e materna. A

família passou a ser o foco das ações e, com o PACS, segundo Albuquerque (2004), introduziu-se a noção de território.¹

Em 1993 aconteceu, também em Brasília, a II CNSB, tendo como tema central a saúde bucal como um direito de cidadania. Destacamos dessa conferência o reconhecimento da falência do modelo de saúde bucal, tido como ineficaz, elitista, mutilador, iatrogênico, de alto custo e baixo impacto social, demonstrada pelos “vergonhosos indicadores de saúde e morbidade bucal existentes”. A necessidade de formação de profissionais capazes de trabalhar em nível comunitário, desenvolvendo ações coletivas de saúde também foi apontada como fundamental para garantir impacto positivo na cobertura e nos índices epidemiológicos. O ponto central da II CNSB foi a discussão acerca do controle social e participação popular, a fim de por em prática os princípios do SUS (BRASIL, 1993).

Com base no PACS de 1991 surgiu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para a reorganização da atenção básica e consolidação das diretrizes do SUS (ALBUQUERQUE, 2004; XAVIER, 2007).

De acordo com Albuquerque (2004 apud MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002).

A proposta do PSF consiste na superação do modelo assistencial (caracterizado como médico-privatista e hegemônico) com o objetivo de facilitar o acesso aos serviços de saúde e prestar um atendimento individualizado. A assistência se dá então de forma mais acolhedora, que permite a criação de vínculos com a comunidade e estabelece uma responsabilidade de manutenção de saúde daquela clientela. (ALBUQUERQUE, 2004, p. 29).

A prioridade de implantação do programa seguiu o mapa da fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e respeitava fatores como necessidades locais e estudo de demanda (ALBUQUERQUE, 2004).

O PSF se constitui na principal estratégia para a ordenação da atenção básica e tem como objetivo consolidar as diretrizes do SUS, além de buscar uma ruptura com o modelo hegemônico de atenção à saúde (SANCHEZ, 2006). Dentro dessa nova proposta, as Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham sob a ótica do território, vínculo usuário-profissional e atenção integral à família. Para tal, a equipe mínima de um PSF é formada por um enfermeiro, um médico, um auxiliar/técnico em enfermagem e seis a sete agentes comunitários de saúde

¹ Território: espaço delimitado onde coexistem lugares (fixos – casas, ruas, praças) e espaços (fluxos – movimentação de pessoas e coisas – circulação) (GOLDSCHIMIDT, 2006). Ultrapassa o conceito de espaço político-operativo. O território tem um perfil “demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, o que o caracteriza como um território em permanente construção”. (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898-899).

(ACS). Além disso, uma unidade de PSF pode contar com uma ou mais Equipes de Saúde Bucal (ESB), que são compostas por dois ou três profissionais, dentre eles o cirurgião-dentista (CD).

O Ministério de Saúde (MS) aprovou, em 2000, a Portaria nº. 1.444, em 28 de dezembro, segundo a qual as ESBs passam a fazer parte do PSF na proporção de uma ESB para cada duas ESF implantadas, não estando assim o CD inserido na equipe mínima composta por enfermeiro, auxiliar ou técnico em enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000a). As equipes de saúde bucal, segundo esta portaria, podem ser de modalidade I, compostas por cirurgião-dentista (CD) e auxiliar de saúde bucal (ASB), ou modalidade II, na qual se inclui o técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2000a). Somente em 2003, com a Portaria nº 673, alterou-se a relação do número de ESB e ESF, facultando-se aos municípios a determinação do número de ESB de acordo com as necessidades locais, desde que a relação entre ESB e ESF não ultrapasse a de um para um (BRASIL, 2003).

Com o aumento dos incentivos financeiros, as ESBs cresceram 106% entre dezembro de 2002 e setembro de 2004. Até 2007, existiam 15.215 ESBs (10.954 implantadas entre dezembro de 2002 a janeiro de 2007), 4.314 municípios no país com ESBs implantadas, 75 milhões de pessoas cobertas por ESB e 56,6% de ESF contando com ESBs, o que representa um aumento na ordem de 257% (PEREIRA, 2007).

Em março de 2004, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente), no intuito de ampliar o acesso às ações de saúde bucal e promover melhorias nas condições de saúde bucal da população. O Brasil Sorridente vem atuando em cinco frentes de ação: (a) ampliação do atendimento na rede básica; (b) criação de centros de especialidades odontológicas (CEOs); (c) ações educativas; (d) implantação de próteses; e (e) fluoretação das águas de abastecimento público, assim como seu monitoramento (BRASIL, 2004a). Mais recentemente, em outubro de 2009, durante o 1º Encontro Nacional dos CEOs, foi apresentado o odontomóvel, consultório odontológico móvel que será usado para levar atendimento odontológico a regiões onde a cobertura populacional ainda é baixa.

Ainda em 2004, entre os meses de julho e agosto, aconteceu a III CNSB tendo como tema central “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Assim como nas conferências de 1986 e 1993, o modelo de atenção em saúde bucal vigente em 2004 recebeu as alcunhas de “curativo, mutilador, de alto custo, baixa cobertura e impacto epidemiológico, com exclusão de uma parcela significativa da população”, a despeito das políticas implementadas citadas anteriormente. A formação profissional também voltou a ser tema de

debate, uma vez que não contemplava os requisitos para formar profissionais comprometidos com o sistema público de saúde (BRASIL, 2004b)

Com todo esse incremento nos incentivos às ações em saúde bucal, houve uma ampliação de oportunidades para o CD ingressar no serviço público. As questões mercadológicas da profissão é o que veremos no próximo capítulo.

2 MERCADO DE TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: DESAFIOS PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA?

2.1 O mercado de trabalho

Até a década de 1990, predominava no Brasil a prática privada na odontologia. Segundo Chaves (2006), nesse período, 89,6% dos CD brasileiros atuavam como profissionais liberais. Destes, 26,2% trabalhavam no setor público da saúde, exercendo o que o autor chama de “dupla militância”. Existiam sinais de insatisfação com a baixa remuneração, alta competitividade e saturação do mercado de trabalho, caracterizando um esgotamento da “era de ouro” da prática liberal da odontologia brasileira. Ainda segundo esse autor, nos últimos anos vem ocorrendo um encolhimento da prática privada nos moldes tradicionais (atenção individual, focada na cura da doença) e expansão dos planos privados com baixa remuneração. Considerando esses aspectos, acredita-se que os fatores citados anteriormente contribuem para “atrair” o CD para o setor público. Agripino et al. (2007) acreditam que:

[...] a esfera pública surge como uma alternativa mais concreta na reorganização da prática odontológica, especialmente considerando os múltiplos esforços governamentais dos últimos anos para diminuir as iniquidades sociais. (AGRIPINO et al., 2007, p. 215).

Além disso, o número de CDs cresceu expressivamente entre 1996 e 2003. Se no fim dos anos 90 o Brasil ofertava 90 cursos de odontologia, em 2003 passou a ofertar 163 (ALBUQUERQUE, 2004). Em 2007, eram 194.016 profissionais formados e a cada ano formam-se cerca de 12.000 profissionais. Dentro desse cenário, o SUS constitui importante mercado de trabalho para o CD, mais ainda após a inserção da Saúde Bucal (SB) no contexto do PSF (ALBUQUERQUE, 2004). Antes mesmo de atuar no PSF, o CD se inseria no sistema público, porém de forma limitada, prestando assistência a crianças e gestantes, além de reproduzir a “praxis” privada nas unidades públicas de saúde. “A inserção da saúde bucal no PSF representa um grande desafio para uma profissão marcada pelo isolamento e pelo distanciamento da realidade social brasileira” (ALBUQUERQUE, 2004, p. 42).

Como já mencionado, as ESBs passaram a integrar o PSF a partir da Portaria nº.1444/2000 (BRASIL, 2000a), que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da

atenção à saúde bucal por meio do PSF. De acordo com esta portaria, a relação entre o quantitativo ESF e ESB em que o número de cidadãos da área adscrita supere 6.900 deverá ser de uma ESB para duas ESF. Vale ressaltar que a Portaria nº 673/2003 alterou a relação numérica entre ESB e ESF e, segundo a mesma, o número de cidadãos cobertos por uma ESB passa a ser de 4.500 (BRASIL, 2003). Com o Programa Brasil Sorridente, os incentivos financeiros repassados às ESB também tiveram um incremento (XAVIER, 2007).

Dado que o PSF foi apresentado como estratégia de reorganização da atenção básica em 1994, percebe-se um atraso de seis anos na inserção do CD no Programa. Baldani (2005) considera que esse atraso possivelmente contribuiu para dificultar a integração dos profissionais, acarretando prejuízos à inserção do CD nas equipes. É importante que se inclua o CD na equipe mínima do PSF, mas só isso não é suficiente. Faz-se necessária uma articulação dos trabalhos dos vários profissionais que compõem a ESF com as ESBs (EMMI, 2006; PONTES, 2007).

Para tal, vários autores (ALBUQUERQUE, 2004; FEUERWERKER, 2003; EMMI, 2006; AGRIPINO et al., 2007) afirmam que mudanças nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde, inclusive da odontologia, são necessárias, uma vez que os egressos desses cursos não desenvolvem competências para o trabalho em equipe ao longo da graduação.

2.2 Formação

As faculdades de odontologia formam, historicamente, profissionais tecnicistas, com ênfase no mercado de trabalho privado e priorizando ações curativas (VILARINHO et al., 2007). Prova disso, segundo Sanchez (2006), é o interesse de acadêmicos em se graduar sem considerar as necessidades da população. O modelo hegemônico fragmenta as práticas assistenciais, levando à especialização precoce, centrando-se na doença e desconsiderando determinantes socioeconômico-culturais do processo de adoecimento (ALBUQUERQUE, 2004).

Segundo Matos e Tomita (2004), deve haver um processo de qualificação profissional que vise à inclusão do CD numa equipe multidisciplinar. O perfil do CD proposto pelas novas diretrizes curriculares é que tenha “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2002, p. 9). Já Feuerwerker (2003, p. 24) afirma que “cada vez são mais tênues os limites entre disciplinas, entre as ciências sociais,

biológicas e exatas e cresce de importância o desafio de a ciência ser capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento, no sentido de ampliar sua capacidade de explicação”. Deste modo, entende-se que a proposta curricular deva contemplar aspectos sociais e humanísticos que dialoguem com a técnica e sejam capazes de orientar uma formação mais adequada às realidades sociais.

Pucca Jr. (2004) aponta para a importância de as universidades adequarem seus currículos para a formação de excelentes profissionais clínico gerais e com sólidos conhecimentos de saúde coletiva, evitando-se a ênfase na tecnologia de equipamentos e em ações centralizadas e altamente especializadas. Existe hoje uma carência de profissionais com bagagem de conhecimentos inerentes às práticas em saúde pública, em especial ao PSF. Os conhecimentos prévios mostram-se insuficientes para o desenvolvimento de um trabalho que corresponda às exigências do programa, mais especificamente no que tange a integralidade e interdisciplinaridade (PONTES, 2007). Assim, a incorporação do CD à ESF deve ser precedida de treinamento capaz de proporcionar ao profissional conhecimentos acerca das políticas públicas propostas pelo SUS e ainda estimular a “desmonopolização” dos saberes em saúde bucal para o restante da equipe (EMMI, 2006 apud MOREIRA, 1999). Como a formação acadêmica do CD ainda é predominantemente tecnicista, integrar-se a uma equipe interdisciplinar e desenvolver ações de acordo com as premissas do PSF se torna um desafio para o profissional. Esse desafio é ainda maior, considerando-se que outros profissionais que compõem a equipe (médicos, em especial) possuem formações semelhantes ao CD no que tange ao trabalho em equipe.

Mudanças no modelo assistencial dependem de transformações no modelo de ensino. Certamente, há necessidade de clínicos gerais com sólidos conhecimentos clínicos, mas também de saúde coletiva, **aliando a técnica ao compromisso social** (EMMI apud RABELLO; CORVINO, 2006).

Garbin (2006) traça um interessante histórico dos currículos universitários da área de saúde no Brasil. Segundo a autora, durante o século XIX e boa parte do XX, os hospitais e laboratórios serviam de cenário para a aprendizagem. O processo de educação é centrado numa relação autoritária, em que o professor é o detentor de todo o saber. O ensino não se norteava pelas necessidades sociais, econômicas, epidemiológicas e culturais da população e promovia a fragmentação do indivíduo, o que percebemos até os dias de hoje.

O processo de aprendizagem em odontologia sempre foi voltado para a prática liberal, valorizando a especialização e aperfeiçoamento técnicos. Ainda hoje, observa-se que as

universidades, em sua maioria, ainda mantêm um modelo de ensino pautado na valorização do especialista. Todavia, segundo a autora, “a formação universitária deve ter como objetivo principal a transformação social buscando sempre melhorar os índices de saúde do país” (GARBIN, 2006, p. 8), isto é, a universidade deve direcionar o ensino para a solução dos problemas de saúde das comunidades.

Nas décadas de 1970 e 1980, algumas iniciativas foram tomadas a fim de aproximar o discente das realidades sociais. A proposta de Integração Docente Assistencial (IDA) surgiu na tentativa de quebrar resistências à abordagem epidemiológica e social na formação acadêmica. A “odontologia simplificada” da década de 80 acabou sendo entendida como uma odontologia para as classes marginalizadas (GARBIN, 2006).

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) orientou o estabelecimento de novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação, que visavam: a organização institucional, autonomia acadêmica, compromisso social do ensino e flexibilidade curricular (BRASIL, 1996a). Quanto aos cursos de odontologia, as novas diretrizes preconizam que o CD tenha

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002, p. 9).

Além disso, o professor deve sair da posição de detentor exclusivo do conhecimento e passa a facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (GARBIN, 2006).

2.3 Atribuições do CD no PSF

Os membros das ESF devem estar aptos a: (a) identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas; (b) reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta; (c) planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde-doença; (d) atender à demanda programada e espontânea; (e) utilizar corretamente o sistema de referência e contrarreferência; (f) promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos; e (g) incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados (BRASIL, 2006a).

Considerando que o CD faz parte da equipe interdisciplinar de saúde da família, concluímos que as atribuições citadas acima também são atribuições inerentes a esse profissional. Contudo, Costa e Carbone (2004) identificam atribuições específicas do profissional CD propostas pelo próprio MS. Dentre elas, são de especial interesse para o estudo a realização de procedimentos clínicos previstos pela Norma Operacional Básica – NOB-SUS/96 e Normas de Assistência à Saúde – NOAS-MS/2001 (BRASIL, 1996b; 2001), que são pontuados no inquérito feito aos sujeitos da pesquisa (Apêndice 1): encaminhamento, quando necessário, dos usuários para níveis de maior complexidade (sistema de referência e contrarreferência, que também é citado como atribuição da ESF); estabelecimento de um plano de prioridades locais; coordenação de ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal e supervisão de seus auxiliares.

No caso específico do município do Rio de Janeiro e, por conseguinte, da área estudada, além das atribuições propostas pelo MS, o CD também deve supervisionar o Programa Dentescola,² que organiza as ações de promoção de saúde para as creches e escolas da rede pública municipal numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial (RIO DE JANEIRO, 2001).

Como dito no capítulo I, a atuação da odontologia nos espaços escolares vem de meados do século passado, com a adoção do sistema incremental. O Programa de Promoção da Saúde e Cidadania Dentescola pode ser considerado uma evolução dos modelos de atenção anteriores, pois rompe com o binômio dente-dentista, incorporando ações interdisciplinares e intersetoriais, além da utilização do tratamento restaurador atraumático³ – TRA (RIO DE JANEIRO, 2004).

Postas as atribuições do CD no PSF, em especial as específicas dos profissionais do Rio de Janeiro, julgamos válido tecer alguns comentários acerca de nossas impressões sobre a interação do CD com as ESFs da área pesquisada.

2.4 Premissas acerca da interação do CD com as ESF na área pesquisada

² O Programa Dentescola foi criado por meio do Decreto-lei nº 20.311/2001 (RIO DE JANEIRO, 2001). Difere dos outros tipos de atenção odontológica a escolares, por propor ações através de equipes multiprofissionais que beneficiem não só o aluno, mas também toda a comunidade escolar (RIO DE JANEIRO, 2004).

³ TRA: técnica restauradora pouco invasiva e de baixo custo, que dispensa o uso de tecnologia de equipamentos, permitindo sua realização em locais onde não há acesso às mesmas, incluindo as escolas (PARAJARA et al., 2002).

O acesso aos serviços odontológicos da rede pública cresceu nos últimos anos não só no município do Rio de Janeiro, mas no Brasil como um todo. A criação de programas como o Brasil Sorridente (BRASIL, 2004) gerou aporte de recursos e profissionais, através de concursos, para o serviço público. Como a odontologia passa por uma crise interna devido à saturação do mercado de trabalho privado, o serviço público, e em especial o PSF, passa a ser alternativa para os profissionais da área. Por isso, segundo Sanchez (2006, p. 3),

[...] o PSF poderia estar recebendo profissionais que não estão adequadamente preparados do ponto de vista dos princípios que regem o programa, mas sim por razões relacionadas às dificuldades do mercado de trabalho.

Albuquerque (2004) acredita que a formação dos profissionais representa um desafio para a consolidação do SUS no país. Ainda segundo a autora, as ESBs têm de superar a falta de preparo dos profissionais para atuar em saúde pública.

A partir da implantação e expansão do PSF no município do Rio de Janeiro, emergiram novas oportunidades para o CD, que passou a integrar uma equipe multidisciplinar, exigindo do CD o desenvolvimento de novas competências (COSTA; CARBONE, 2004).

Outras categorias que atuam no PSF, por motivos diversos, também têm dificuldades em exercer o trabalho em saúde tal qual o programa exige. Ao invés da interdisciplinaridade, observa-se a formação de “equipes agrupamento”, onde há a superposição de ações, ao contrário do que Peduzzi (2001) define por “equipe interação”, onde observamos a “articulação de ações e a interação dos agentes”. Isso explica o porquê de o CD ser considerado, pela equipe, um profissional que presta um serviço paralelo complementar às ações desenvolvidas pela ESF, e não um ator que interage e contribui com seu saber, específico ou não, para as ações em saúde praticadas, participando do diagnóstico da comunidade e do planejamento das ações.

Considerando o exposto acima, acreditamos que o estudo pode contribuir para uma reflexão acerca da inserção do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar, buscando avaliar a interação com o grupo de trabalho para propor, futuramente, meios de superar eventuais dificuldades encontradas.

Na área pesquisada, percebemos uma situação de transição. Alguns CD se mostram envolvidos com atividades de planejamento e gestão da unidade, como era o caso do grupo de trabalho (GT) da informação, composto em sua maioria por CDs. Nesse GT se discutia o

sistema de informação do PSF, buscando soluções para seus entraves, e o representante de cada unidade nesse GT era responsável pela organização do mesmo na unidade.

Por outro lado, alguns se limitam a fazer odontologia dentro dos moldes tradicionais, priorizando a atenção curativa em detrimento da promoção de saúde e não se envolvendo em assuntos que dizem respeito a gestão e organização do processo de trabalho da unidade como um todo. Há ainda aqueles que são envolvidos em atividades que necessitam maior interação com a equipe, como, por exemplo, o planejamento de ações na comunidade; porém quando se trata de realizar uma visita domiciliar, acreditam que o melhor é agendar uma consulta na unidade. A isso talvez possam ser atribuídos o tempo de atuação do CD no PSF e os diversos treinamentos promovidos pela gestão ao longo do tempo, como oficinas de acolhimento, educação em saúde, entre outros.

É importante ressaltar que as ESBs devem cumprir um cronograma de atividades semanais. Dos dez turnos de quatro horas trabalhados na semana, seis devem ser dedicados ao atendimento clínico-restaurador, associado à ações preventivas como escovação supervisionada e aplicação tópica de fluoreto. Dois turnos são reservados para atividades de promoção da saúde⁴, seja em grupos na própria unidade, ou em espaços na comunidade. Na área pesquisada, esses turnos são utilizados no desenvolvimento de ações do programa dentescola. Os dois turnos restantes são divididos entre visitas domiciliares e outras atividades como reuniões de equipe e tarefas administrativas, tais como a alimentação do sistema de informação.

Ressaltamos que esse formato de cronograma é uma sugestão da Coordenação de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro, que tem como objetivo nortear a organização do processo de trabalho das ESBs. Portanto, o cronograma pode e deve ser alterado de acordo com as necessidades da comunidade adstrita.

⁴ Atividades de promoção da saúde: ligadas a melhoria da qualidade de vida e condições ambientais, visando a reduzir o risco de doenças. Os CDs da área promovem essas atividades predominantemente no Dentescola. Temos como exemplos a promoção da alimentação saudável e oficinas de reciclagem.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as impressões dos CDs que atuam na área programática (AP) 5.1 – Rio de Janeiro acerca de sua inserção na Equipe de Saúde da Família.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar as atividades do CD que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) no que diz respeito ao trabalho interdisciplinar.
- Aprofundar a discussão sobre a condição das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) no contexto da Equipe de Saúde da Família.

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 Caracterização da área de estudo

A A.P. 5.1 está localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro e compreende os bairros de Sulacap, Realengo, Padre Miguel, Bangu e Senador Camará. A A.P. 5.1 foi uma das áreas mais beneficiadas com a última expansão do PSF nesse município. A cobertura do programa na área é de aproximadamente 19% (a média do município está próxima dos 13%), caracterizando a área como a segunda maior em cobertura do município (dados coletados no SIAB através do Grupo de Apoio Técnico).

São 46 equipes atuando, sendo quatro de PACS e 42 de PSF, distribuídas em 12 Unidades de Saúde da Família (USF) e quatro Unidades de PACS. Das 12 USF da A.P. 5.1, nove contam com Equipes de Saúde Bucal (ESB). Os cirurgiões-dentistas estão alocados em 18 ESBs, com uma média de 2,3 ESFs para cada ESB. A distribuição de ESFs e ESBs por unidade encontra-se no quadro a seguir.

Quadro 1. Distribuição das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, de acordo com as unidades de saúde da família, AP 5.1, município do Rio de Janeiro, 2009

Unidade de PSF	Nº de ESFs	Nºde ESBs
CANCELA PRETA 1	2	1
CANCELA PRETA 2	4	2
CATIRI	3	1
COHAB	5	2
JACARÉ	2	1
JOÃO SALDANHA	2	1
MINUANO	1	0
OLÍMPIA ESTEVES	6	3
SÍLVIO BARBOSA	7	3
VILA DOS MINÉRIOS	3	2
VILA MORETI	2	0
VILA VINTÉM	5	2
TOTAL	42	18

Fonte: elaboração própria.

4.2 Critérios para seleção da área

A escolha da área a ser estudada se deve ao fato de o pesquisador ter atuado no PSF entre 2004 e 2007 como cirurgião-dentista na mesma. Em 2007, passou a fazer parte do Grupo de Apoio Técnico (GAT), agregando incumbências de dar suporte às ESFs e ESBs. O pesquisador desempenhou a função de coordenador técnico de uma das unidades de PSF e supervisionou oito das 15 ESBs da área entre agosto de 2007 e fevereiro de 2009 (à época, não existiam as três ESBs que hoje atuam no PSF Olímpia Esteves). Trata-se, assim, de uma amostra não-probabilística, intencional.

4.3 Caracterização do estudo, dos sujeitos e coleta de dados

Após apresentação do projeto de pesquisa ao Centro de Estudos da Coordenação de Área Programática (CAP) da AP 5.1, a fim de obter autorização para atuar em campo, foi realizada pesquisa qualitativa, de caráter exploratório. Segundo VÍCTORA (2000, p. 37), “os métodos qualitativos de pesquisa permitem a observação de vários elementos em um pequeno grupo, possibilitando a explicação de comportamentos, o que está intimamente ligado com o objeto do presente estudo”.

A coleta de dados foi feita, em primeiro momento, através de um inquérito fechado (Apêndice 1) que teve como objetivo apontar possíveis dificuldades encontradas pelos CDs no desenvolvimento das tarefas no PSF. Esse instrumento traz uma relação de procedimentos odontológicos, curativos e preventivos que, segundo a Norma Operacional Básica NOB/SUS 96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL, 1996b; 2001), devem ser de responsabilidade do nível da atenção básica. Também foram listadas atividades gerais da ESF que, por conseguinte, também são atribuições do CD.

Em uma segunda etapa, foram feitas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (Apêndice 2), após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3). A utilização do roteiro semiestruturado permite não somente a obtenção de informações, mas também a avaliação das atitudes do participante ao longo da entrevista, isto é, as mensagens que ele possa transmitir através de expressões e gestos corporais ou faciais. Além disso, as perguntas abertas deixam o entrevistado mais à vontade para expressar

opiniões e sentimentos acerca do tema abordado e otimiza o tempo, ao mesmo tempo em que dá “flexibilidade ao entrevistador e entrevistado percorrerem outros caminhos.” (FURTADO, 2008 *apud* TOBAR; YALOUR, 2001). Segundo Minayo (1992), os estudos de caso são flexíveis à metodologia por permitir a inclusão de múltiplos recursos de coleta de dados.

Quanto ao universo da pesquisa, foram selecionados 15 CDs, o que é considerado representativo de toda a população. A maior vantagem da amostragem intencional é seu custo baixo para seleção. Gil (2009) coloca que os estudos de caso não exigem a seleção de uma amostra numerosa, nem a realização de cálculos estatísticos complexos para que seus resultados sejam considerados satisfatórios.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um aparelho MP3 e transcritas, o que permite ao entrevistador maior liberdade para observar os participantes. Com isso, reações como hesitações, expressões faciais ou corporais e olhares sugestivos poderiam ser mais bem percebidos pelo pesquisador e anotados, o que poderia influenciar na análise dos dados (VICTORA, 2000).

Foram convidados a participar da pesquisa 15 dentistas que atuam nas Unidades de Saúde da Família da área pesquisada. A participação foi voluntária e todos estavam cientes dos objetivos da pesquisa. As entrevistas só foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os CDs que atuam no PSF Olímpia Esteves, uma vez que a referida unidade foi inaugurada durante o processo de coleta de dados. As unidades de PACS e o PSF de Minuano também foram excluídos da pesquisa, por não contarem com Equipes de Saúde Bucal.

Os critérios para escolha dos participantes foram os mesmos empregados para a seleção da área, já descritos no item 4.2 deste capítulo.

4.4 Pré-teste e piloto

Pré-teste prévio foi agendado e realizado na Área Programática 3.3, envolvendo um CD que lá atua. Julga-se o pré-teste importante para se estimar o tempo das entrevistas e realizar quaisquer adequações aos objetivos propostos.

O teste aconteceu no mês de julho de 2009. A estratégia para realização da entrevista foi igual à prevista para o estudo principal. Testou-se a adequação do instrumento (GRIEP et

al., 2003). As entrevistas foram realizadas ao longo do horário de trabalho, na própria USF, com data e horário previamente agendados entre os meses de agosto e dezembro de 2009. Os CD foram convidados a participar da pesquisa através de convites enviados por e-mail, além de contato telefônico.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita após transcrição das entrevistas. Os dados foram organizados, codificados e categorizados seguindo os critérios da análise de conteúdo descritos por Bardin (2004). Para categorização do material, empregou-se uma matriz de análise confeccionada a partir de uma planilha do Microsoft Excel.

O roteiro de entrevistas (Apêndice 2) é composto por 18 perguntas, que foram agrupadas em quatro partes, cada qual correspondendo a uma categoria de informações que se deseja obter, de forma a facilitar a análise dos dados, a saber: parte 1) dados gerais; parte 2) atividades desenvolvidas; parte 3) formação, e parte 4) percepção sobre a relação e integração com a equipe.

4.6 Questões éticas

O trabalho foi realizado dentro do preconizado pela Resolução nº. 196/96 (BRASIL 1996b). Portanto, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) do município do Rio de Janeiro, obtendo parecer favorável em 08/06/2009, sob o nº de protocolo 85/09 (Anexo 4). As entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido por cada participante (Apêndice 3).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Do inquérito

Os resultados obtidos com o questionário fechado, aplicado previamente às entrevistas individuais, revelaram situações interessantes que, de certa forma, complementam alguns dados obtidos através das entrevistas. Os inquéritos intentavam colher informações sobre possíveis dificuldades na realização, pelo CD, de procedimentos e atividades de responsabilidade do mesmo na atenção básica e no PSF.

Dos 12 inquéritos enviados, 11 foram devidamente respondidos e reenviados pelos sujeitos da pesquisa. Com relação aos procedimentos coletivos elencados, sete profissionais (58,3%) afirmaram não realizar bochechos fluoretados devido à falta de insumos. Nenhuma dificuldade foi apontada na realização dos outros procedimentos coletivos da lista.

Quanto às visitas domiciliares (VD), dois profissionais (16,6%) apontaram dificuldades para a realização desta tarefa, atribuindo-as, no inquérito, à dificuldade no cumprimento do cronograma. Outros empecilhos para a realização das VDs ficam evidentes em algumas entrevistas. Um dos profissionais, em seu discurso, afirmou:

Eu acho que a comunidade merecia uma maior inserção de toda a equipe de saúde da família no território, e que isso não acontece por causa da violência. (CD10).

Ou ainda:

[...] o agente comunitário não se aproximava [...] A gente ia nas reuniões implorando a presença pra, por exemplo, agendamento de visitas. (CD7).

Dificuldades com o cumprimento do cronograma também foram apontadas como causa para a baixa frequência ou não participação nas reuniões de equipe.

[...] o cronograma já é pouco e tem tantas outras coisas pra fazer que você perde de estar fazendo outra coisa mais importante pra estar fazendo coisas que, se a pessoa da função estivesse fazendo, não sobrecarregava o outro entendeu? (CD 12).

Quanto às atividades de gerência e planejamento de ações em saúde, as dificuldades são atribuídas a falta de insumos, falta de equipamentos, falta de conhecimento técnico (educação permanente) e também ao cumprimento do cronograma.

No elenco dos procedimentos clínico-restauradores, o primeiro dado a nos chamar a atenção foi a impossibilidade de dois profissionais (16,6%) realizarem qualquer tipo de procedimento invasivo, tais como cirurgias, tratamentos periodontais e procedimentos endodônticos. O motivo apontado pelos respondentes para a não realização de tais procedimentos foi a ausência de infraestrutura adequada à sua execução. Segundo eles, a sala que abriga o consultório odontológico do módulo de saúde onde trabalham tem uma infiltração no teto que perdura há mais de três anos. A quantidade de mofo é grande e torna o ambiente impróprio, devido à falta de biossegurança.

Esse é um importante dado, se considerarmos que alguns profissionais colocam em suas entrevistas que as ESFs acreditam que o CD que não atende integralmente no consultório não está exercendo função relevante. Como disse um entrevistado:

Dentista sempre foi muito vinculado à cadeira, né? Então, quando você tem num módulo profissional dentista que não está o tempo todo na cadeira, talvez outros profissionais possam visualizar aquilo como não estar fazendo nada. (CD2).

Ou ainda:

[...] a gente precisa de muitos equipamentos pra que o procedimento aconteça. E muitas vezes a falta desse material [...] nos impede de realizar o atendimento e [...] aqui na unidade nós ficamos nove meses sem compressor. Nós ficamos nove meses sem trabalhar na cadeira. [...] E... pra outras pessoas [...], a gente é visto como vagabundo que não está atendendo na cadeira. (CD7).

Quanto aos insumos necessários para a realização de procedimentos, não foram verificadas dificuldades relevantes.

5.2 Das entrevistas individuais

Das 15 entrevistas individuais propostas inicialmente, apenas 12 foram realizadas. A não realização de três entrevistas foi justificada pela incompatibilidade de horários de dois dos sujeitos e também por situações de conflito em uma das comunidades, o que inviabilizou a realização de uma entrevista.

As entrevistas individuais foram gravadas e transcritas em sua íntegra. Após a transcrição, os dados foram codificados e agrupados em dados gerais (informações como tempo de formado, tempo de atuação no PSF, vínculo empregatício e formação, que ajudaram

a traçar o perfil dos profissionais da área estudada) e três categorias de análise, a saber: (a) atividades desenvolvidas e participação da equipe; (b) formação e (c) impressões sobre a inserção do CD na equipe.

Essas categorias foram organizadas em uma planilha do Microsoft Excel, denominada matriz de análise, a fim de facilitar a interpretação dos dados. A apresentação dos resultados das entrevistas será feita a seguir.

5.2.1 Dados gerais

O perfil dos sujeitos da pesquisa foi construído dos seguintes aspectos: tempo de formado, tempo de atuação no PSF, formação, sexo e vínculo empregatício.

Do total de entrevistados, seis (50%) têm menos de dez anos de formados, o que representa metade da amostra. Dos seis sujeitos restantes, dois têm entre 10 e 19 anos de formado (16,6%), dois entre 20 e 29 anos (16,6%) e os dois restantes, mais de 30 anos (16,6%). Com relação ao tempo de atuação no PSF, sete profissionais afirmam ter menos de três anos de experiência (58,3%) e cinco, mais de três anos (41,6%). Vale ressaltar que o maior tempo de experiência em PSF, dentre os entrevistados, é de seis anos de atuação.

Segundo Nicolielo e Bastos (2002), em estudo realizado com dentistas da cidade de Bauru, existe uma relação entre o tempo de formado e a satisfação profissional. De acordo com esses autores, a satisfação profissional está relacionada ao desempenho profissional, autoestima, saúde e qualidade de vida do trabalhador.

Em relação às variáveis sexo e idade, constatou-se que a maioria dos CDs é composta por mulheres (58,3%) e menores de 40 anos (66,6%). De acordo com o Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro (CRO-RJ, 2010), o município espelha a realidade do país no que concerne ao perfil do CD. A amostra pesquisada reflete a realidade do município ao menos nos quesitos sexo e idade. Para o município, os percentuais são de 54% e 51%, respectivamente. Leidersnaider (2007) também relata predominância do sexo feminino e tempo de formação inferior a 40 anos em estudo realizado com profissionais de PSF do município de Três Rios.

Quanto ao vínculo empregatício, a relação entre os entrevistados é de um para um, ou seja, 50% da amostra são compostos por celetistas e a outra metade é regida pelo regime

estatutário. A questão do vínculo empregatício não foi abordada nas entrevistas, mas consideramos válido tecer algumas considerações. Apesar de os profissionais contratados pelo regime celetista terem todos os seus direitos trabalhistas assegurados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ao longo do tempo, alguns problemas foram enfrentados na área pesquisada. Episódios de atraso nos pagamentos, não só dos dentistas, mas de todos os contratados, eram comuns em períodos de virada de ano, quando o repasse financeiro do município aos órgãos contratantes também atrasa.

Barbosa (2008) faz referência a um estudo do MS realizado entre os anos de 2001 e 2002, com profissionais de PSF (médicos e enfermeiros) de 3.778 municípios brasileiros. Os resultados mostram que o tempo médio de permanência do profissional enfermeiro no programa é menor que um ano. O estudo sugere que a curta permanência esteja relacionada, dentre outros fatores, a vínculos empregatícios frágeis.

Os resultados desta pesquisa não se aplicam à área pesquisada, pois a despeito dos problemas já mencionados, a fixação do CD na AP 5.1 pode ser considerada efetiva. A média de tempo de permanência de profissionais contratados até o momento é de um ano e nove meses, acima da média do estudo do MS.

Outra questão importante era a diferença salarial entre as categorias. Os profissionais contratados recebiam uma gratificação diferenciada por longa distância em algumas áreas do município, e a AP 5.1 era uma delas. Isso gerava insatisfação nos profissionais estatutários, que tinham seus salários defasados em relação aos outros e continuavam a exercer a mesma função com a mesma carga horária.

[...] desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, a ênfase nos direitos dos profissionais de saúde tais como, condições mais dignas de trabalho e salário, formas contratuais seguras e reconhecimento social das categorias que compõem este setor são mencionadas. (BARBOSA, 2008, p. 37).

Finalizando a construção do perfil da amostra, analisou-se a formação dos sujeitos, chegando ao seguinte resultado: cinco CDs (41,6%) afirmam ter cursado ou estar cursando alguma pós-graduação ligada à Saúde Pública, Coletiva ou Saúde da Família. Os outros seis disseram não ter formação na área. Leidersnaider (2007), no entanto, encontrou percentual de 16,6% de profissionais com esse tipo de formação. Discutiremos este aspecto mais detalhadamente adiante, dentro de sua categoria de análise.

5.2.2 Atividades desenvolvidas e participação da equipe

Passando à primeira categoria de análise, optou-se por dividir a mesma em cinco subcategorias. (a) Das atividades; (b) Do cronograma; (c) Da referência e contrarreferência; (d) Da reunião de equipe; e (e) Da participação em práticas educativas. Na primeira delas, são analisados os discursos referentes ao conhecimento das atribuições do CD no PSF e atividades realizadas pelos mesmos. Os resultados da análise apresentam-se a seguir:

5.2.2.1 Das atividades

As ações de promoção, atendimento clínico restaurador e visitas domiciliares foram citadas por todos os entrevistados como atribuições executadas por eles. Em seguida, o Dentescola foi mencionado por 11 dos 12 entrevistados. O desenvolvimento de ações intersetoriais, além do Dentescola, não foi mencionado por nenhum sujeito.

Apenas dois CDs afirmaram desenvolver atividades ligadas à supervisão da equipe e educação permanente. Outra atividade pouco realizada é o levantamento epidemiológico – esta de suma importância para executar ações de vigilância epidemiológica. Apenas um sujeito afirmou desenvolver ações de planejamento, deixando nítido que o CD não participa do planejamento local com a equipe.

É importante salientar que ações de vigilância epidemiológica, ações intersetoriais e de planejamento das ações desenvolvidas pela equipe são responsabilidades atribuídas, pelo MS, aos profissionais de saúde bucal, incluindo-se aí os CDs (COSTA; CARBONE, 2004).

Quando indagados a respeito da participação de outros membros da ESF nas atividades que desenvolvem, observa-se que a categoria mais participativa é a dos agentes comunitários de saúde seguidos dos enfermeiros, como afirma um dos sujeitos:

[...] Sem dúvida nenhuma quem eu destaco é o agente comunitário de saúde. É ele que faz toda a diferença no programa. Se há um destaque é o agente comunitário de saúde. (CD10).

Os auxiliares de enfermagem aparecem em terceiro lugar na escala de participação, e os médicos são os que menos participam, sendo mencionados por apenas três CDs. Quando indagada sobre a participação da equipe técnica em suas atividades, uma colega responde:

Nunca participam. Do grupo da odontologia não. Eles têm os grupos deles e eu é que participo dos grupos deles, agora eles do meu... nunca. (CD4).

Essa afirmação talvez indique uma tendência de movimento do dentista em direção à equipe, na área estudada, para tentar uma inserção. Outros discursos corroboram isso:

Se a equipe de saúde bucal não arregança as mangas, não grita e não chora por que quer mamar, ela não é absorvida pela equipe de saúde da família de uma maneira natural. A inserção da equipe de saúde bucal na ESF no Rio de Janeiro depende pura e exclusivamente do profissional. (CD10).

Ou ainda:

Assim... eu me ofereço. Raramente eles me chamam. Normalmente eu que me ofereço pra participar. (CD4).

5.2.2.2 *Do cronograma*

Nesta subcategoria, buscou-se avaliar a compatibilidade do cronograma de trabalho dos sujeitos com suas atividades. No município do Rio de Janeiro, assim como na área pesquisada, é sugerido aos profissionais um cronograma dividido em turnos de quatro horas, elaborado da seguinte forma: seis turnos para atendimento clínico, dois para práticas educativas (que geralmente são utilizados para o Dentescola), um destinado às visitas domiciliares e o último para atividades administrativas e reunião de equipe.

O cronograma sugerido serve para nortear o profissional na hora de organizar suas atividades. O CD tem liberdade para alterá-lo segundo a necessidade epidemiológica da comunidade. Seis entrevistados não consideram o cronograma de trabalho adequado às necessidades da comunidade que atendem. Cinco o consideravam adequado e um, parcialmente adequado. Apesar disso, sete entrevistados (58,3%) não tinham nenhuma crítica a fazer ao cronograma.

Neste ponto começa a se desenhar uma situação interessante. Quando indagados se havia alguma crítica ao cronograma, a maioria dos profissionais (nove dentistas), independentemente de acharem o cronograma adequado ou não, teceram considerações acerca da grande demanda para a odontologia no PSF.

Eu acho que a questão realmente é sobrecarga no número de pessoas. Uma população que o dentista é responsável na saúde da família, acho que tá fora da

realidade, porque você atende um número muito grande [...] porque é desproporcional com relação ao médico. (CD9).

[...] eu acho que a gente nunca vai ser suficiente. [...] aonde a gente tem na unidade cinco equipes pra duas de saúde bucal, então a gente nunca... se uma equipe já se sente apertada dentro do seu cronograma e atende a uma microárea específica, com sua população muito menor, imagina a gente da odontologia que atende mais que o dobro da população que uma equipe de saúde da família. (CD7).

[...] a população era muito grande... são dois dentistas, duas dentistas pra sei lá... quase 30.000 pessoas. (CD2).

O cronograma até acho (adequado). O que eu acho é que, o que não atende bem à comunidade seria a quantidade de profissional. Porque o cronograma, ele tá assim bem de acordo né. Acontece que a quantidade de população pra cada CD é que... vamos dizer assim... é injusta. (CD8).

Acreditamos que as necessidades curativas acumuladas da população possam criar uma tendência de dedicação maior, no cronograma, para o desenvolvimento de tais ações, uma vez que o cronograma é flexível de acordo com as necessidades da comunidade.

5.2.2.3 Da referência e contrarreferência

Outra questão interessante foi a precariedade do sistema de referência e contrarreferência da área apontada por alguns entrevistados. Juliani e Ciampone (1999) definem o sistema de referência e contrarreferência como a articulação entre unidades de diferentes níveis de atenção. Na área pesquisada, no momento da realização da coleta de dados, havia apenas um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)⁵ em implantação. Mesmo que essa unidade secundária estivesse em seu pleno funcionamento, não seria suficiente para atender os cerca de 700.000 habitantes da área.

A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. (BRASIL, 2004, p.14).

Serra e Rodrigues (2007) realizaram estudo no qual avaliaram o sistema de referência e contrarreferência na AP 3.1 do Rio de Janeiro. Segundo os autores, para haver resolutividade no PSF, é preciso que haja apoio de serviços de média complexidade, como consultas e exames especializados, como forma de garantir a integralidade da atenção (acesso

⁵ Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. Classificados como Clínicas de Especialidades ou Ambulatório de Especialidades. BRASIL. Disponível em: <http://portal/saude/area.cfm?id_area=406>. Acesso em: 30 jan. 2010.

dos usuários a diferentes níveis de complexidade). Vilarinho et al. (2007) também fazem referência, em seu estudo sobre o perfil do CD atuante no PSF de Teresina-PI, à descontinuidade da atenção odontológica nos níveis secundário e terciário.

Com a precariedade do sistema de referência e contrarreferência da área, é necessário encaminhar os usuários para outras APs, o que não garante a continuidade da atenção por conta, dentre outros fatores, do fluxo de acesso a essas unidades. Muitos usuários não têm como arcar com o custo das passagens. (SERRA; RODRIGUES, 2007).

Uma coisa que eu acho que pode ressaltar aqui é a questão dos encaminhamentos, que a gente faz muita coisa e a gente não tem referência pra fazer. Quando tem a gente nunca consegue um retorno. Contrarreferência então é uma coisa que em dois anos que eu estou no PSF eu vi uma voltar. (CD3).

Eu acho que pra gente um dos grandes problemas é a questão da referência e contrarreferência, que aqui na área não é estruturada [...]. (CD10).

5.2.2.4 *Da reunião de equipe*

A presente subcategoria diz respeito à participação em reuniões de equipe. Os profissionais foram indagados quanto a sua participação ou não nas reuniões, como participavam e que assuntos geralmente eram abordados.

Uma equipe multidisciplinar é formada por diversos membros, e cada um deve exercer e ser responsável por seu saber específico, porém sem desconsiderar a necessidade de interação dos saberes, de forma a prestar melhor assistência a pessoas com múltiplas necessidades (COLOMÉ, 2005).

Segundo Peduzzi (1998), a interação entre os profissionais deve se dar de forma comunicativa, promovendo a integração da equipe. Schraiber (1999) coloca que o trabalho do outro e a necessidade do mesmo devem ser reconhecidos pela equipe para que haja a articulação das ações.

[...] a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. (BRASIL, 2004, p. 6).

Considerando o exposto, acredita-se que a reunião de equipe seja um espaço potencial para que ocorram essa almejada troca e interação de saberes. No entanto, assuntos gerais e de

ordem prática, como informes e afins, apesar de importantes, não devem estar sempre dominando a pauta de reuniões em detrimento de discussões mais relevantes.

Silva e Trad (2004) observaram, em estudo realizado em município baiano, que a reunião semanal da ESF estudada concentrava-se em assuntos de natureza administrativa, dando conta parcialmente de assuntos que demandam reflexão conjunta.

Em nosso estudo, nenhum entrevistado afirmou não participar de reuniões de equipe, porém cinco deles participam raramente. Isso pode ser atribuído ao fato de que, na área pesquisada, a proporção entre ESF e ESB é de 2,3 para 1. Cada CD é cadastrado em uma equipe, mas deve dar cobertura, em alguns casos, a mais de duas. Devido a essa característica, alguns profissionais não participam das reuniões das equipes às quais prestam assistência. Participam apenas das reuniões gerais da unidade, como afirmam alguns sujeitos:

E a odontologia, nós não somos um para um por exemplo. [...] os nossos atendimentos, os nossos turnos às vezes são diferentes, por exemplo, o turno de reunião de equipe, muitas vezes não tem como conciliar o horário. (CD7).

É... a gente tem um pouco de dificuldade com relação à reunião de equipe pelo fato de não pertencer a uma equipe só. (CD7).

Bom, cada equipe tem sua reunião. [...] de 15 em 15 dias e até uma vez ao mês tem a reunião de todas as equipes.. na reunião de cada equipe eu não participo porque se não eu não teria nem horário pra isso. [...] Eu só participo quando é a reunião geral, de todas as equipes, aí eu participo. (CD3).

No que diz respeito aos assuntos abordados na reunião, nove entrevistados citaram que os assuntos de ordem geral (informes da CAP, entrega de estatísticas, dentre outros) predominam nesses encontros. Discussões sobre o processo de trabalho e planejamento foram mencionadas por cinco e quatro colegas, respectivamente. As discussões de caso são menos frequentes, sendo sinalizadas por apenas dois sujeitos.

[...] só fala de atendimento de médico e enfermeiro. [...] Mas quando eu quero falar alguma coisa pra equipe inteira aí eu fico de olho pra ver que dia da reunião pra remanejar os pacientes pra participar da reunião **deles** [grifo nosso]. Normalmente é pra solicitar, pra falar alguma coisa que eu não gostei, ou pra pedir pros agentes comunitários pra fazer uma listagem pra mim... (CD4).

Quanto ao nível de participação, 50% afirmaram-se participativos. Do restante, 50% não souberam definir suas participações e a outra parte participa de forma passiva. Um dos CD pesquisados, apesar de ser participativo nas reuniões de equipe, coloca que o desconhecimento sobre determinados assuntos contribui para o distanciamento do profissional durante as reuniões, deixando claro a necessidade de educação permanente.

[...] a gente percebe que a gente sempre teve essa questão da odontologia um pouquinho à parte do PSF, como se fosse uma outra equipe. [...] muitas vezes eu me sinto um pouco inútil dentro daquela reunião [...] vamos discutir questões sobre o tratamento dos tuberculosos, a abordagem dos tuberculosos daquela área. E às vezes nem formação pra isso eu tenho. [...] é uma limitação minha e de outros profissionais que trabalham com a gente e também sentem o mesmo problema. (CD11).

É importante colocar que o fato de o CD não participar das reuniões de todas as equipes não quer dizer que não haja interação entre a equipe em si. A questão é que o CD fica fora das discussões da equipe, participando apenas da reunião geral, em que predominam os assuntos de ordem administrativa.

A falta de comunicação entre a ESB e a ESF também surge como fator que dificulta a participação nas reuniões. Além disso, existem evidências de que o CD não se sente parte importante dos processos decisórios e de discussão.

[...] a gente nem sabe do início de quando vai ser a reunião. E aí a gente é convidado só quando há interesse do restante da equipe. Interesse no que diz respeito à alguma informação específica da saúde bucal. (CD8).

[...] eles também não comunicam nada. Eu fico sabendo assim... vou lá na frente e fico sabendo que tem reunião. É assim que tá funcionando. (CD4).

[...] Eu sou muito objetivo. [...] quando eu começo a ver que o assunto tá se prolongando muito eu peço a palavra, dou o meu recado e saio da reunião. [...] Eu saio da reunião porque eu percebo que o meu voto não é favorável ali dentro. (CD6).

[Participo da reunião] falando ué! Mas não sou ouvida. Creio que não tem muito resultado não. (CD13).

[...] como membro que sou, extremamente participante, eu dividiria a reunião de equipe nessas duas partes: uma nós da ponta costumamos chamar de lavação de roupa suja né. E a outra é o planejamento das ações e isso realmente, em “Conchinhas”,⁶ funciona. Eu atesto que funciona. (CD10).

5.2.2.5 *Da participação em práticas educativas*

Encerrando a primeira categoria de análise, foi verificada a participação dos sujeitos em práticas educativas e grupos de educação em saúde. O objetivo desta análise é avaliar se o CD pesquisado tem participação não só na execução, mas também no planejamento e construção das ações em conjunto com a ESF.

⁶ Foram dados nomes fictícios às unidades mencionadas nas entrevistas, a fim de manter a identidade dos sujeitos em sigilo.

A totalidade dos entrevistados afirma que participa de práticas educativas e grupos de educação em saúde, seja na unidade ou em espaços na comunidade. Porém, a maioria (60%) atua de forma pontual, ou seja, executa alguma ação, mas sem participação em seu planejamento. Só planejam quando é uma atividade exclusiva da saúde bucal.

Quando é uma atividade da saúde bucal, sem dúvida [participamos do planejamento]. Na equipe de saúde bucal isso é planejado em grupo. Agora a inserção da saúde bucal nos outros grupos é muito pacote pronto. (CD10).

[...] Porque já trouxeram tudo planejado. Não fui convidada pra... só fiz a minha parte né. Fiz a palestra, aplicação de flúor. Só isso. (CD13).

[...] o planejamento acontece, mas na verdade assim, eu faço com o pessoal da odontologia mesmo né [...] mas com a equipe mesmo [...] geralmente não acontece isso. (CD12).

Ressaltamos que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é atribuição de todo membro da ESF “participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe a partir da utilização dos dados disponíveis.” (BRASIL, 2006, p. 43).

5.2.3 Formação

A próxima categoria de análise visou a subsidiar uma avaliação da influência do aspecto “formação” na percepção do CD sobre sua inserção na ESF. Oito (66,6%) dos 12 CDs pesquisados afirmaram ter pós-graduação. Dos que dizem possuir o título, cinco (62,5%) são na área da Saúde Pública.

Martins et al. (2009) inquiriram 86 profissionais dentistas atuantes no SUS sobre seus conhecimentos a respeito do sistema em que estão inseridos. Os resultados demonstraram que existe a necessidade premente de treinamento desses profissionais, a fim de capacitá-los a atuar com saúde pública. Mais de 60% não souberam definir equidade e 52% acreditavam que o controle social era realizado pela Secretaria de Promoção Social. A realidade mostrada no estudo supracitado não corresponde à realidade da área pesquisada; 91,6% da amostra (11 sujeitos) já passaram por algum curso ou treinamento na área de Saúde Pública ou Saúde da Família, incluindo-se aí o treinamento introdutório.⁷ Com isso, acredita-se que tenham adquirido conhecimentos não só acerca dos princípios do SUS, como também de diretrizes do PSF, que estão contemplados na Portaria nº 2.527, de outubro de 2006, que define os conteúdos mínimos para o curso introdutório em nível nacional (BRASIL, 2006b).

⁷ Treinamento introdutório: processo específico de capacitação que visa a introduzir a ESF aos seus trabalhos. “[...] visa a discutir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF instrumentalizar as equipes na organização inicial do seu processo de trabalho” (BRASIL, 2000b, p. 11).

Ressaltamos que, se comparada à média nacional, a porcentagem de CDs que passou pelo introdutório na AP 5.1, é bem maior que a de médicos e enfermeiros, que totalizam 61,9% e 69,4%, respectivamente. (LEIDERSNAIDER, 2007).

No entanto, é importante frisar que a maioria da amostra recebeu formação nos moldes tecnicistas. Podemos deduzir isto pela média de tempo de graduação dos profissionais, que é de 13,5 anos. Isso significa que em 2002, ano em que o MEC publicou as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação, a maioria da amostra já era formada ou ainda cursava a faculdade. Vilarinho et al. (2007) afirmam que a maioria das faculdades de odontologia ainda enfatiza muito o aspecto científico. Segundo os autores, devido à dívida histórica da odontologia com a sociedade brasileira, os usuários exigem tratamento curativo, o que faz com que os profissionais diminuam suas atividades de promoção e prevenção. Abaixo, seguem discursos que corroboram esses autores.

Geralmente a dúvida é: quando vai ter vaga? Porque como já foi dito, a demanda é muito maior do que o que se oferece. Em termos de atendimento clínico né. O pessoal (comunidade) ainda não conseguiu entender, e é até fácil de entender isso, de entendê-los, pois vêm de uma carência grande do atendimento clínico [...] a questão preventiva sem o atendimento clínico simultâneo não tem... é difícil a aceitação. (CD8).

As pessoas [comunidade] não conseguem enxergar que essa outra forma de atenção em saúde também dá resultado. Só acham que o atendimento é primordial. O nosso trabalho é diferenciado, a gente tem que pensar no trabalho educativo, na promoção e prevenção como uma forma mais abrangente, que nesses momentos a gente consegue atingir um número maior de pessoas. (CD7).

Você não vai conseguir tratar todo mundo. É difícil tratar todo mundo. Você tem novos casos e é uma bola de neve, você enxuga gelo praticamente. Você tem os adultos que têm cárie, aí você tem as crianças que continuam com cárie as gestantes que o filho já tem cárie. Então eu acho assim uma coisa super positiva o modelo. Mas eu acho que, na minha opinião, a odontologia com essa defasagem dificulta muito o trabalho. (CD9).

Quando indagados sobre quais cursos ou treinamentos julgavam úteis para o desenvolvimento do trabalho em PSF, 40% apontaram, dentre outros, o treinamento de tuberculose e hanseníase como um dos mais importantes. Talvez porque a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município dê muita ênfase ao programa de tuberculose, uma vez que o Rio de Janeiro é área endêmica da doença, em especial o Centro e a Zona Oeste da cidade, onde está localizada a AP 5.1. (VICENTIM et al., 2002).

[...] Ou então até um caso de hanseníase que eu poderia numa VD ou até com o paciente na cadeira diagnosticar e nunca tive treinamento sobre isso. (CD4).

Mas acho assim interessante ter treinamento de hansen, tuberculose, vacina. (CD2).

Além das citações ao treinamento de tuberculose e hanseníase, houve 18 alusões a treinamentos aplicáveis a toda a ESF, e apenas três a treinamentos específicos da área odontológica. Dentre os treinamentos citados, destacamos o de imunização, AIDPI⁸ e treinamentos em promoção da saúde e práticas educativas.

[...] a nossa formação da faculdade foi totalmente aquela de que eu sou um copo vazio e você vem e me enche de conhecimento. E a gente, pra você promover saúde a primeira coisa é a troca de conhecimento, e aí nessa hora muitas pessoas têm receio em fazer por nunca ter feito. [...] promoção da saúde é um tópico muito importante de ser treinado, mas assim, não somente a especialidade da profissão, mas sim a equipe como um todo. (CD7).

Os resultados acima descritos demonstram um maior interesse dos profissionais pesquisados em expandir seus conhecimentos a outras áreas que devem ser de competência comum a todos os membros de uma ESF. Vilarinho et al. (2007) salientam que os CDs do PSF de Teresina (PI) ainda se encontram atrelados ao modelo curativo, porém conscientes de suas atribuições enquanto profissionais do SUS. No entanto, há um discurso comum, entre os CD pesquisados, de que não há interesse, seja da equipe ou da gestão local, de que os mesmos participem de treinamentos oferecidos às ESF. Entretanto,

A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui ação estratégica para a transformação das práticas em saúde. É imprescindível que sejam despendidos tempo e esforços para a qualificação desses profissionais na construção de novos saberes, valores e práticas voltadas para a qualidade de vida. (LEIDERSNAIDER, 2007, p. 91).

E eu sinto falta de informações a respeito desse tipo de trabalho e até como você pode ajudar mais [...] Normalmente quando abre [treinamento] é só pra enfermeiro e pra médico. (CD9).

[...] as muitas capacitações que existem dentro do PSF, que a CAP fornece normalmente os profissionais da saúde bucal não são convidados a participar. Na minha experiência de dois anos e um mês de PSF, todos os treinamentos que eu fiz foram dentro da saúde oral. (CD2).

Outros discursos parecem justificar o fato de o CD da área pesquisada não ser costumeiramente convidado a participar de capacitações que não sejam específicas da saúde bucal. Alguns implicam a responsabilidade em si mesmos, outros apontam questões histórico-culturais para tal.

Então a odontologia é, historicamente, ela é vista como um apêndice da medicina. [...] e quando você transporta essa lógica na verdade, na verdade para o inconsciente das equipes, por mais que a pessoa tenha um discurso integrador, quando ela monta a equipe e coloca o dentista à parte, se esse dentista não for um *galinha*, um cara que chegue e se relacione bem, [...] ele não é absorvido pela ESF de uma maneira

⁸ AIDPI: Atenção Integrada às Doenças da Infância.

natural. [...] A inserção da equipe de saúde bucal na ESF no Rio de Janeiro depende pura e exclusivamente do profissional dentista. (CD10).

[...] eu acredito que é cultural ter o CD em uma posição destacada na saúde pública dentro de uma equipe de saúde de alguma unidade. Isso é uma coisa que não se via. Não se está acostumado. Então, como não se está acostumado a ver, não se dá o valor a esse profissional. (CD8).

De acordo com os resultados apresentados até este ponto, conseguem-se vislumbrar algumas das dificuldades enfrentadas pelo CD na sua interação com a equipe, o que ficou mais evidente quando da análise da próxima categoria.

5.2.4 Inserção do CD na equipe

A última categoria trata das impressões do CD da AP 5.1 com relação a sua inserção na ESF. Aqui, buscamos avaliar a participação do CD no planejamento de ações da ESF, sua relação com a mesma e com os agentes comunitários, e também procuramos detectar fatores que, na opinião dos entrevistados, podem dificultar essa inserção.

Cinquenta por cento dos entrevistados disseram participar de ações de diagnóstico e planejamento da equipe. Dos 50% restantes, 83,3% afirmam não participar desse processo e 16,6% (um sujeito) relatam que não há planejamento em sua equipe.

Quando indagados sobre como era a relação entre ESB e ESF, 58,3% dizem que esta relação é boa ou muito boa, e 41,6% que é ruim ou muito ruim. Os números se repetem quando perguntados se se sentiam integrados à equipe: 58,3% afirmam que sim e os 41,6% restantes se dizem não integrados, porém não há uma relação direta entre esses resultados. Isto é, dos que consideram a relação entre ESB e ESF boa ou muito boa, nem todos se sentem integrados à equipe e vice-versa.

Para avaliar o grau de interação com os agentes comunitários, indagou-se qual era a frequência que um agente comunitário procurava o profissional dentista para sanar dúvidas ou relatar algum caso pertinente à saúde bucal: 50% (seis sujeitos) afirmam que raramente são procurados por agentes comunitários; 33,3% (quatro sujeitos) dizem que essa procura é frequente e 16,6% (dois sujeitos) que é muito frequente.

O assunto mais frequente entre ACSs e CDs é a questão do agendamento e fluxo de atendimento na cadeira. Com exceção de um entrevistado, todos os outros concordam nesse

ponto. Alguns atribuem esse fato à grande demanda e à expectativa da comunidade com relação ao serviço, como dito anteriormente.

Ao considerar as afirmações acima e associá-las ao fato de que não existe um sistema de referência e contrarreferência estruturado na área, e, além disso, a relação entre o número de CDs e de ESFs não é favorável, pode-se supor que é difícil para o ACS administrar a demanda da saúde bucal da comunidade. Isso talvez possa influenciar o relacionamento desse profissional com o CD. Ressaltamos também que os próprios sujeitos da pesquisa consideram os ACSs os membros que mais interagem com a equipe de saúde bucal através da participação conjunta em diversas atividades.

A gerência sobre o ACS também foi uma questão levantada por alguns entrevistados, inclusive como fator que pode dificultar a integração da equipe.

[...] a odontologia não tem gerência com os ACS. Então a gente tem uma dificuldade muito grande de trazer os agentes comunitários pra fazer alguma atividade na saúde bucal. Esse é um ponto que dificulta muito... que acho que mantém essa distância até dos próprios agentes com a gente. (CD6).

Eu só faço isso (requisita o ACS para fazer VD) porque aqui eles têm dificuldade de chamar a odontologia pra fazer VD. [...] Eu queria que outros profissionais se envolvessem, mas eu tenho essa dificuldade de envolver outros profissionais na atividade com a odontologia. (CD4).

Mas eu vejo assim... desinteresse dos ACS de nos ajudar nesse negócio de VD. Eles gostam de ajudar... o que a enfermagem falar, eles fazem tudo. Tudo o que elas mandam. [...] Tem um pouco de revolta nisso aí. (CD13).

[...] tem dia que eu tenho dificuldade pra chamar o ACS. Tem um grupo de... sei lá, cinco ACS. Dois estão entrosados, três eu puxo e tem uns que eu não consigo. Eles servem mais aos enfermeiros do que à gente. (CD13).

É importante informar que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, dentre as atribuições do enfermeiro está a de “planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS.” (BRASIL, 2006, p. 44). Portanto, os enfermeiros são tidos como supervisores da equipe da qual fazem parte. Eles são responsáveis pela organização do processo de trabalho e pela supervisão dos ACS. Visto isso, acreditamos que, de forma natural, os ACSs considerem o enfermeiro uma “chefia” e, com isso, priorizem atividades que os enfermeiros julguem mais importantes. Cabe ao CD dialogar com a equipe, em especial o enfermeiro, no intuito de discutir as prioridades, buscando um equilíbrio nessa dita “gerência” dos ACSs.

Por fim, solicitou-se aos profissionais pesquisados que apontassem fatores que dificultassem a interação do CD com o restante da ESF. Os resultados obtidos são apresentados a seguir.

O fator mais citado como dificultador da interação foi a relação numérica entre ESB e ESF. A relação entre ESB e ESF na área, como dito anteriormente, é de 2,3 ESFs para cada ESB. Porém, essa relação ficará mais desfavorável uma vez que a atual gestão municipal aumentou essa relação para três ESFs por ESB.

De acordo com a Portaria nº 673/2003 (BRASIL, 2003), é de competência do município alterar a relação ESF x ESB de acordo com sua necessidade. No entanto, pode ser um equívoco, no caso do Rio de Janeiro, alterar essa relação, considerando-se tratar do segundo maior município do país, com 6.186.710 habitantes e 23,85% de incidência de pobreza (IBGE, 2010).

[...] o que soou pra gente bastante estranho é o fato de a gente já trabalhar com três equipes para cada profissional de saúde... cada equipe de saúde bucal, e a meta era essa. A gente já achava isso muito pra uma equipe [...] E um dentista para três é praticamente impossível. (CD11).

Toda equipe é um médico e um enfermeiro não é? Porque não tem também um dentista? Um por equipe? Até porque não tem como a gente atender. Não dá. A população é muito grande, então você fica... fica difícil. [...] Acho que a odontologia fica um pouquinho mais afastada por conta disso. (CD3).

[...] acho que poderia melhorar essa distribuição de profissional em termos de número de equipes. [...] se você considerar odontologia com necessidades, com número de equipes que você tem que assistir, acho que isso dificulta muito o trabalho. Tanto o trabalho curativo quanto o preventivo. (CD9).

Concomitantemente à diferença numérica entre os profissionais, a própria dicotomia de nomenclaturas das equipes, segundo alguns sujeitos, pode dificultar a inserção.

Acredito que até pelo próprio termo usado pelo Ministério. São cinco equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal. A própria nomenclatura já separa a equipe de saúde bucal da equipe de saúde da família. (CD6).

[...] porque quando eu falo saúde da família eu tô me excluindo dela. É isso que eu tô falando pra você. Que existem coisas inconscientes, como a criação dos nomes ESB e ESF que já excluem a odontologia naturalmente ao invés de incluir. (CD10).

A capacitação inadequada de alguns profissionais foi mencionada por seis dentistas como fator dificultador na interação entre CD e equipe, trazendo novamente à discussão a necessidade de educação permanente dos profissionais.

[...] a gente vê profissionais assim que vieram do serviço de emergência, que trabalha a vida inteira salvando vida ali, onde o atendimento é o primordial, é 100% do trabalho, e caem pessoas assim no saúde da família que não têm nenhuma noção do

que é o trabalho e aí na hora da gente montar um processo de trabalho é muito mais difícil. (CD7).

Surgiram em alguns discursos colocações bastante interessantes acerca da localização do consultório de saúde bucal na unidade. Alguns profissionais colocam que esse fator contribui muito para o afastamento do CD da equipe. Ressaltamos que, das oito USFs representadas neste estudo, quatro possuem consultórios de saúde bucal construídos de forma afastada do restante das salas. Coincidentemente, dos seis CDs que trabalham nessas unidades e participaram do estudo, cinco não se consideram integrados à equipe, e o único que se considerada bem integrado desferiu o seguinte discurso:

[...] a própria estrutura das instalações da saúde bucal dentro das unidades de saúde da família pioram essa relação. Você pode pegar alguns exemplos como: no meu caso em “Conchinhas” a saúde bucal, ela fica no final do corredor do segundo andar. Um cadeirante ou uma pessoa com dificuldade de locomoção não tem como ir lá. “Pedrinhas”, que é um lugar que você conhece, a saúde bucal fica fora da estrutura do prédio. São detalhes materiais visuais concretos que acabam refletindo na própria inserção desse profissional. (CD10).

Outros discursos corroboram o anterior:

[...] como o meu consultório é aqui atrás, se eu não vou lá na frente me meter eu não fico sabendo de nada que tá acontecendo aqui na unidade. (CD4).

Outra coisa que eu enxergo é essa distância física dentro do módulo. (CD6).

A gente tenta se integrar né. [...] a equipe tem lá o seu médico, seu enfermeiro, seu auxiliar de enfermagem e querendo ou não eles convivem diariamente ali nas práticas diárias da equipe [...] a odontologia fica no fundo da unidade. (CD7).

Outro aspecto apontado foi o desconhecimento da equipe com relação às atribuições do CD no PSF. Os profissionais alegam que outros membros da equipe ainda têm uma visão de que a odontologia deve-se centrar nas ações curativas, no atendimento clínico e que, por conta disso, acabam sendo excluídos pela equipe em algumas situações.

Eles acham que odonto é só boca né. Que a gente é só boca, que a gente não vê a pessoa como um todo. Então como é só boca, eles excluem mesmo a gente das outras coisas, até mesmo dos cursos [...]. (CD4).

Eu acho que uma questão que pertence a todas as equipes é a questão de os outros profissionais não saberem o papel da odontologia no PSF. Dentista sempre foi muito vinculado à cadeira né? (CD2).

Quatro profissionais colocaram a violência como um determinante na realização ou não de ações que envolvem diferentes membros da equipe, como as visitas domiciliares e atividades de grupo na comunidade.

Agora não tem sido muito frequente [ACS procurar o CD], até por causa da violência, dos problemas da comunidade. Volta e meia a gente não pode ir na rua, né. E eles acabam ficando aqui dentro fazendo outras coisas, então realmente isso acaba também prejudicando o trabalho. (CD12).

O problema de “Areia Vermelha” é que é um módulo onde as coisas não iam muito pra frente porque tudo era muito descontinuado por conta das recorrentes incursões policiais, então começava-se um grupo e duas semanas depois não tinha porque o módulo fechava, então assim, era complicado com relação a isso. (CD2).

Outros fatores, como a empatia pessoal, fatores histórico-culturais (já comentados anteriormente) e sobrecarga de tarefas também foram mencionados. Um profissional sugere em seu discurso que, se todos conhecerem seu papel dentro do processo de trabalho, fica mais fácil ter melhor integração em equipe.

[...] às vezes mesmo sem procurar eu procuro estar ajudando, faço coisas até fora da minha função [...]. Não adianta você querer fazer mil coisas e no final não fazer nada. [...] o cronograma já é pouco e tem tantas outras coisas pra fazer que você perde de estar fazendo outra coisa mais importante pra estar fazendo coisas que se a pessoa da função estivesse fazendo não sobrecarregava o outro entendeu? (CD12).

Como dito anteriormente, por desconhecer as atribuições do CD na ESF e historicamente acreditar que a odontologia é complementar à atenção e não parte dela, algumas equipes desvalorizam a ESB como um todo, como evidencia o seguinte discurso:

[...] A J., nossa auxiliar, ela não participa de capacitação quase nenhuma. Mas na hora de carregar peso, de contar medicamento eles lembram da odonto pra gente ir lá contar. Aí na hora de participar de outras coisas, por exemplo a reunião de equipe, que é uma coisa tão simples, a gente quase não participa. (CD4).

6 CONCLUSÃO

Ao fim do presente estudo, conclui-se que o CD atuante no PSF da AP 5.1 está em processo de inserção na Equipe de Saúde da Família. Não só pelos achados estatísticos, nos quais vislumbramos uma diferença numérica pequena entre os que se percebem integrados e os que não, mas porque a odontologia em si se encontra nesse processo, conforme verificamos através da literatura.

Foram identificadas várias dificuldades vivenciadas pelos profissionais para uma inserção efetiva na ESF. Parte dessas dificuldades pode ser enfrentada no nível local, pela própria equipe, em conjunto com o CD. Fatores como o relacionamento interpessoal, participação pouco efetiva na gerência do processo de trabalho e falta de comunicação são variáveis que podem e devem ser mudadas pelos próprios profissionais. Para que se desenvolvam as competências comuns, essenciais para o bom desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, deve haver um movimento da equipe no sentido de buscar o conhecimento sobre o papel do CD no PSF. E a via contrária também deve ser feita. O CD deve-se apropriar de outros conhecimentos, além dos eminentemente técnicos, e socializar os seus, para buscar maior inserção na equipe da qual faz parte, e dela não é apenas um apêndice.

No entanto, dificuldades maiores, e de pouca governabilidade da equipe, existem. A maior questão é a forma desproporcional de inserção de ESB no PSF pelo próprio Ministério da Saúde. Associada à demanda reprimida, graças a décadas de vigência de um modelo de atenção excludente e a um sistema de referência e contrarreferência pouco resolutivo, tem-se a fórmula para a manutenção do modelo curativista dentro da ESF. Ao se somar a tudo isso a ideia de alguns profissionais, que trazem em sua bagagem cultural e de vivência do modelo hegemônico a crença de que a odontologia é um tipo de atenção complementar, e não parte integrante da atenção em saúde, a inserção do CD se torna mais difícil. Esse raciocínio se reflete inclusive na arquitetura das unidades, como visto ao longo da pesquisa.

Outro desafio é vencer essa mesma cultura no imaginário do público usuário do PSF: “Para que serve um dentista na unidade senão para resolver a minha dor de dente?”. Ainda há um longo caminho a percorrer até pendermos a balança promoção/prevenção x tratamento curativo/restaurador para o lado que desejamos. No entanto, percebe-se que há algo diferente. Já existem a discussão, a vontade e a reflexão. Apesar de todas as dificuldades, no local do

estudo havia profissionais conscientes de seu papel enquanto trabalhadores do SUS. São pessoas que mostram vontade de adquirir conhecimento e conquistar seu espaço nas equipes.

Sabe-se que as políticas públicas em saúde bucal têm sido propostas com mais intensidade nos últimos anos. No entanto, há um atraso com relação às políticas de saúde como um todo, como é o caso das ESBs no PSF. Os profissionais da odontologia, não só os CDs, mas também os auxiliares e técnicos em saúde bucal, devem buscar fomentar discussões no intuito de buscar uma adequação mais rápida dessas políticas. Além de estarem cientes de suas atribuições na estratégia e buscar sua inserção junto às equipes, devem se fazer representar em fóruns de discussão das políticas, como as reuniões dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, cobrando também dos órgãos de classe (conselhos, associações e sindicatos) maior presença nesses espaços.

Talvez nos primeiros dez anos da década atual, a odontologia tenha conquistado muito mais do que em todo o século passado. Não estamos falando de conquistas trabalhistas ou políticas, mas da conquista da cidadania da profissão, através da ampliação do acesso a seus serviços para a população. O caminho ainda é longo, mas ao que parece estamos no rumo. Como disse um de nossos entrevistados:

Chegamos por último e estamos tentando nos integrar. À medida que o profissional vem se destacando e mostrando que é um profissional de saúde pública também, as diferenças vão se mitigar. Mas é um processo. Está em andamento. (CD8).

REFERÊNCIAS

AGRIPINO, G.G. et al. A Odontologia e o Programa de Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. **Odontologia. Clín.-científ.**, Recife, v. 3, n. 6, p. 213-218, 2007.

ALBUQUERQUE, R.R.S. de. **Contribuições para a discussão da formação do odontólogo a partir da inserção da saúde bucal no PSF**. 2004. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

BALDANI, M. H. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul-ago, 2005.

BARBOSA, S. de P. **Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga - MG: motivações e adversidades**. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - UNESA, Rio de Janeiro, 2008.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Porto: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: Ministério da Educação, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96)**. Brasília: CNS, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1990(a).

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080)**.-Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990 (b).

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Brasil Sorridente**. Disponível em http://portal/saude/area.cfm?id_area=406 - Acesso em: 26 nov.2008.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: Série Pactos pela Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444/2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2527/2006**. Define os conteúdos mínimos para o Curso Introdutório para profissionais do Saúde da Família. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <bvsm.sau.gov.br/bvs/.../politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <conselho.sau.gov.br/biblioteca/.../2_conf_saudebucal.doc>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: <dab.sau.gov.br/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Lígia Maria Vieira da. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência & Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1697-1710, 2006.

COLOMÉ, I.C.S. **Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família na Concepção de Enfermeiras**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO RIO DE JANEIRO. *Revista do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: CRO, jan. 2010.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

EMMI, D.T. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 35-41, 2006.

FACCIN, Deniz. **Processo de Trabalho em Saúde Bucal: em Busca de Diferentes Olhares para Compreender a realidade**. 2006. 61 f. Dissertação (Especialista) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Abeno**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FURTADO, V.S. **Análise da implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em farmácia no Estado do Rio de Janeiro: um estudo exploratório**. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GARBIN, C.A.S. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Abeno**, v. 6, n. 1, p. 6-10, 2006.

GIL, A.C.. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDSCHIMIDT, I.L. Território: espaço físico e social. In: ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE ENFERMEIRA IZABEL DOS SANTOS. **Guia Curricular do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: Etis, 2006. p. 51-54.

GRIEP, R.H. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-85, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD)**. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm, Acesso em: 11 mar. 2009.

_____. **Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rj>>. Acesso em: 31 jan. 2010.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do Sistema de Referência e Contra-Referência no Contexto do Sistema Único de Saúde: a Percepção de Enfermeiros.. **Rev. Esc. Enf. Usp**, São Paulo, v. 33, n. 4, p.323-333, 1999.

LEIDERSNAIDER, S.C.L. **A Saúde da Criança no Município de Três Rios: quanto Caminhamos com o Programa de Saúde da Família?**. 2007. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

MARTINS, R.J. et al. Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.75-82, 2009.

MASCARENHAS, M.T.M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMNF): uma agenda para reflexão. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Niterói, v. 60, n. 26, p.82-102, 2002.

MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 20, p.1538-1544, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christóvam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, p.898-906, 2005.

MOREIRA, I.C.H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ: o dentista de Família**. 1999. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B.da. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 24, p. 241-246, 2008.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J.R.de M. Satisfação Profissional do Crurgião-dentista Conforme Tempo de Formado. **Rev. Fac. Odontologia de Bauru**, Bauru, v. 2, n. 10, p. 69-74, 2002.

OLIVEIRA, J.L.C. de; SALIBA, N.A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 0, p.297-302, 2005.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta1 - Conferência de Alma Ata**. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.

PARAJARA, F.; LEAL, K. ART: mudando o jogo da cárie. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 9-20, 2002.

PATACO, V.; VENTURA, M.; RESENDE, E. **Metodologia para trabalhos acadêmicos e normas de apresentação gráfica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2006.

PEDROSA, J.I.dos S. Consenso e diferenças em equipes do Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças Tecnológicas e seu Impacto no Processo de Trabalho em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde**. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, A.C. A inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(supl. 1): 1367-1377, Campinas, 2009.

PONTES, Norma de S. Thiago. **Processo de Trabalho em Saúde Bucal: a Experiência no PSF do Município de Petrópolis**. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PUCCA JUNIOR, G. Por um Brasil Sorridente! **Rev. ABO Nac.**, v. 12, n. 2, p. 73-75, 2004.

RABELLO, S.B.; CORVINO, M.P.F. A inserção do CD no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Odontol**, n. 58, v. 6, p. 366-367, 2001.

RIO DE JANEIRO. Estado. **Decreto nº 2.0311**, de 30 de julho de 2001: Cria o Programa de Saúde Bucal para os alunos da Rede municipal de ensino - Dentescola. Rio de Janeiro, 2001.

. Estado. Mirella Giongo. Superintendência de Saúde Coletiva da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Impacto do Programa de Saúde e Cidadania**. 2004. Disponível em: <www.saude.rio.rj.gov.br/media/art_dentescola_ms.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2010.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. **Análise de Conteúdo e Análise de Discurso: Aproximações e Afastamentos na (Re)construção de uma trajetória**. Campinas: Alea, 2005.

RONCALLI, A.G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: Tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 9-14, 1999.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Unico de Saúde. In: PEREIRA, A.C. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SANCHEZ, Heriberto Fiúza; DRUMOND, Marisa Maia; VILAÇA, Ênio Lacerda. Adequação de Recursos Humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.523-531, 2008.

SERRA, Carlos Gonçalves. **A Saúde Bucal como Política de Saúde: Análise de três experiências Recentes: Niterói, Campinas e Curitiba**. 1998. 237 f. Dissertação (Mestre) - Departamento de Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contra-referência no Programa de Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, s/n., p. 211-222, 2007.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O Trabalho em Equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.221-242, 1999.

SOUZA, T.M.S.de; RONCALLI, A.G. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 23, p. 2727-2739, 2007.

TANAKA, O.Y.M.C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como Fazer Teses em Saúde Pública**: Conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VICENTIM, G.; SANTO, A.H.; CARVALHO, M.S. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 253-263, 2002. VICTORA, C.G. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: Uma Introdução ao Tema. Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.

VILARINHO, S.M.M.; MENDES, R.F.; PRADO JÚNIOR, R.R. Perfil dos Cirurgiões-Dentistas Integrantes do Programa de Saúde da Família em Terezina (PI). **Revista Odontológica Científica**, Teresina, v. 22, n. 55, p. 48-54, 2007.

XAVIER, B. Importância da inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da família. **Jornal Odontológico da FAFICA**. São Paulo, v. 7, n. 1. 2007.

APÊNDICE 2

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Entrevista n° _____

Data: _____

PARTE I - DADOS GERAIS

1. Tempo de formado
2. Sexo
3. Há quanto tempo atua no PSF?

PARTE 2 - QUANTO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1. Quais atividades você desenvolve no PSF?
2. Das atividades que desenvolve, em quantas e quais há a participação de outros membros da equipe? Que membros participam? Cite exemplos dessas atividades.
3. Você considera o seu cronograma de trabalho adequado às necessidades da comunidade? Existe alguma crítica que queira fazer a esse cronograma?
4. Participa das reuniões de equipe? Como é a sua participação?
5. Costuma participar de práticas educativas e grupos de saúde? De que forma? Pontual ou planejada? Cite um ou mais exemplos.
6. Existem discussões de casos na equipe? Que assuntos são abordados?
7. Com que frequência o Agente Comunitário lhe procura para relatar um caso ou sanar dúvidas a respeito de assuntos pertinentes à saúde bucal?

PARTE 3 – QUANTO A FORMAÇÃO

1. Possui alguma pós-graduação? Qual?
2. Realizou algum curso ou treinamento na área de Saúde Pública ou Saúde da Família?
3. Caso a resposta anterior tenha sido positiva, em qual instituição cursou e em que ano?
4. Aponte aqueles cursos ou treinamentos que você julga que seriam úteis para o desenvolvimento de seu trabalho no PSF, justificando sua resposta.

PARTE 4 - QUANTO À PERCEPÇÃO DE RELAÇÃO COM A EQUIPE

1. Você participa do processo de diagnóstico e planejamento de ações de sua equipe? Cite exemplos.
2. Como é a relação da equipe de saúde da família com a equipe de saúde bucal?
3. Você se sente integrado à equipe?
4. Aponte fatores que, em sua opinião, podem dificultar sua integração com o restante da ESF.

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro colega,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE SUA INSERÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DE CASO EM ÁREA PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, realizada pelo cirurgião-dentista Wagner de Araújo Monteiro, mestrando em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá e integrante do Programa de Saúde da Família da A.P. 5.1.

O referido trabalho tem como objetivo analisar as impressões dos cirurgiões-dentistas que atuam na A.P. 5.1 – Rio de Janeiro a cerca de sua inserção na Equipe de Saúde da Família. Vale ressaltar que sua participação não é obrigatória e que a qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa.

Sua participação é de suma importância para o estudo e consistirá em responder a uma entrevista com perguntas relacionadas às atividades desenvolvidas por você no PSF, sua formação acadêmica e quanto à sua percepção de integração com a equipe. Todas as informações obtidas na pesquisa são confidenciais e sob nenhuma circunstância haverá quebra de seu anonimato quando da divulgação dos dados.

Quaisquer dúvidas sobre a pesquisa poderão ser sanadas a qualquer momento por telefone ou e-mail do pesquisador, que constam em cópia deste termo que vos será entregue logo após seu consentimento e assinatura.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa ou responsável

Vagner de Araújo Monteiro
Estrada do Pau Ferro 1100, Bl. 02 Aptº 204, Freguesia, Rio de Janeiro. CEP: 22745-056.
Telefones: (21) 33091192; (21) 91629793.
E-mails: sisoincluso@oi.com.br; vmonteiro@rio.rj.gov.br.

ANEXO 1 – PROTOCOLO DE PESQUISA



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 113A/2009

Rio de Janeiro, 08 de junho de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vice-Coordenadora: Salésia Felipe de Oliveira</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chripim Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzana Alves da Silva</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 85/09 CAAE: 0097.0.314.308-09</p> <p>TÍTULO: Percepção do cirurgião dentista sobre sua inserção na Equipe de Saúde da Família: um estudo de caso em Área Programática do Município do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vagner de Araújo Monteiro.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Área Programática 5.1.</p> <p>DATA DA APRECIACÃO: 08/06/2009.</p>
--	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761