

**Reflexões Sobre a Inserção do Cirurgião Dentista na Estratégia Saúde da  
Família: Levantamento e Revisão Bibliográfica a Partir de 2004**

**Carmen Magda Almeida de Castro**

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em Psicologia Clínica -  
Ênfase em Saúde Comunitária - sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ângela Mattar Yunes.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Março, 2011

Dedico este trabalho aos meus colegas de turma do Curso de Especialização – Psicologia em Saúde Comunitária, por me trazerem um olhar multidisciplinar a minha vida pessoal e profissional

Agradeço a minha família e amigos pela compreensão e apoio dado ao longo da execução deste trabalho, por entenderem a minha ausência do convívio familiar e social.

Agradeço principalmente a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> e Dr<sup>a</sup> Maria Ângela Mattar Yunes por acreditar no meu olhar psicossocial de Cirurgiã Dentista.

“Entender não é uma questão de inteligência e sim de sentir, de entrar em contato”

Clarice Lispector.

## SUMÁRIO

<b>Resumo .....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo I. Introdução.....</b>	<b>7</b>
1.1 Aspectos Históricos da Criação da Equipe Saúde Bucal na ESF, Perfil do Profissional e sua Inserção na Equipe de Saúde Bucal na ESF.....	7
1.2 Programa Saúde da Família.....	7
1.3 Equipe de Saúde Bucal – ESB na ESF .....	11
1.4 O Trabalho do CD na ESF sob o Panorama da Bioecologia do Desenvolvimento Humano de Urie Bornfenbrenner .....	14
1.5 Objetivos.....	16
<b>Capítulo II. Método .....</b>	<b>17</b>
2.1 Análise de Dados .....	17
<b>Capítulo III. Resultados.....</b>	<b>18</b>
3.1 Inserção do CD na ESF .....	19
3.2 A Relação do CD com o Usuário da ESB .....	22
3.3 A Relação do CD e sua Equipe na ESF.....	27
3.4 Avaliação do CD na ESB da ESF.....	29
<b>Capítulo IV. Discussão .....</b>	<b>31</b>
<b>Capítulo V. Considerações Finais .....</b>	<b>35</b>
<b>Referências .....</b>	<b>37</b>

## **Resumo**

O presente trabalho elaborou uma revisão de literatura nas principais bases de dado como Scielo, Lilacs, Bireme e Google Universitário sobre a inserção do Cirurgião Dentista (CD) na Estratégia Saúde da família a partir de 2004. E teve como objetivo fazer uma reflexão da inserção do CD na ESF sob o olhar da Teoria Bioecologica do desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. O CD ainda está voltado para um trabalho clínico-restaurador e isolado da equipe da ESF, mas observa-se a partir dos trabalhos de 2006 um interesse interdisciplinar e psicossocial por parte da Equipe de Saúde Bucal, para melhor cumprir com as diretrizes da ESF. É um trabalho em construção, com anseio de mudanças do trabalho tradicional, uma maior, maior interação das equipes e valorização profissional dos CDs que compõe as Equipes de Saúde da Família. Conclui-se que a partir de uma ação cuidadora por parte do CD e sua equipe, há a possibilidade de promover ao usuário melhor acesso, acolhimento e vínculo, vislumbrando um futuro que permita ao usuário e sua família desenvolvimento humano dentro das Equipes Saúde da Família.

**Palavras-chaves:** Estratégia Saúde da Família; Saúde Bucal; Equipes de Saúde Bucal.

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos Históricos da Criação da Equipe Saúde Bucal na ESF, Perfil do Profissional e sua Inserção na Equipe de Saúde Bucal na ESF

O **Programa Saúde da Família ou PSF**, teve início em 1994, como um dos programas propostos pelo Governo Federal aos municípios para implementar a atenção básica e de reorientação das práticas sanitárias no Brasil. O Cirurgião Dentista (CD) passou a fazer parte deste programa a partir do ano 2000, criando-se então a Equipe de Saúde Bucal. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março (Brasil, 2006), onde ficava estabelecido que o **PSF** é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica – que tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do **SUS**: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Desta forma, o presente estudo buscará conhecer as orientações básicas do **PSF**, no que tange o papel da Equipe de Saúde Bucal. Pretende-se ainda realizar um estudo acerca da inserção do CD na ESF sob a perspectiva das publicações de estudos realizados a partir de 2004 até os dias atuais. Num segundo momento, pretende-se tecer considerações críticas sobre as práticas e as interações do CD com as famílias atendidas tendo como base teórica a abordagem bioecológica de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner.

### 1.2 Programa Saúde da Família

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade (Brasil, 1988). Além disso, é preciso remarcar que os objetivos do SUS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômico e social a assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações

assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 2008). Assim, a universalidade, a integralidade, a equidade, o controle social, o direito à informação, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e a descentralização político-administrativa são os princípios que regem o funcionamento do SUS (Brasil, 2008).

Entretanto, o modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática “hospitalocêntrica”, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços. Analisando todo este contexto e visando enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo assistencial Brasileiro, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, como resposta intencional a essa conjuntura, a implantação do Programa Saúde da Família – PSF (São Paulo, 2000).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido atualmente compreendido, pelo Governo Federal, como uma política pública de atenção primária a saúde (APS), sendo o primeiro contato da população com o serviço de saúde e uma estratégia para reorientação do sistema de saúde, auxiliando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS e organizando o sistema numa rede articulada com os outros níveis de atenção (Brasil, 1997). Por isso, apesar de ter sido “batizado” como Programa, este tem sido denominado mais recentemente através da Portaria de Nº 648, de 28 de março de 2006 como, *Estratégia*, ESF – Estratégia Saúde da Família<sup>1</sup> (Brasil, 2006), e constitui a ampliação da perspectiva de um programa de ações de saúde, para que fique explícita a proposta de uma forma de reorganizar o modelo de atenção que visa integralidade (Camargo-Borges & Cardoso, 2005).

Uma das principais estratégias da ESF, é sua capacidade de propor alianças, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, como da educação, cultura, transporte, entre outras. Por ser um projeto estruturante, visa a provocar uma transformação interna no sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implicará

---

<sup>1</sup> A partir desta etapa do texto, todas as vezes que forem referidos os Programas Saúde da Família e a Estratégia Saúde da Família, serão utilizadas as suas formas abreviadas, respectivamente, PSF e ESF.

na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, bem como as práticas educativas e assistenciais.

A ESF configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, sem que isso signifique tentar substituí-la (São Paulo, 2000).

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, as Equipes de Saúde da Família devem ser compostas por, no mínimo: um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde – além de outros profissionais, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas que poderão ser incorporados de acordo com as características e demandas dos serviços locais de saúde. De acordo com os princípios da proposta, cada equipe deve ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.500 pessoas que residam ou trabalhem no território de responsabilidade da unidade de saúde, atualmente denominada “Unidade Básica de Saúde da Família” (Brasil, 2006).

As Unidades de Saúde da Família (USF) conformam dentro do SUS o primeiro nível de ações e serviços do sistema local, atuando com equipes multiprofissionais na identificação dos determinantes de saúde de indivíduos em um território definido, compreendendo de forma ampliada as organizações sociais e suas repercussões na vida das pessoas. O conjunto das unidades básicas, incluindo as USF, formam o que se convencionou chamar de atenção primária à saúde, que seria responsável pelo primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde.

As atribuições dos profissionais pertencentes à Equipe ficaram estabelecidas também pela Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, podendo ser complementadas pela gestão local. A atribuição comum a todos os Profissionais que integram as equipe são:

1. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho. O profissional deve atualizar continuamente as informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

2. realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
3. realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
4. garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
5. realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
6. realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
7. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
8. participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
9. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
10. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretária Municipal de Saúde;
11. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
12. participar das atividades de educação permanente; e
13. realizar outras ações e atividades a serem de acordo com as prioridades locais (Brasil, 2006).

A ESF deve ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atuem. Além disso, atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento e as programações realizadas com base no diagnóstico situacional terão como foco a família e a comunidade (Brasil, 2006).

Um desafio importante no contexto de recursos humanos para a ESF refere-se ao reconhecimento social e técnico do agente comunitário de saúde, assegurado pela Lei Nº

10.507 de julho de 2002, que cria esta categoria profissional e que preserva a vinculação do agente com a região onde atua, um outro princípio do antigo PSF e da atual ESF. Essa Lei estabelece assim que o agente deve residir na área onde irá atuar, tendo, portanto, identidade com a respectiva comunidade, e que receba a qualificação básica para iniciar o trabalho (Brasil, 2002).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o total de agentes comunitários no país é de 211 mil agentes com uma cobertura populacional de 107 milhões de pessoas em 2007, número de equipes de saúde da família implantada no mesmo ano foi de 27.324, com cobertura de 87,7 milhões de pessoas (Brasil, 2008).

### 1.3 Equipe de Saúde Bucal – ESB na ESF

Historicamente, as práticas de Saúde Bucal foram desenvolvidas com certo distanciamento do Setor de Saúde como um todo, a partir de uma visão limitada sobre a prática do Cirurgião Dentista. Esta se restringia às técnicas e seus equipamentos odontológicos. A saúde bucal, que desde a criação do PSF em 1994 teve sua atuação restrita basicamente à população escolar e ao atendimento às urgências para os demais grupos populacionais, teve a inclusão da Equipe Saúde Bucal como parte do Programa Saúde da Família definida efetivamente a partir da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

Essa Portaria criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de uma ESB para cada duas equipes de ESF, visando à reorganização da Atenção Básica odontológica no âmbito do município, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal. Buscava-se assim, a melhoria do perfil odontológico da população e por conseqüência sua qualidade de vida (Carvalho, Ely, Paviani, & Corrêa, 2004). A inclusão da Saúde Bucal na ESF constituiu um avanço na reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica e representou a incorporação do conceito de saúde bucal como um componente da saúde em seu sentido mais amplo (Palú, 2004).

O termo saúde passou, então, a expressar qualidade de vida de uma população geográfica e historicamente referenciada, não estando contida apenas ausência de doença ou na simples oferta de serviços, mas também sendo resultante da ação articulada de diferentes setores, tais como educação, habitação, saneamento básico, agricultura, dentre outros. (Agridino, Suliano, Serra, & Souza, 2007).

Deve ser considerada ainda, como um processo permanente que expressa a qualidade do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos subjetivos e sociais (Yunes, Mendes, & Albuquerque, 2005).

De acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica ficaram assim definidas as características do trabalho do Cirurgião Dentista na Equipe de Saúde Bucal na ESF:

1. realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
2. realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
3. realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
4. encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
5. coordenar e participar das ações coletivas voltadas à promoção de saúde e a prevenção de doenças bucais;
6. acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
7. contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
8. realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
9. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Saúde da Família (Brasil, 2006).

Fica, portanto, bastante expressiva a diversidade de atribuições e expectativas sobre a figura profissional do CD e de sua atuação para além dos procedimentos técnicos junto ao PSF/ESF.

As diretrizes da política nacional de saúde bucal constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção de

cuidado. A questão do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Implica na responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde, em construir, com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a propiciar conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (Brasil, 2004b).

A linha do cuidado implica ainda num redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, condições indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. Em consequência, os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, transporte, entre outras.

O desenvolvimento de ações na perspectiva do *cuidado em saúde bucal* tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade):

1. Gestão participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo;
2. Ética: assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;
3. Acesso: buscar acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.
4. Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a

base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade.

5. Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário.
6. Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais (Brasil, 2004b).

#### 1.4 O Trabalho do CD na ESF sob o Panorama da Bioecologia do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner

A Teoria Bioecológica desenvolvida como Ecológica por Bronfenbrenner (1979/1996), considera que:

o desenvolvimento humano se dá por um processo de troca constante entre o ambiente que a pessoa vive e as suas características individuais, observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com o seu ambiente. (p. 9).

O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano foi proposto por Bronfenbrenner (1979/1996), e atualizado por Bronfenbrenner e Morris em 1998, que entenderam que o desenvolvimento ocorre por meio da interação de quatro componentes: o Processo, a Pessoa, O Contexto e o Tempo. No presente estudo serão analisados os Processo entre o Cirurgião Dentista e o Usuário O Processo pode ser entendido como a forma onde as relações ocorrem. Tal elemento é representado pelo que Bronfenbrenner e

Morris (1998) denominaram de Processos Proximais, definidos como interações dinâmicas progressivamente mais complexas entre organismos e contextos e que ocorrem ao longo do tempo. Os Processos Proximais podem produzir dois tipos de efeitos: de competência e de disfunção com distintos resultados evolutivos.

Os Efeitos de Competência favorecem a aquisição e desenvolvimento de conhecimento, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar seu próprio comportamento. Já os Efeitos de Disfunção podem possibilitar a manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento em diferentes domínios do desenvolvimento.

O ambiente ou contextos da ESF se constituem por quatro níveis crescentes interarticulados, que tanto sofrem alterações decorrentes das ações dos indivíduos como influenciam o comportamento destes. Ao nascer e ao longo da vida a pessoa estabelece, no seu ambiente imediato, relações que caracterizam um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais, compondo o nível do microsistema. Para as pessoas atendidas pela ESF, seu principal microsistema de desenvolvimento é o lar, a família sendo que o papel do CD estará representando um novo microsistema a depender da frequência dos atendimentos. Se for ocasional, não estará nesta categoria de relações proximais. Em caso de representar um microsistema, a díade CD-paciente/família pode ter influência na vida das pessoas. O mesossistema, que consiste das interações entre microsistemas pode ser representado pelas consistências, ligações e comunicações entre a clínica de atendimento odontológico do ESF, o CD e a família. Por exemplo, as visitas do CD às famílias, as palestras que realiza, trabalhos comunitários e outros trabalhos de educação social. O terceiro nível dos sistemas constitui o exossistema, que se refere a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa como participante ativo, mas ocorrem eventos que afetam ou são afetados por aquilo que acontece no ambiente no qual se encontra a pessoa em desenvolvimento, por exemplo: CD-paciente/família, clínica e os gestores do ESF. E o último nível é o macrosistema, onde o CD-paciente/família sofre influências dos aspectos sócio-econômicos-culturais, políticos históricos, das crenças, tabus, tradições, representações sociais, etc, nas suas relações.

## 1.5 Objetivos

Em primeiro lugar este trabalho se justifica pela escassez de literatura e de investigações científicas sobre o tema. O CD que participa do ESF é um profissional ainda voltado a uma tecnologia que se caracteriza por saberes constituídos por uma lógica permeada por crenças mecanicistas e imediatistas. O foco no atendimento parece permanecer na clínica e nas tecnologias dos aparelhos e equipamentos e normas e estrutura organizacional. A saúde bucal e seus pressupostos necessitam de reformulações no processo de trabalho, passando por uma “tecnologia social” que deve compreender as relações do tipo de produção de vínculo, autonomização e acolhimento. Não há dúvidas que o papel do dentista tem que ser resolutivo, mas utilizar algumas estratégias relacionais com o intuito de facilitar o processo de formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva pode em muito auxiliar para uma atuação em nível de atenção básica em saúde bucal (Pereira, Viana, Mestringer, & Mestringer Jr., 2008).

Em vista destas informações, o objetivo do presente estudo é fazer um levantamento dos trabalhos publicados desde 2004 sobre a inserção do CD na ESF e através das análises e dos resultados tecer considerações críticas sob o prisma da abordagem bioecológica do desenvolvimento humano, segundo Bronfenbrenner (1979/1996). Será que a relação profissional-paciente pode ampliar seu espectro para um olhar mais social, onde o trabalho executado obtém resultados mais duradouros e o vínculo se dimensiona por sentimentos positivos, reciprocidade, equilíbrio de poder (Bronfenbrenner, 1979/1996), acolhimento e autonomia?

A família-paciente (microsistema) é o objeto de cuidado dentro do contexto da ESF e apresenta uma condição ativa, sendo informante na construção das prioridades e das alternativas de ação sobre os determinantes e sobre os riscos individuais a que esta exposta. De que maneira o CD pode ser um motor do desenvolvimento humano dentro da ESF?

Nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro, por isso é necessário que os trabalhadores sejam mais sensíveis a esta velha/nova nova ética na saúde (Santos & Assis, 2006). A seguir apresentar-se-á o método utilizado para cumprir os objetivos acima listados.

## **CAPÍTULO II**

### **MÉTODO**

Será realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Google Acadêmico com as palavras chaves: Programa Saúde da Família, Equipe Saúde Bucal na ESF, Avaliação do CD na ESF. Este levantamento será feito a partir do ano de 2004 até 2010, em periódicos, manuais, livros, teses e dissertações brasileiras. Serão analisados os trabalhos que tiverem por tema: (a) Como se dá a inserção do CD na ESF; (b) Perfil sócio-demográfico deste profissional; (c) Dimensão de cuidado do CD na ESF; (d) Avaliação do CD na ESF; (e) Percepção do CD sobre os usuários da ESF. Será também analisado o tipo de trabalho que o CD executa dentro da ESF, sua relação com a equipe multidisciplinar do programa e outras questões que forem pertinentes ao assunto.

#### **2.1 Análise de Dados**

Procedimentos: Após o período de busca das produções científicas, dar-se-á início a leitura, direcionando a atenção para os resumos, os métodos, análises de dados e as considerações finais. Será feita uma ficha de leitura conforme os temas citados acima que conterá: (a) título da pesquisa, (b) nome do autor, (c) nível (periódico, tese ou dissertação), (d) ano de publicação, (e) gênero da pesquisa, (f) resumo da produção, (g) área de conhecimento (Psicologia – Dentistas – Instituições), (h) objeto de estudo, (i) objetivo do estudo, (j) metodologia, (k) análise de dados, (l) resultados. Será feita uma leitura atenta, criteriosa e sistemática, acompanhada de anotações que poderão servir para a compilação e análise dos resultados.

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

Dentre os 45 resultados do levantamento bibliográfico pertinentes ao assunto deste trabalho, somente 34 achados foram de interesse dos temas propostos. Destes, 18 levantamentos foram da base de dados Scielo, 12 do Google Universitário, 2 da Bireme e 2 da base Lilacs. A maioria, ou seja, 30 (88%) foi encontrado em periódicos de revistas indexadas, 3 (8,82%) dissertações de mestrado e 1 (2,9%) monografia.

A área de conhecimento que prevaleceu foi a Odontologia com 64,70% seguida da Enfermagem (14,70%), Psicologia (11,76%), Medicina (5,88%) e Antropologia (2,90%).

O gênero de pesquisa mais encontrado nestes trabalhos foi de Revisão de Literatura com 20 trabalhos (58,82%) seguidos de Pesquisa de Campo com entrevistas semi-estruturadas e questionários em 14 dos trabalhos (41,18%).

Quanto aos temas propostos na metodologia, 35,20% dos trabalhos referem-se a Inserção do Cirurgião-Dentista na ESF, 8,8% para os usuários do ESF, 17,64% sobre o trabalho em equipe do Cirurgião-Dentista na ESF e 38,23% sobre avaliações e reflexões da Equipe de Saúde Bucal na ESF.

Vale ressaltar que dos 34 trabalhos analisados, apenas 3 utilizaram o termo “Estratégia Saúde da Família”, o termo Programa Saúde da Família –ainda é o termo popularmente conhecido, principalmente entre os usuários deste programa. Conforme já citado, o Governo mudou o nome de PSF para ESF por perceber a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como uma *estratégia* prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil através da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006).

Seguem então os resultados encontrados conforme as categorias orientadoras propostas acima no método deste trabalho, que são: (a) Inserção do Cirurgião-Dentista no PSF; (b) Percepção do Cirurgião-Dentista sobre os usuários e destes sobre o Cirurgião-Dentista; (c) O trabalho em equipe do Cirurgião-Dentista inserido na ESF; (d) Avaliação da ESB na ESF.

### 3.1 Inserção do Cirurgião Dentista na ESF

O Cirurgião Dentista inserido na ESF deve ter como objetivo a atuação em equipes multiprofissionais na abordagem de famílias e não de indivíduos isolados. Sabe-se que o CD está acostumado ao exercício profissional individualizado, caracterizado por procedimentos clínico-cirúrgicos. Isso sugere que é necessária uma mudança para ultrapassar este modelo de assistência odontológica e se busque também ações de alcance coletivo em um trabalho concomitante com todos os determinantes do processo saúde/doença. Os pressupostos da ESF trazem uma nova abordagem no campo da saúde coletiva, e, portanto, por caracterizar-se como um novo modelo, sua implementação ainda é um grande desafio tanto para gestores como para os trabalhadores da saúde (Carvalho et al., 2004).

A saúde bucal, segundo Narvai (2006), é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde e à informação. As equipes de saúde bucal devem ser preparadas para prestar assistência individual e desenvolver ações coletivas, sempre voltando sua atuação para a promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais.

Em trabalhos recentes, analisados nesta pesquisa a avaliação do trabalho do CD na ESF em Equipes de Saúde Bucal demonstra o CD voltado para a parte clínica tecnológica, sem fazer efetivamente parte de um programa de interação entre os profissionais deste programa. Assim, constata-se que este profissional permanece realizando um trabalho isolado (Y. P. Araújo, 2005; Cericato, Garbin, & Fernandes, 2007; Teixeira, 2006). Mudar o sistema atual de assistência à saúde significa passar por modificações desde o ensino, que dá ênfase à tecnologia de equipamentos, às ações centralizadas a altamente especializadas (Emmi & Barroso, 2008). Para que haja uma modificação no paradigma da prática odontológica baseada no modelo cirúrgico-restaurador, é necessário que sejam formados clínicos gerais com sólidos conhecimentos clínicos, mas também de saúde coletiva, para poder aliar habilidade técnica ao compromisso social.

O perfil do Cirurgião Dentista é voltado para a clínica, aspecto que está relacionado com a sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico-cirúrgico (Y. P. Araújo & Dimenstein, 2006).

A maioria dos CDs não possui especialização e quando a possuem não têm relação com a saúde pública ou coletiva o que demonstra a falta de interesse e de preparo acadêmico e científico para a atuação mais adequada às diretrizes da ESF (Y. P. Araújo, & Dimenstein, 2006; Palú, 2004).

Em trabalho realizado em Campinas-SP por Villalba, Madureira e Barros, 2009; sobre os perfis do CD na ESF verificou-se que a maioria é do sexo feminino, entre 37 e 46 anos e com 17 anos de formado, portanto, sem formação para o Sistema Único de Saúde atual nos cursos de graduação. Os referidos autores constataram que apenas 27% dos CDs que participaram do estudo fizeram pós-graduação em saúde pública ou saúde coletiva e 75% tiveram algum tipo de capacitação oferecido pela Prefeitura Municipal de Campinas sobre as diretrizes do SUS, confirmando os trabalhos citados em Y. P. Araújo e Dimenstein (2006) e Palú (2004).

A formação universitária em saúde no país é voltada para uma prática individualista, técnica o que não corresponde às diretrizes de um trabalho na ESF. Os cursos de graduação em odontologia não apresentam uma disciplina voltada para o trabalho no SUS em sua grade curricular (Villalba et al., 2009). Só recentemente, as novas diretrizes curriculares no MEC apontam para uma mudança prevendo uma integração mais adequada à realidade social do país. O referido trabalho verificou ainda 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 e carinho. Além disso foi argumentado que mesmo que o profissional apresente estas virtudes, estas não são a garantia de qualidade de trabalho, pois se faz necessário que sejam agregados aos elementos subjetivos os elementos objetivos para qualificação do trabalho em saúde, como foi exemplificado na fala do cirurgião dentista que fez parte do trabalho citado acima:

*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 esquecer dos de baixo risco, conhecer os problemas da região para poder ajudar os pacientes na resolução dos mesmos, etc. (Villalba et al., 2009, p. 266).*

Em consulta à página da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul constatou-se que em 2002 foi elaborado um Projeto Político Pedagógico

curricular voltado para as necessidades de um novo mercado de trabalho e principalmente para que o perfil do CD mudasse de totalmente técnico para uma visão social da profissão. Foram introduzidas disciplinas como: (a) Introdução às Ciências Sociais para a odontologia; (b) Saúde e Sociedade para a Odontologia; (c) Psicologia Geral; (d) Psicologia Clínica; (e) Planejamento e Gestão Pública e (f) Planejamento e Gestão para o Mercado (Universidade Federal do Rio Grande do Sul [UFRGS], 2002)

Esta nova grade curricular iniciou no 1º semestre de 2005, tendo apenas uma turma formada para esta nova visão que desconstrói o *habitus* profissional técnico e liberal, para surgir um mercado odontológico de profissionais assalariados em serviços públicos e privado.

Desta forma, avalia-se que o aprimoramento da inserção do CD na saúde coletiva está em curso e ousa-se afirmar que a tendência é crescente nesta direção, uma vez que as diretrizes curriculares nacionais indicam esse caminho para a formação. Contudo, isto ainda não é uma realidade pois a incorporação da política do SUS para o Cirurgião Dentista ainda é lenta em relação às necessidades de saúde bucal apresentada pela maioria da população brasileira (Villalba et al., 2009).

Os procedimentos clínicos que fazem parte do elenco dos atos da produção de saúde bucal da atenção básica, preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001) e que o CD deverá executar são basicamente restaurações, periodontia básica, extrações, profilaxias e aplicação tópica de flúor em consultório. A Educação para a saúde também faz parte dos programas de saúde pública, mas na prática os profissionais envolvidos no programa têm dúvidas de como e o que fazer, pois recebem materiais educativos produzidos pelos órgãos oficiais que nem sempre observam a realidade local. Portanto, apesar do esforço realizado, não se consegue obter o impacto esperado e os usuários dos serviços de saúde acabam recebendo a culpa pela sua incapacidade de compreender o que foi ensinado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004b).

Um estudo feito com CDs do PSF do Estado do Rio Grande do Norte mostrou que são raros os CDs que fazem opção pelo trabalho na ESF. A filosofia e proposta de atenção à saúde e a inclusão destes no programa muitas vezes é definida por relações pessoais e políticas, o que interfere no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que este profissional estabelece com o seu trabalho e com a comunidade (Y. P. Araújo & Dimenstein, 2006). Durante muito tempo, as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A

realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado (Barbosa, Brito, & Costa, 2007).

O trabalho de Chaves e Miranda (2008) indica uma crise de um determinado *habitus* profissional, em razão de sua inserção em um novo contexto de trabalho assalariado e prestação de serviços na esfera pública, diverso da expectativa e ideação iniciais de uma atuação profissional liberal. Existe assim, uma necessidade de motivação e redirecionamento das práticas, tendo como medida inicial o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos CDs (Y. P. Araújo, 2005).

Em suma, as análises dos trabalhos analisados indicam que o CD que participa do ESF ainda é um profissional voltado para uma tecnologia que se caracteriza por saberes constituídos por uma lógica permeada por crenças mecanicistas e imediatistas. O foco no atendimento parece permanecer na clínica e nas tecnologias dos aparelhos e equipamentos e normas e estrutura organizacional. Portanto, a saúde bucal coletiva e seus pressupostos humanistas necessitam de reformulações no processo de trabalho e de formação que levem a uma tecnologia social que deve compreender as relações do tipo de produção de vínculo, cuidado, autonomização e acolhimento. Não há dúvidas que o papel do dentista teria que ser resolutivo, mas utilizar algumas estratégias relacionais com o intuito de facilitar o processo de formação profissional generalista, humanista, crítica e reflexiva pode auxiliar para que haja uma atuação em nível de atenção básica para a saúde bucal (Pereira et al., 2008). Desta forma, o profissional da saúde bucal poderia ser um promotor de desenvolvimento humano, pois se perceberia como uma pessoa importante nos sistemas ecológicos de influência dos usuários da ESF.

### 3.2 Relação do Cirurgião Dentista com o Usuário da ESB

Nos trabalhos pesquisados foi considerado que vivemos atualmente uma grande mudança no sistema de saúde onde o enfoque biomédico e disciplinar tradicional estão sendo alterados para novas formas de atuação onde a conduta profissional passa a ser mais coletiva com enfoque para a família e suas relações e não mais o indivíduo isolado com seus problemas. Estas novas orientações exigem a reformulação da postura de intervenção, assim como a incorporação de novos saberes para operar adequadamente na produção do cuidado com a saúde (Amorim & Vicente, 2008).

A prática da Estratégia Saúde da família (ESF) tem por objetivo a reorganização do modelo assistencial da saúde através da integralidade da assistência e no tratamento do indivíduo inserido em uma família, em seu domicílio e comunidade, onde a promoção da saúde apresenta-se como um instrumento para a capacitação dos indivíduos participantes desta estratégia como uma maneira de aumentar o controle sobre as causas da saúde. Segundo Chiesa e Veríssimo (1995):

Utilizar a comunicação como recurso terapêutico para identificar e lidar com essas inseguranças e resistências depende do desenvolvimento de habilidades de escutar, observar, perguntar e responder, para uma comunicação efetiva que possibilite a identificação e o atendimento das necessidades individuais e do grupo familiar. (p. 32).

É preciso estabelecer uma relação interpessoal mais próxima dos profissionais de saúde com os usuários, possibilitando o conhecimento dos valores e crenças compartilhados por este grupo. O entendimento destes fatores reflete diretamente na adesão ou não ao tratamento e na confiança ou não no profissional/equipe que o acompanha (Amorim & Vicente, 2008).

Frente aos ideais desta introdução, observa-se uma lenta caminhada para que isto se concretize e o CD ainda está focado em uma prática odontológica centrada no atendimento de uma demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem clínico-restauradora. Isto ainda se deve por uma lógica de mercado, onde a demanda de trabalho vai além do que os CD são capazes de executar, por não terem um número de profissionais suficiente para alcançar a proposta principal de reorganização da atenção básica. Existe uma expectativa favorável do CD diante das proposições do ESF, que seria melhorar a saúde bucal da população. Entretanto, existe a grande preocupação sobre a falta de condições para proporcionar um acesso à população como um todo, devido ao grande número de pessoas com necessidades de tratamento.

É importante salientar que o trabalho do CD na ESF é aumentado pela falta de equipes, pois ainda persiste a relação de uma equipe de saúde bucal para duas equipes médica/enfermagem (também chamadas de equipe saúde da família, ou EQSF). Apesar das mudanças proporcionadas através de portarias ministeriais mais recentes, que instituem a possibilidade de paridade de equipes nos municípios, vários gestores continuam habilitando ESB na relação anteriormente aprovada pela portaria 267 (Brasil, 2001), de 1:2 (1 ESB para 2 EQSF) (D. S. Souza, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004a), o

estabelecimento da carga horária de 40 horas semanais para as equipes de saúde sustenta-se na idéia de que esta é uma condição necessária para a criação de vínculo entre os membros da equipe e destes com a população. Ainda deve-se priorizar também o trabalho clínico para participar das atualizações da equipe, como capacitar os THDs, ACDs, ACSs e auxiliares de enfermagem. O CD deve ser um participante ativo das ações de promoção de educação e prevenção com tempo para reunir-se com a equipe de saúde, com a população da área onde atua. No estudo realizado por Y. P. Araújo e Dimenstein (2006), temos exemplos das falas dos CDs que não condizem com os objetivos do ESF. Apresentar-se-ão as mesmas abaixo, ressaltando que foram retiradas do acima citado trabalho (p. 224).

*Eu sei que era para a gente desenvolver muitas atividades preventivas. Isso é o que mais se vê no treinamento do PSF, só que nós não fazemos isso. Eu não faço. Prevenção tipo palestra, ir numa escola fazer alguma orientação, não faço. No dia que se tira um horário de trabalho de procedimentos como exodontia, a população reclama.*

*“Bom, por enquanto a gente só tem atividades basicamente dentro do consultório, dado a procura, que é muito grande”.*

*“Bom, é como eu falei para você...nós trabalhamos a parte preventiva, né? Essa parte preventiva...ela consiste no seguinte: nós trabalhamos nas escolas, certo? De 3 em 3 meses nós fazemos um trabalho de palestra, orientação de escovação”.*

Infelizmente, o que constatamos nas falas acima citadas, é que os cirurgiões-dentistas não estão realizando as atividades preventivas da maneira como deveriam ser levando-se em conta as diretrizes da ESF. Relatam a dificuldade de praticá-las na comunidade e que a população exige tratamento curativo. Este ponto é confirmado nos trabalhos de Barbosa et al. (2007) e de E. C. F. Souza, Vilar, Rocha, Uchoa e Rocha (2008). Os autores alegam que o tratamento curativo é prioridade dos usuários e este comportamento é comprovado pela demanda excessiva e pressão do usuário por atendimento imediato.

Quando se faz a referencia a usuários, pensa-se naquelas pessoas adstritas à sua região de atendimento que buscam a ESB de forma espontânea ou organizada e sob diferentes condições: doentes, sadios ou com urgência de atendimento. Segundo Carvalho et al. (2004), o universo de Atenção à Saúde Bucal inclui toda a população da área de abrangência, famílias visitadas, grupos priorizados e espaços sociais existentes.

Alguns autores apontam que os indivíduos que chegam na unidade de atendimento da ESB deveriam passar por uma consulta coletiva de acolhimento, na busca por atender o indivíduo em suas necessidades, independente do diagnóstico, do nível de complexidade da demanda, ou da percepção do profissional ao qual se apresenta. O acolhimento teria os seguintes objetivos: (a) atender todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantindo acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário, tendo por base parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (T. B. Franco, Bueno, & Merhy, 1999).

O Serviço de Saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, deve desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais como, por exemplo acolhimento e vínculo, o que parece estar ainda em processo de construção na ESB.

Um ponto crucial apresentado no trabalho de Emmi e Barroso (2008), é que quanto maior o nível de informação do usuário sobre objetivos, atividades e regras de funcionamento do ESF, maior o grau de satisfação em relação ao programa. O nível de informação está condicionado ao grau de escolaridade do usuário e à eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizada pela equipe. Devido a essa variação de escolaridade, é preciso que se saiba trabalhar muito bem a educação em saúde, seja na Unidade de saúde ou nas visitas domiciliares, para que todos sejam beneficiados e conscientizados da importância da manutenção da saúde bucal, através de vínculos de responsabilidade entre ESB e a família.

No acesso e acolhimento aos usuários do serviço ESF observam-se os seguintes aspectos: dificuldades de acesso a exames, demora nos atendimentos na unidade, dificuldades de marcação de consulta pelo computador, dificuldades de acesso a consultas especializadas, descontentamento com a forma de agendamento na unidade, reclamações com a acolhida na recepção, insatisfação pelo fato de não atendimento médico imediato, modos diferentes profissionais na educação de alguns profissionais na forma de atender as pessoas (E. C. F. Souza et al., 2008). Apesar de o acolhimento ser um processo em construção nas unidades de saúde, os profissionais reconhecem que este melhora os vínculos e a melhora da compreensão dos usuários sobre suas necessidades, mas a pressão da demanda é muito grande, levando os CDs ao estresse e cansaço, ficando claro que estes

também precisam de uma boa acolhida em seu processo de trabalho (capacitação, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado do cuidador).

A insatisfação da população com o novo sistema de marcação de consultas (agendamento através do computador) é muito grande. As pessoas estavam acostumadas a chegar no local, pegar uma ficha e ter o pronto atendimento, o que é conseguido nos casos de dor e urgências (Andrade & Ferreira, 2006; Mendonça, 2007; E. C. F. Souza et al., 2008). Quando os usuários se mostram insatisfeitos com o trabalho recebido, este está relacionado com o tratamento preventivo. Como a necessidade curativa supera a atenção preventivo-promocional, os indivíduos atendidos em situações de urgência/emergência, em geral, mostram-se satisfeitos, da mesma forma que aqueles que fazem tratamento sequencial (Andrade & Ferreira, 2006).

Quando não ocorre a dimensão do cuidado nos serviços de saúde, os usuários reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema, pois se sentem inseguros, desinformados, desamparados e desrespeitados (Merhy, 2002). Mas quando a dimensão “cuidadora” se faz presente, a manifestação de vínculo é observada, como no atendimento do usuário pelo mesmo profissional. Em estudo realizado por Teixeira em 2006, os resultados demonstram na fala dos profissionais e usuários que através de uma dimensão de cuidado é possível criar vínculo, como por exemplo na fala do CD:

*Eu acho que o vínculo a gente faz, a gente que dá [...] faz o paciente ter vínculo com a gente. É o profissional que faz isso. À medida que você dá apoio para aquela família, você está lá pra atendê-lo [o paciente] com respeito. Você ouve o que ele fala. Então você faz com que o paciente tenha vínculo.*

E também na fala do usuário: *“Trata todo mundo igual, né, porque às vezes é difícil de encontrar um lugar que trata todo mundo igual.”* (p. 48).

A confiança que o paciente tem no profissional e no serviço é que gera satisfação e uma adesão do paciente ao tratamento. Este é um mecanismo de educação em saúde bucal, que é pouco desenvolvido e quando realizado é na transmissão de conhecimentos e não na prática do conhecimento através do diálogo. É preciso conhecer o paciente. Mas tal conduta ainda é pouco perceptível na prática odontológica nas ESBs Teixeira (2006).

Moraes e Ongaro (1998) relataram que após um período de ênfase no desenvolvimento tecnológico da odontologia e de uma busca pelo conhecimento biológico para promoção de saúde, surgiu um terceiro momento da educação odontológica denominado fase psicossocial. Esta pressupõe que os profissionais da odontologia precisam ser tecnicamente capazes, biologicamente orientados e psicologicamente sensíveis para, desse modo, analisar os fatores psicossociais presentes na relação profissional paciente. A odontologia engatinha neste processo social e é somente a partir dos trabalhos publicados após 2006 que aparece uma preocupação maior sobre o assunto, mostrando a necessidade de novos estudos na área psicossocial da odontologia.

### 3.3 A Relação do Cirurgião Dentista e sua Equipe na ESF

A equipe multidisciplinar que tem como proposta constituir-se como um espaço para o diálogo e troca de conhecimentos, muitas vezes tem sido utilizada para o estabelecimento de divisão de trabalho, de papéis, fortalecendo a individualização dos profissionais que é contrária ao interesse de relações mais coletivas. Isso dificulta as intervenções integradas, intersetoriais e voltadas para a coletividade. O que prevalece é a dicotomia entre a competência social e a sensibilidade social.

Deve-se levar em conta os fundamentos da ESF que são: inserção em um município específico, além do espaço físico, mas também espaço da cultura, das relações, trabalho local com a população, com estabelecimento de vínculo, produção de acolhimento e responsabilização aproximam o profissional do seu processo de trabalho, das relações em equipe e da própria comunidade, levando a proposta do ESF ser menos técnico e mais relacional, tanto entre as equipes como equipe e usuário. O trabalho em equipe, com parceiros dentro do próprio programa, leva a um esforço de romper com o modelo biomédico que, até a muito pouco tempo, conduzia as ações em saúde e se desdobravam em formas especialistas e técnicas de trabalho, dificultando a integralidade dessas ações. Um exemplo dessas mudanças é a crescente demanda por trabalhos em equipes multiprofissionais (Camargo-Borges & Cardoso, 2005).

As equipes de saúde ainda tendem a se organizar de uma forma hierárquica de subordinação coerente com o modelo biomédico tradicional de saúde. A equipe multidisciplinar tem por objetivo um espaço para troca de saberes e conhecimentos, o que muitas vezes tem sido utilizado para o estabelecimento da divisão de trabalhos, de papéis, fortalecendo o trabalho individual do profissional em detrimento de relações mais coletivas.

Deste modo, um trabalho integrado, intersetorial voltado para a coletividade se torna inoperante, prevalecendo a dicotomia entre a competência técnica e a sensibilidade social.

Integralidade é poder incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no cotidiano das instituições, a integralidade busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida. O trabalho em equipe tem como objetivo causar impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, através de uma ação interdisciplinar onde a prática de um profissional possa se reconstruir na prática de outro profissional e ambos, proporcionar a integralidade do usuário inserido na ESF (M. B. S. Araújo & Rocha, 2007).

Em trabalhos recentes, constatou-se a dificuldade das práticas em equipe, pois são atravessadas pela visão medicalizante, fator limitante ao avanço da participação integral da equipe/equipe e equipe/comunidade. Os trabalhadores ainda encontram dificuldade na reorientação do modelo assistencial na saúde pois a sua lógica está centrada na doença (Campos & Wendhausen, 2007; Severo & Seminotti, 2010). De acordo com um estudo realizado em Minas Gerais no município de Pompéu, o trabalho em equipe está totalmente transfigurado, pois a equipe de saúde bucal não se apresenta inserida na Unidade saúde da Família e o CD trabalham em outro local, o que também favorece dificuldades para o usuário entender que faz parte de um programa que visa cuidar de sua integralidade dentro de uma reorganização da saúde (Andrade & Ferreira, 2006). Observam-se ainda Unidades de Saúde da família sem a presença das ESB e também de outros profissionais, e isto não atende as necessidades da população inserida e nem uma assistência integral ao paciente (Loch-Neckel, Siemann, Eidt, Rabuske, & Crepaldi, 2009).

O modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente se insere em práticas compartilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe (Teixeira, 2006). Isto provavelmente se deve ao pouco tempo de inserção do CD na ESB, e que a maioria dos processos de implantação das equipes de saúde bucal ocorre após a implementação da ESF, impondo sua adequação à dinâmica de trabalho da ESF já implantada (Carvalho et al., 2004).

O trabalho do CD junto a ESB está sendo construído lentamente, mas já com pontos positivos segundo um estudo realizado no município de Campinas-SP que constatou que a educação permanente está aproximando os CDs às diretrizes da ESF (Villalba et al., 2009). Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional,

além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Esta situação leva o desafio de se trabalhar em equipe.

#### 3.4 Avaliação do CD na ESB da ESF

O fato da odontologia não estar presente desde o início do ESF, possivelmente trouxe como consequência prejuízos para o processo de integralização das equipes e profissionais da ESF, na perspectiva de proporcionar aos usuários do serviço uma assistência integral e resolutiva. Ainda é premente a necessidade de valorização dos CDs como parte integrante das ESFs (Barbosa et al., 2007; Cericato et al., 2007). Apesar da ESF introduzir uma nova lógica que rompe com a prática histórica da odontologia, muitas vezes o que ocorre é apenas transferência linear do espaço de trabalho do CD, Há a necessidade de implantação de sistemas de avaliação mais voltados para a captura de dados qualitativos que reflitam a vivência dos profissionais inseridos nesse processo de reorientação das práticas de atenção em saúde bucal (Cericato et al., 2007).

Em estudo realizado por Y. P. Araújo e Dimenstein em 2006 e já citado neste trabalho, os CDs identificaram características que deveriam ter para trabalhar na ESB: ter um conhecimento amplo e multidisciplinar, ter habilidade para atender diferentes tipos de demandas, gostar de trabalhar com comunidades pobres e rurais e principalmente possuir determinadas características pessoais tais como ser paciente, solidário, corajoso, humano as quais fazem diferença nesse trabalho. Mas a maioria dos CDs reconhece que não atendem a esse perfil, permanecendo uma prática tradicional, fragmentada e isolada.

A formação acadêmica odontológica não possibilitou a incorporação da política do SUS, mas, conforme mencionado neste texto, já existe uma movimentação de mudanças nas diretrizes curriculares nacionais embora seja lenta (Villalba et al., 2009).

Para o novo profissional da ESF não basta a técnica e o conhecimento biomédico: é fundamental incorporar novas racionalidades cognitivas e operacionais para melhor atender as necessidades de atenção apresentadas pela população. A atenção em saúde bucal com base no domicílio rompe com a prática histórica da Odontologia centrada na dor, desejando uma mudança qualitativa na abordagem das doenças, diminuindo a importância da assistência. Com esta expectativa, capacitar dentistas para identificar os sistemas promocionais e preventivos mais adequados às realidades encontradas em cada local de trabalho, será meta de trabalho de muitos CDs (Agripino et al., 2007).

A falta de participação em cursos de capacitação está diretamente relacionada ao fato de que muitos dos CDs encaram sua participação na ESF como uma atividade passageira, confirmando que muitos dos profissionais não optam pelo trabalho na ESF pela sua filosofia e proposta de atenção à saúde, a qual não requer investimento do ponto de vista profissional.

Com isso, a Educação Permanente de Profissionais de Saúde requer investimentos orientados para o desempenho dos serviços e a vulnerabilidade social aos problemas de saúde, para que não tenhamos como queixa dos CDs e usuários dos serviços os seguintes aspectos ressaltados por alguns autores: desigualdade de acesso, ausência de integralidade, insuficiência de pessoal, insuficiência de recursos humanos (Andrade & Ferreira, 2006; Facchini et al., 2006; Villalba et al., 2009).

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho de revisão de literatura foi verificar se o Cirurgião Dentista inserido na ESF tem um olhar social, de acolhimento e cuidado, visando uma relação de retorno do paciente no que tange o trabalho executado e a sua duração longitudinal, permitindo assim que ocorram processos próximos no contexto das ESB e por consequência desenvolvimento humano. Verificou-se que poucos textos científicos de 2004 e 2005 estão relacionados aos objetivos deste trabalho, mostrando o CD voltado para a atividade clínica, com formação acadêmica distante das diretrizes do SUS e apontando para a necessidade de refletir e redirecionar as suas práticas para um trabalho coletivo e de cuidado (Y. P. Araújo, 2005; Palú, 2004).

A partir de 2006 até 2010 transparece como mais generalizada à preocupação na mudança deste trabalho meramente curativo e restaurador para movimento mais social e coletivo. A interação dos profissionais que compõe as ESBs, na perspectiva de proporcionar ao usuário uma assistência integral e resolutiva passa a ser mais valorizada. Parece razoável pensar em linha com o trabalho executado em Campinas-SP por Villalba et al. em 2009 que avalia que o aprimoramento do CD na saúde coletiva está em curso e ousa afirmar que a tendência é crescente nesta direção, uma vez que as diretrizes curriculares nacionais indicam uma mudança na formação acadêmica.

Para o novo profissional da ESF não basta à técnica e o conhecimento biomédico, é necessário que as instituições formadoras redirecionem os conhecimentos acadêmicos para a realidade atual e considerem a ESF como uma das alternativas mais promissoras de emprego. É preciso formar cirurgiões-dentistas cujo desempenho deva ir além da especificidade técnica e prática científica. A sensibilidade social desta área de competência nos aspectos éticos, sociais, humanos e biológicos deve estar presentes no cotidiano dos profissionais da ESF (Agripino et al., 2007). A maioria dos trabalhos revisados buscou analisar o trabalho técnico e o coletivo, e todos são unânimes em afirmar que há necessidade de uma atenção maior ao usuário de forma qualitativa e que esta vai refletir numa reorientação das práticas de Atenção em Saúde Bucal. O trabalho em equipe é a orientação em contraste com aquele CD que permanece dentro do seu consultório em um

trabalho linear sem interagir com outros profissionais inseridos na ESF (Cericato et al., 2007; Teixeira, 2006).

Segundo Loch-Neckel et al. em 2009, as dificuldades no processo do trabalho em equipe está relacionada às limitações do seu núcleo de competência, e que as demandas de trabalho estariam mais bem atendidas se houvesse uma equipe efetivamente multiprofissional e interdisciplinar, as especialidades precisam ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas, respeitando os pontos que os unem e os que diferenciam. Deve-se considerar ainda que uma equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências de vida e de trabalho, formação e capacitação, visão de mundo e diferenças salariais, estas diferenças causam influência no processo de trabalho em equipe, mas não inviabiliza o exercício de cada profissional dentro da equipe de saúde da família.

É no trabalho em equipe que existe a possibilidade da troca e do projeto em comum das diversas áreas profissionais envolvidas, a odontologia é muito importante e necessária, desde que inserida em um campo comum às varias profissões e na reproduza uma prática isolada, mas um trabalho interdisciplinar que promova mudança social aos usuários (Teixeira, 2006).

Vale ressaltar que o usuário também coloca obstáculos impedindo que ocorra um trabalho mais interativo pois existe uma valorização da prática curativa pela população. Além disso, a insuficiência de serviços especializados, gera excessiva demanda reprimida, levando à exclusão da clientela, e a não valorização do trabalho preventivo e educativo (Y. P. Araújo & Dimenstein, 2006; Nickel, Lima, & Silva, 2008; Pereira et al., 2008).

As ações de saúde bucal incorporada à Estratégia Saúde da Família vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebida através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações. Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde, bem como, o envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade (Barbosa et al., 2007).

Os princípios do cuidado em saúde bucal como: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional são ações que estão sendo construídas

dentro das ESBs na ESF, pois o atendimento ainda é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade em consistência com o modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. O acolhimento é manifestado através de uma relação tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir alternativas de mudança.

Vínculo e autonomia entrecruzam-se no resgate da relação trabalhador-usuário e no encontro das suas potencialidades, possibilitando direcionar saberes, estreitar laços e consolidar afetos. A prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção (Santos & Assis, 2006).

A teoria Bioecológica desenvolvida por Bronfenbrenner (1979/1996), considera que o desenvolvimento humano se dá por um processo de troca constante entre ambientes que a pessoa vive e suas características individuais observado a partir de mudanças duradouras na maneira como as pessoas percebem e lidam com o seu ambiente (p. 9). Fazendo uma reflexão sobre o CD na ESB na ESF, não podemos deixar de caracterizar que um processo de desenvolvimento bioecológico poderia acontecer, pois os trabalhos afirmam um CD ainda muito voltado para a assistência curativa, individual e isolada. Todavia os trabalhos também apontam uma preocupação de cumprir com as diretrizes da política nacional de saúde bucal, que tem por meta a produção de cuidado, que traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde mais consistentes portanto, com a bioecologia do desenvolvimento humano.

Pensar na ótica da responsabilização dos serviços e dos trabalhadores da saúde junto aos usuários, com busca de resposta às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas de atendimento e sim conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário (Brasil, 2004b) é reconhecer uma mudança de paradigma na odontologia social. A busca pela mudança nas ESB promoverá avanço e fortalecimento no desenvolvimento dos usuários, posto que estimula a participação cidadã.

Sendo a ESB inserida na ESF devemos nos preocupar não só com o usuário como indivíduo e sim em quais contextos este usuário está inserido. A família é o primeiro sistema constituidor do desenvolvimento humano, mas outros ambientes como a escola, igreja, comunidades e trabalho também modelam e interferem no desenvolvimento (A. L. S. Franco & Bastos, 2002). Ao se trabalhar com famílias, o principal objetivo é a compreensão da “estrutura” familiar, seu desenvolvimento, recursos e elementos que

possam contribuir para o estabelecimento de ações planejadas pela equipe na construção do cuidado em saúde. Significa mergulhar no microsistema familiar para melhor compreender o usuário da estratégia de atendimento.

O CD só vai conseguir este objetivo através do acolhimento e da criação de vínculo em um trabalho longitudinal, com crescimento de intimidade relacional entre CD/usuário, CD/equipe e por consequência processos proximais estabelecidos pelo tempo do vínculo criado dentro da ESB na ESF.

## CAPÍTULO V

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi fazer uma reflexão sobre a inserção do Cirurgião Dentista na Estratégia Saúde da Família sob o prisma da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner. O que se concluí é que o CD participante da ESB na ESF ainda é um profissional que faz um trabalho isolado, meramente clínico-restaurador e que não se integra a um trabalho em equipe e voltado para coletividade.

Isto se deve a sua formação acadêmica, que não apresenta em sua grade curricular disciplinas voltadas para as diretrizes do SUS, existem um trabalho dentro do MEC para que esta mudança ocorra, mas é ainda muito lenta. Mesmo que os trabalhos aqui analisados mostrem uma vontade de mudança, prevendo uma maior integração dos profissionais com a realidade social do país, está longe de se tornar um trabalho realizado por todos os CDs participantes da ESF.

Somente através de uma atenção de cuidado, permeado pelo acesso, acolhimento e vínculo que o CD poderá ter um olhar social para com o usuário e sua equipe saúde da família; o CD necessita de um conhecimento psicossocial do seu local de atendimento, da maneira como vivem os usuários e suas famílias, domicílios, comunidades, escolas e igrejas inserida na sua região de trabalho. Este conhecimento o aproxima do usuário e da equipe, permitindo um trabalho multidisciplinar e integral, condizente com as diretrizes do SUS de universalidade, equidade e integralidade.

O CD passa por uma mudança no mercado de trabalho, de um profissional liberal para um profissional assalariado no campo privado e público. Por isso ressaltar a necessidade de alterações curriculares urgentes, capacitação permanente das diretrizes da política nacional de saúde bucal, para que estes profissionais se engajem em um novo mercado de trabalho, voltado para Saúde coletiva e que novos postos de trabalho em saúde pública sejam abertos, para aí sim corresponder às metas de atenção básica a saúde da população brasileira.

Sem estes conhecimentos, não é possível prever que ocorra desenvolvimento humano no contexto das ESBs na ESF, é um trabalho a longo prazo, de mudança de olhar do CD para com o usuário e equipe, e também um olhar para si, permitindo-se realizar um

trabalho técnico efetivo, mas com consciência de que o usuário criou vínculo, foi bem acolhido, ampliando laços relacionais, desenvolvendo parcerias e potencializando a adesão ao processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema.

Nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro, por isso é necessário que os trabalhadores sejam mais sensíveis com uma nova ética na saúde (Santos & Assis, 2006).

## Refêrencias

- Agripino, G. G., Suliano, A. A., Serra, A. C., & Souza, E. H. A. (2007, jul./set.). A Odontologia e o Programa Saúde da Família: Novos desafios e perspectivas. *Odontologia Clínico-Científica (Recife)*, 6(3), 213-218.
- Amorim, C., & Vicente, R. B. (2008). Abordagem de família: Uma aproximação da Psicologia. In S. T. Moysés, L. Kriger, & S. J. Moysés (Orgs.), *Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências* (pp. 89-100). São Paulo: Artes Médicas.
- Andrade, K. L. C., & Ferreira, E. F. (2006). Avaliação da inserção da Odontologia no Programa Saúde da família de Pompeu (MG): A satisfação do usuário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1), 123-130.
- Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: Um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464.
- Araújo, Y. P. (2005). *Atuação profissional e vivência do cirurgião-dentista na estratégia do Programa Saúde da Família*. Dissertação de mestrado não publicada em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- Araújo, Y. P., & Dimenstein, M. (2006). Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1), 219-227.
- Barbosa, A. A. A., Brito, E. W. G., & Costa, I. C. C. (2007, jul./set.). Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: Percepções de CD e auxiliares no contexto de um município. *Ciência Odontológica Brasileira*, 10(3), 53-60.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado.

- Brasil. (1997). *Saúde da família: Uma estratégia para a orientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2000, 29 dez.). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1, p. 69-86.
- Brasil. (2001, 6 mar.). Portaria nº 267/GM de 6 de março 2001. Dispõe normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Brasil. (2002, 11 jul.). Lei Nº 10.507 de julho de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Brasil. (2004a). *Avaliação Normativa do Programa Saúde da família no Brasil: Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004b). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retirado de [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf)
- Brasil. (2006). *Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Retirado de [http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/legislação/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/legislação/portaria_648_28_03_2006.pdf)
- Brasil. (2008). *Executiva mais saúde: Direito de todos: 2008-2011* (2. ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979)

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development* (5<sup>th</sup> ed., pp. 993-1027). New York: John Wiley & Sons.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005, maio/ago.). A Psicologia e a estratégia saúde da família: Compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Campos, L., & Wendhausen, A. (2007). Participação em saúde: Concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Texto e Contexto-Enfermagem*, 16(2), 271-279.
- Carvalho, D. Q., Ely, H. C., Paviani, L. S., & Corrêa, P. E. B. (2004, jan./jun.). Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *Boletim da Saúde* (Porto Alegre), 18(1), 175-184.
- Cericato, G. O., Garbin, D., & Fernandes, A. P. S. (2007, set./dez.). A inserção do cirurgião-dentista no PSF: Uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 12(3).
- Chaves, M. C., & Miranda, A. S. (2008, jan./mar.). Discursos de cirurgiões-dentistas do PSF: Crise e mudança de *habitus* na Saúde Pública. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), 153-167.
- Chiesa, A. M., & Veríssimo, M. D. L. (1995). *A educação em saúde na prática do PSF. Manual de Enfermagem*. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Retirado em 27 fev. 2011, de [www.ids.saude.gov.br/enfermagem](http://www.ids.saude.gov.br/enfermagem)
- Emmi, D. F., & Barroso, R. F. F. (2008). Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiros, Pará. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 35-41.

- Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. L., Siqueira, F. V., et al. (2006, jul./set.). Desempenho do PSF no sul e nordeste do Brasil: Avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica a Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), 669-681.
- Franco, A. L. S., & Bastos, A. C. S. (2002, jul./dez.). Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: A Perspectiva Ecológica na Psicologia do Desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o Modelo da Vigilância da Saúde. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 2(2), 65-72.
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 345-353.
- Loch-Neckel, G., Siemann, G., Eidt, H. B., Rabuske, M. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: Implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(Supl.1), 1463-1472.
- Mendonça, V. R. C. (2007). *Avaliação do PSF na perspectiva do usuário: Um estudo de caso no município de Volta Redonda-RJ*. Dissertação de Mestrado não publicada em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Moraes, A. B. A., & Ongaro, S. (1998). Contribuição da Psicologia da Saúde à Odontologia. In C. Botazzo & S. T. F. Freitas (Orgs.), *Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e perspectivas* (pp. 87-103). São Paulo: Edusc.
- Nickel, D. A., Lima, F. G., & Silva, B. B. (2008). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 241-246.

- Narvai, P. C. (2006). Saúde Bucal Coletiva: Caminhos da Odontologia Sanitária a bucalidade [Edição especial]. *Revista de Saúde Pública*, 40, 141-147.
- Palú, A. P. N. (2004). A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: A visão dos odontólogos do Paraná. Dissertação de Mestrado não publicada em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, PR.
- Pereira, M. M., Viana, M. A. L., Mestringer, S. F., & Mestringer, W., Jr. (2008, jan./dez.). Uma reflexão sobre a inserção da saúde bucal na saúde da família. *Interação*, 8(1-3), 97-104.
- Santos, A. M. S., & Assis, M. A. N. (2006). Da fragmentação à integralidade: Construindo e des (construindo) a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1), 53-61.
- São Paulo. (2000). Programa Saúde da família [Versão eletrônica]. *Revista de Saúde Pública*, 34(3), 316-319.
- Severo, S. B., & Seminotti, N. (2010). Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Supl 1), 1685-1698.
- Souza, D. S. (2008). A participação da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: A experiência do Rio Grande do Sul. In S. T. Moysés, L. Kriger, & S. J. Moysés (Orgs.), *Saúde Bucal das famílias. Trabalhando com evidências* (cap. 1). São Paulo: Artes Médicas.
- Souza, E. C. F., Vilar, R. L. A., Rocha, N. S. P. D., Uchoa, A. C., & Rocha, P. M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl. 1), S100-S110.
- Teixeira, M. C. B. (2006). A dimensão cuidadora do trabalho de equipes em saúde e sua contribuição para a Odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1), 45-51.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2002). Projeto Político Pedagógico.

Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio Grande do Sul. Retirado em 24 fev. 2011, de [www.ufrgs.br/odonto/projeto\\_politico.pdf](http://www.ufrgs.br/odonto/projeto_politico.pdf).

Villalba, J. P., Madureira, P. R., & Barros, N. F. (2009). Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 27(3), 262-268.

Yunes, M. A. A., Mendes, N. F., & Albuquerque, B. M. (2005). Percepções e crenças de Agentes Comunitários de Saúde, sobre resiliência em famílias monoparentais pobres [Edição especial]. *Texto Contexto Enfermagem* (Florianópolis), 14, 24-31.