

## Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)

### *Professional profile of dentist for practice at Brazilian National Health System*

Juliana Pasti Villalba\*  
Paulo Roberto de Madureira\*\*  
Nelson Filice de Barros\*\*

#### Resumo

**Introdução** – O objetivo deste estudo foi descrever o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica de saúde no município de Campinas e analisar sua adequação para atuação no Sistema Único de Saúde. **Material e Métodos** – A população deste estudo foi constituída pelos 259 cirurgiões-dentistas, sendo que deste total, 147 responderam a um questionário estruturado com questões fechadas aplicado para abordar o perfil desses profissionais e complementado com quatro questões dissertativas que serviram de subsídios para verificar a visão que esses cirurgiões-dentistas têm sobre a política de saúde na qual eles estão inseridos e a relação da formação com a prática atualmente realizada. **Resultados** – Os resultados mostraram predomínio do sexo feminino, com idade entre 37 e 46 anos, na sua maioria casados e com a média de 17 anos de experiência profissional, portanto sem formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos cursos de graduação. Observou-se que 27% dos cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo fizeram pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva e 75% tiveram algum tipo de capacitação para a prática no SUS promovido pela Prefeitura Municipal de Campinas (PMC). **Conclusões** – Conclui-se que a educação permanente foi fundamental para a aproximação com o SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Paideia.

Palavras-chave: Política de saúde; Programa Saúde da Família; Mercado de trabalho; Recursos humanos em Odontologia

#### Abstract

**Introduction** – The aim of this study was to describe the professional profile of dentists of the basic public health service of Campinas and analyze their suitability for performance in the Brazilian National Health System. **Materials and Methods** – The studied population consisted of 259 dentists, among these 147 answered to a structured quiz with questions to approach the profile these professionals. The quiz, complemented with four dissertating questions, served to verify the vision that these dentists have about public health policy in which they are involved and verify the relation between the instruction and practice realized nowadays. **Results** – The results showed a predominance of females, age ranging from 37 to 46 years, mainly married, with mean professional experience of 17 years, nevertheless without preparation for the Brazilian National Health System during undergraduate period. It was observed that 27% of the dentists participating in this study did postgraduate course in public health and 75% had some practical training course at Brazilian National Health System organized by the Campinas City Hall. **Conclusions** – It has been concluded that permanent education was fundamental for approximation with the Brazilian National Health System, the Family Health Program and the Paideia program.

Key words: Health policy; Family Health Program; Job market; Dental staff

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo social em construção permanente, sendo fundamental a contínua discussão sobre seu modelo de atenção, os paradigmas explicativos do processo saúde-doença que o embasam e o papel de diferentes profissionais que nele atuam. Nos últimos anos, porém, após o advento do SUS, o ensino das áreas da saúde tem se defrontado com novos desafios, como a produção de conhecimentos adequados às necessidades de uma população em constante

transformação social, cultural e comportamental<sup>1,7,9</sup>.

O descompasso entre a formação dos profissionais de saúde, a necessidade dos serviços, principalmente aqueles que configuram o primeiro nível de atenção, e as necessidades de saúde da população é um desafio para o setor público brasileiro. Esse problema tem adquirido importância crescente, tornando-se cada vez mais visível para os gestores, que não podem contar com um quadro de profissionais preparados para atuar no âmbito da atenção básica e, conseqüentemente, fortalecer este nível de atenção no SUS. Nesse cenário, a profissão Odontologia

\* Doutora em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora da Universidade Paulista (UNIP) – Campinas. E-mail: jpvillalba@unip.br

\*\* Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

não ficou à margem das transformações vividas pelos sistemas de saúde nas últimas décadas. A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas – em termos de promoção, proteção e recuperação – impulsionou a decisão de orientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de Saúde da Família<sup>3,11,17,20</sup>. Entretanto, a reorganização dentro desse novo modelo requer profissionais capacitados, com uma visão ampliada de saúde, capazes de compreender indivíduos, famílias e comunidade de forma sistêmica e integral; requer também currículos e programas de capacitação orientados para atender a essas necessidades, em consonância com a realidade dos sistemas municipais, de modo a permitir que tais profissionais intervenham de forma qualitativa – no sentido de planejar, desenvolver e avaliar as ações de saúde bucal, buscando responder às necessidades da comunidade<sup>19</sup>.

Este trabalho objetiva traçar uma análise do perfil dos cirurgiões-dentistas inseridos no Programa Paideia Saúde da Família do município de Campinas, implementado no ano de 2001, ancorado nas diretrizes do Programa de Saúde da Família.

## Material e Métodos

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

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

O instrumento para a coleta de dados foi do tipo questionário estruturado contendo três partes destinadas: à identificação pessoal, à formação profissional e à atividade profissional e política de saúde com um total de doze questões fechadas e questões dissertativas com o objetivo de maior aproximação do perfil profissional.

Os resultados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva, com cálculo de frequências e organizados para melhor descrição dos resultados. Para analisar as questões dissertativas foram criadas categorias analíticas, com base no referencial teórico, e categorias empíricas a partir da análise do material coletado após o emprego do agrupamento das respostas realizado previamente. A validação dessa análise teve como critério a leitura de um docente da área da Saúde Coletiva para visualizar também as categorias.

## Resultados e Discussão

### *Identificação pessoal dos cirurgiões-dentistas*

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

No Brasil, um estudo realizado em 2003 pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas<sup>13</sup> (In-brape), demonstrou que 72% dos cirurgiões-dentistas têm menos de 40 anos, e que a faixa etária com maior concentração, 29,5%, é a de 26 a 30 anos. Segundo Machado<sup>14</sup> (1997), o crescente incremento de novas escolas, que conseqüentemente aumenta o número de jovens cirurgiões-dentistas no mercado de trabalho, fornece um elemento de caracterização da profissão, qual seja, o “rejuvenescimento do contingente odontológico”. Tal fenômeno ocorre em decorrência do *boom* da abertura de escolas de Odontologia no final da década de 60 e no início da década seguinte. Nota-se que a faixa etária dos cirurgiões-dentistas da rede básica do município de Campinas é maior que a média dos cirurgiões-dentistas do Brasil<sup>13</sup>. Isso se explica pela dificuldade da inclusão desse profissional no serviço público, onde apenas 26,2% dos cirurgiões-dentistas do Brasil são empregados nesse setor.

A feminilização da profissão também é um fator importante. A saúde acompanhou esse processo e observa-se com maior clareza na categoria médica e odontológica. Essas profissões eram exercidas quase exclusivamente por homens, diferentemente de outras como é o caso da enfermagem que, por tradição, é exercida até hoje predominantemente por mulheres<sup>13,15,21</sup>. Podem-se listar várias hipóteses consideradas para tal fenômeno tais como o campo que explora a paciência, a observação, a minúcia, o acolhimento, e que principalmente não provoca um rompimento radical com suas atividades no âmbito doméstico, já que a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados em Campinas, 70%, é casada.

### *A formação profissional*

Observa-se que a maioria dos cirurgiões-dentistas que atua na rede básica do município de Campinas graduou-se na Pontifícia Universidade Católica (PUC) do próprio município. Comparados com os dados nacionais de 2003<sup>13</sup>, que registram que 52% dos cirurgiões-dentistas do Brasil fizeram a graduação em escola privada e 48% em escola pública, os dados deste estudo indicam certa equivalência entre os cirurgiões-dentistas que dele participaram: 56,5% fizeram a graduação em escola privada e 43,5% em escola pública. É curiosa essa equivalência, considerando que os cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo são formados em média há 17 anos, e os dados nacionais apontam que o aumento do crescimento do setor privado em educação superior ocorreu mais intensamente nos últimos 10 anos. Portanto, conclui-se que os cirurgiões-dentistas de Campinas tiveram a facilidade do acesso à escola privada que está situada no próprio município desde 1949.

No estudo realizado sobre o perfil dos estudantes de Odontologia do Estado de São Paulo<sup>11</sup> demonstrou que a figura do especialista é muito marcante desde o ingresso no curso e acentua-se durante a sua formação profissional. Dos 147 cirurgiões-dentistas deste estudo, 60,5% fez pós-graduação, com 55% tendo cursado alguma especialização, 5% mestrado e 1% doutorado. Nota-se que é mínima a percentagem de profissionais com formação

*stricto sensu*. Quanto ao tipo de especialidade, observa-se que 27% dos cirurgiões-dentistas que participaram deste estudo fizeram pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva. Levando em consideração os dados do CFO10 (2005) que concluiu que de um total de 210.777 cirurgiões-dentistas existentes no Brasil, aproximadamente 0,6% tem formação especialista na área de saúde coletiva; informação bastante valiosa para este estudo, pois indica que há, atualmente, uma grande concentração de especialistas em saúde coletiva no município de Campinas. Um fato importante é que 22% entre os 27% dos cirurgiões-dentistas concluíram a especialidade em saúde coletiva no período entre 2002 e 2006, ou seja, um período recente e posterior à inserção do cirurgião-dentista na equipe saúde da família; posterior também à implementação dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família nos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família<sup>4,18</sup>.

### **Atividade profissional**

A maior parte dos cirurgiões-dentistas ingressou na Prefeitura Municipal de Campinas na década de 1990 (57,1%); da década de 60 até a de 80 totalizam 30,7%, e de 2000 a 2005, período que coincide com a inserção da Odontologia no PSF, apenas 12,2% foram contratados. Esses dados diferem do quadro geral do Brasil que mostra um crescimento de cirurgiões-dentistas no setor público devido o aumento das equipes de saúde da família. Isso significa que quando foi estruturada a saúde da família, em Campinas, houve uma reorganização em relação a esses cirurgiões-dentistas que já atuavam na rede.

No presente estudo, considerando o cumprimento das cargas horárias semanais na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) de 36h (43,5%), 30h (7,5%) e 20h (49%), constatou-se que, além da atuação na rede básica, apenas metade dos cirurgiões-dentistas exerce a prática liberal. Dos cirurgiões-dentistas da rede que exercem também a prática liberal, 35,5% possui algum tipo de convênio odontológico. Segundo Mendes<sup>17</sup> (2005), as supostas vantagens que fazem com que os profissionais busquem a chamada odontologia suplementar representada pelas operadoras de planos de saúde são aumentar rendimentos e ter um fluxo de pacientes maior. No entanto, como nem sempre proporcionam condições ideais para a prática da odontologia liberal, o resultado é menos qualidade no atendimento e nos serviços prestados, e a insatisfação dos consumidores.

### **Concepção da política de saúde**

Com o agrupamento das respostas referentes às quatro questões dissertativas foi possível estabelecer as seguintes categorias:

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

### **Conhecimento do SUS como política de saúde**

A maioria dos sujeitos participantes da pesquisa reconhece como princípios do SUS aqueles definidos como doutrinários, ou seja, universalidade, integralidade e equidade. Os princípios organizativos são lembrados com menor frequência e, entre eles, o que menos aparece é o controle social. Contudo, considera-se significativo que sejam os aspectos doutrinários os marcadores das definições propostas pelos respondentes; o que coincide com Vasconcelos e Pasche<sup>22</sup> (2006), que consideram tais princípios constituintes dos requisitos básicos para a afirmação da cidadania, considerando o acesso à informação também parte desse direito. Pôde-se observar em algumas respostas – com frequência menor, porém não menos significativa – que a universalidade é entendida como uma expansão da prestação da assistência odontológica para outras faixas etárias além da infantil.

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

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

A partir dessa identificação nas respostas é possível pensar na presença de uma visão evolucionista da profissão, por parte desses respondentes, influenciados ainda pelas idéias difundidas pelo modelo do sistema incremental<sup>20</sup> vivido pela Odontologia, apesar de o conceito de universalidade não se resumir em faixas etárias.

### **Modelo de atenção à saúde**

No município de Campinas, na gestão de 2001-2004, foi colocado em prática o modelo assistencial denominado Paideia, sob a liderança de Gastão Wagner de Sousa Campos. Como alguns cirurgiões-dentistas responderam *“Paideia é uma palavra grega que significa formação integral do ser humano”*. Isso representa o que o Programa da Secretaria de Saúde de Campinas almejou: fazer clínica, saúde pública e gestão, em busca de uma síntese representada pelo respeito ao saber técnico e ao popular, mas considerando os interesses e o desejo dos agrupamentos, combinando lógicas distintas, colocando os objetivos institucionais em questão, mas nunca paralisando a ação social em defesa da vida. O Método Paideia possui a peculiaridade de ter sido desenvolvido em uma cidade que já dispunha de uma grande rede de atenção básica à saúde em funcionamento, e que agregou às equipes e profissionais já existentes equipes de saúde de família financiadas parcialmente pelo Ministério da Saúde. Entretanto, a implantação dessas equipes não seguiu apenas as diretrizes gerais do Programa de Saúde da Família; houve um processo reflexivo e de criação que considerou o contexto do município, e contou com os conhecimentos teóricos e a experiência dos gestores municipais, levando à formulação do *“Projeto Saúde Paideia”*<sup>2,4</sup>.

Pôde-se observar nas respostas apresentadas pelos ci-

rurgiões-dentistas acerca do entendimento do Paideia, o predomínio de uma compreensão como uma modificação ou uma adaptação do Programa de Saúde da Família para o município de Campinas.

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

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

As respostas apresentadas indicam que o projeto Paideia foi considerado pelos cirurgiões-dentistas uma simples transposição das diretrizes do PSF proposto em nível da política nacional de saúde, quando, em verdade, a proposta pretende avançar em conceitos que orientam o processo de trabalho em saúde, como forma de consolidar o SUS como política de Estado, por meio da qualificação do PSF como estratégia para que ocorra de fato esse fortalecimento<sup>5</sup>.

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

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

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

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

Mesmo considerando que essas manifestações não foram as predominantes, entende-se que revelam a incorporação de conceitos desenvolvidos a partir da elaboração do Paideia, indicando uma evolução quanto à definição conceitual que predominou no projeto. Essa possibilidade de interpretação surge a partir da leitura de que a simples transposição do PSF governamental não oferece subsídios suficientes para esse grau de formulação presente nas respostas, e que envolvem conceitos sobre: acolhimento, clínica ampliada, sistemas de co-gestão coletiva, produção singular do sujeito entre outras. Entende-se que a evolução dessa compreensão foi facilitada pelo aprofundamento do Paideia como método para subsidiar de forma qualificada o trabalho em saúde com vistas à alteração do modelo assistencial.

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

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

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

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

O objetivo da integração desses novos profissionais é a responsabilidade integral pela atenção à saúde das pessoas e de famílias; o médico de família para Campinas tem como núcleo de competência e responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos; e como campo de responsabilidade, a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança e à saúde da mulher. O Programa Paideia se distingue pela formação de equipes multiprofissionais, com capacitação e atuação em ambiente propício à troca e à soma de saberes, e pelo atendimento diferenciado aos usuários do sistema<sup>5</sup>.

O fato de a incorporação de profissionais especialistas na atenção básica estar prevista não significa a garantia de atenção integral, pois a especialização e multiplicação de profissionais que intervêm de modo fragmentado é um dos fatores que têm dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária e, praticamente, impede a clínica compartilhada<sup>6</sup>.

#### **Formação acadêmica e educação permanente**

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

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

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

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



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

O período de formação dos participantes da pesquisa demonstrou que 74% iniciaram a sua formação antes da década de 90, condição esta que, somada à introdução de disciplinas das áreas de humanidades na formação, podem explicar o contato mais recente dos cirurgiões-dentistas com a área da saúde pública; em que pese já existirem desde a década de 70 algumas experiências voltadas para esse campo de práticas<sup>16</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

A necessidade e a importância da educação permanente foram explicitadas pelos cirurgiões-dentistas, tanto para os cursos de especialização em saúde coletiva como para a capacitação promovida pela Prefeitura Municipal de Campinas (PMC). Essa afirmação pode ser confirmada pelos dados de formação apresentados pelos respondentes,

a partir dos quais se constata que 27% desses profissionais fizeram especialização em saúde pública ou saúde coletiva e 75% tiveram algum tipo de capacitação pela PMC. A proposta de formação permanente, segundo o Programa Paideia<sup>4</sup>, objetivou ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde.

### *Perfil do profissional*

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

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

*“Dedicação, doação e compromisso...”  
“Gostar de atender pacientes carentes...”*

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

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

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

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

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

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

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

*“Capacitar-se sempre: primeiro na graduação, depois também.”*

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

É imprescindível que as instituições de educação superior assumam que a formação para o SUS deve ocorrer desde a graduação<sup>12</sup>; contudo, nota-se que não foi isso que aconteceu com os participantes da pesquisa. A formação na graduação apresentou-se deficiente e a aproximação com a área da saúde coletiva se deu após a graduação, por meio da educação permanente. Ao pensar o perfil profissional, outro grupo de respondentes aponta a preocupação com as condições de trabalho e salário que envolve os recursos físicos, materiais e humanos, para a qualificação do trabalho em saúde e as condições de sobrevivência.

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

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

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

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

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

## Conclusões

Ao estudar os cirurgiões-dentistas da rede municipal de Campinas, partiu-se da hipótese de que havia lacunas importantes entre a sua formação, em nível da graduação,

e sua inserção na rede básica de saúde do município. Entretanto, os resultados apresentados surpreenderam no que se refere à visão desses profissionais com relação ao SUS e sua mais recente estratégia de reorganização das práticas de saúde, conhecida como Estratégia da Saúde da Família. Pôde-se perceber que os cirurgiões-dentistas, apesar de reconhecerem predominantemente que tiveram defasagem de conhecimentos da área da saúde coletiva em sua graduação, detêm importantes noções sobre o SUS e a Estratégia da Saúde da Família.

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

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

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

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

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

indivíduos, famílias e comunidades.

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

## Agradecimento

Aos cirurgiões-dentistas da rede básica do município de Campinas que participaram do estudo.

## Referências

1. Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno). Reunião paralela 22º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 29 jan. 2004.
2. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz; 2006. p.783-836.
3. Araújo, ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Rev Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):179-82.
4. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Paidéia: as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004. [acesso 04 nov 2004]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes.htm>
5. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz; 2006. p.53-92.
6. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Carvalho ACP, Kriger L, organizadores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
8. Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1ª. Brasília, 1986. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 1986.
9. Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3ª. Brasília, 2004. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde; 2005.
10. Conselho Federal de Odontologia. Faculdades de Odontologia existentes no Brasil [acesso 10 jul 2005]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>
11. Freitas SFT, Nakayama MY. Um perfil do estudante de odontologia no Estado de São Paulo. *Rev Divulgação*. 1995;10:29-37.
12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):490-8.
13. Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas (Inbrape). Perfil do cirurgião-dentista no Brasil. Londrina; 2003.
14. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
15. Machado MH. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970 / 80. *Cad Saúde Pública*. 1986;2(4):449-65.
16. Melo MM. As diretrizes curriculares nacionais e os cursos paranaenses de Odontologia: processo de construção e perspectivas de implementação [Dissertação de Mestrado]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2004.
17. Mendes JH. A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP [Dissertação de Mestrado]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo; 2005.
18. Ministério da Saúde. Projeto de apoio à implementação e consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde; 2002.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. *Informe Atenção Básica*. 2001;2(7).
20. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
21. Rabello SB, Godoy CVC, Padila WVN. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva*. 2000;57(2):52-60.
22. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. *In*: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec: Fiocruz; 2006. p.531-62.

Recebido em 20/7/2009

Aceito em 14/9/2009