

## A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF

*Filomena Maria da Costa PINHEIRO<sup>a</sup>, Sílvia Maria NÓBREGA-THERRIEN<sup>b</sup>,  
Maria Eneide Leitão de ALMEIDA<sup>c</sup>, Maria Irismar de ALMEIDA<sup>d</sup>*

<sup>a</sup>*Professora Titular de Saúde Coletiva, Faculdade Católica Rainha do Sertão,  
63900-000 Quixadá - CE, Brasil*

<sup>b</sup>*Professora Adjunta dos Cursos de Enfermagem e Medicina, UECE,  
60740-903 Fortaleza - CE, Brasil*

<sup>c</sup>*Professora Adjunta, Departamento de Clínica Odontológica, UFC,  
60020-181 Fortaleza - CE, Brasil*

<sup>d</sup>*Professora Adjunta dos Cursos de Ciências Biológicas e Medicina, UECE,  
60740-903 Fortaleza - CE, Brasil*

Pinheiro FMC, Nóbrega-Therrien SM, Almeida MEL, Almeida MI. Dentist education and health promotion in the family health program – PSF. Rev Odontol UNESP. 2008; 37(1): 69-77.

**Resumo:** Este estudo teve por objetivo analisar a formação do cirurgião-dentista para a promoção de saúde no Programa Saúde da Família – PSF – nos Municípios de Quixadá, Quixeramobim e Choró do Estado do Ceará, com vistas a contribuir para a melhoria na formação e, conseqüentemente, na assistência prestada à população. Procurou-se caracterizar a formação recebida por estes cirurgiões-dentistas – CD – para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde; verificar como são desenvolvidas as atividades de promoção de saúde por estes profissionais no PSF; e identificar as dificuldades e os avanços para desenvolver a promoção de saúde na atenção à saúde bucal. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa no tratamento dos dados, no ano de 2006. Os sujeitos do estudo foram 11 CD que trabalham nas equipes de saúde bucal – ESB – do PSF. Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa, o questionário e a entrevista semi-estruturada, e os dados, submetidos à Análise de Discurso. Constatou-se que a formação recebida na graduação se mostrou insuficiente para o trabalho no PSF. As atividades de promoção de saúde se restringem às atividades de prevenção e Educação em Saúde. As dificuldades para o trabalho de promoção de saúde foram: demanda excessiva por atendimento odontológico; formação insuficiente na graduação; questões culturais; falta de apoio dos gestores e de compromisso dos profissionais; dificuldades no trabalho em equipe e de intersectorialidade; e as condições de saúde da população. Os avanços indicam melhoria no acesso aos serviços odontológicos, produção de vínculos e melhoria nos níveis de saúde bucal.

**Palavras-chave:** *Educação em odontologia; promoção da saúde; programa saúde da família.*

**Abstract:** The purpose of this study was to analyze the dentist education for health promotion in the Family Health Program - PSF, at the Municipalities of Quixadá, Quixeramobim and Choró of Ceará State, aiming at contributing to the improvement in the education and consequently, in the attendance rendered to the population. It sought to characterize the education received by these dentists – CD for developing the work in health promotion; to verify how the activities in oral health promotion are being developed by these professionals in PSF; and to identify the difficulties and advancements to develop health promotion in oral health attention. It is an exploratory study of a descriptive nature, with a qualitative approach, accomplished in the year 2006. The subjects of the study were 11 CD who work in oral health teams - ESB of the PSF. Two research instruments were used, the questionnaire and the semi-structured interview. Data was submitted to Discourse Analysis. It was verified that the education received during graduation was shown to be insufficient for the work in the PSF. Health promotion activities developed in the PSF are limited to prevention activities and health education. The difficulties for working in health promotion were: excessive demand for dental attendance; insufficient education in the graduation; cultural issues; lack of support by the managers and of professional commitment; difficulties in team and inter-sector works

and the population's health conditions. The advancements indicate improvement in the access to dental services, the producing of bonds and the improvement in oral health levels.

**Keywords:** *Education, dental; health promotion; family health program.*

## Introdução

A formulação do modelo de atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF – segue os princípios e as diretrizes preconizados por esta estratégia, destacando-se o princípio da integralidade, intersectorialidade, universalidade, descentralização, participação da comunidade, entre outros. Para a operacionalização desse novo modelo, entretanto, pode-se constatar, juntamente com um grande número de estudiosos do tema<sup>1-5</sup>, a necessidade da formação de recursos humanos na Odontologia para o desenvolvimento desse novo processo de trabalho.

O estudo apresentado neste artigo teve como objetivo analisar a formação do cirurgião-dentista para a promoção de saúde no PSF, nos Municípios de Quixeramobim, Quixadá e Choró, que fazem parte da 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará – CERES –, caracterizando a formação recebida pelos cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde; verificando como são desenvolvidas, pelos cirurgiões-dentistas no PSF, as atividades na atenção básica; e identificando as dificuldades e os avanços para o seu desenvolvimento.

### *A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde bucal no PSF*

Nas décadas de 1960/70, muitos países desenvolvidos começaram a perceber que os enormes volumes financeiros alocados para o tratamento das doenças cárie e periodontal, por meio de procedimentos operatórios, não produziam uma boa relação custo/benefício. Os estudos epidemiológicos mostravam que este tipo de atenção odontológica não era capaz de melhorar os indicadores de saúde bucal. Assim, começaram a concentrar um expressivo volume de recursos em pesquisas, com o objetivo de encontrar novos caminhos. Essa busca levou a uma nova estruturação da Odontologia, dos modelos dominantes na explicação da realidade social, bem como das responsabilidades das universidades ante esta realidade, com repercussões nas reformas de ensino. Começou, então, a se configurar um novo paradigma de prática de saúde bucal no cenário brasileiro<sup>2</sup>.

Na década de 1990, a discussão acerca das formas de atenção à saúde no Brasil se intensificou, assim como vários estudos publicados<sup>1,6,7</sup>, que discutiram esta problemática, mas ainda com muitas dificuldades e obstáculos a serem transpostos, principalmente, sobre o caráter social da formação e da prática do futuro profissional de odontologia. Nesse sentido, muitos autores<sup>2-5,8-12</sup> passaram a questionar o tipo de formação que estava sendo desenvolvida, procuran-

do encontrar soluções conducentes a uma formação desse profissional de Odontologia mais articulada às necessidades de saúde da população.

Observa-se, no entanto, que este novo paradigma, de uma formação voltada para a realidade social, apesar de já estar presente no pensamento acadêmico com relação às práticas de saúde bucal, na prática, não se encontra evidente, pois a formação da maioria dos novos profissionais egressos das universidades ainda permanece a mesma, ou seja, predominantemente voltada para a técnica<sup>2</sup>. Estes deveriam ser habilitados a utilizar seus conhecimentos técnico-científicos na promoção de saúde bucal e na solução dos problemas causados pelas doenças orais. A sinalização desta nova concepção na formação do profissional odontólogo já pode ser conferida no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais<sup>13</sup>, publicado no ano de 2002, pelo Ministério da Educação do Brasil, para os cursos de Odontologia, no qual é descrito o perfil do formando egresso e do profissional, como se segue:

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

Busca-se, portanto, com esse perfil, agora oficialmente, um profissional que saiba se imiscuir no plano social, que possa atuar tanto no consultório particular quanto em equipes multidisciplinares de saúde, uma vez que os cirurgiões-dentistas foram formados, até então, quase que exclusivamente, para o exercício profissional liberal.

Nesse sentido, embora as indicações propostas nas Diretrizes Curriculares (Resolução CNE/CES 3/2002) para o curso de Odontologia sejam recentes, do ano de 2002, é importante verificar, na realidade da formação dos alunos, o que está sendo concretizado ou se concretizando. A proposta do profissional egresso dos cursos de Odontologia em relação à nova postura, de compromissos éticos com a sociedade, ajudando o usuário a viver com saúde, é um terreno amplo para investigação. A formação, aliada à promoção de saúde, constitui a realidade do discurso contemporâneo no campo da saúde coletiva, que visa, em última instância, à promoção de saúde do indivíduo e da comunidade. No Sistema Único de Saúde – SUS –, ela é parte de um processo que apenas se inicia, mas que já evidencia seus novos rumos.

O Programa de Saúde da Família – PSF – foi estruturado com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população<sup>14</sup>.

Em 8 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 1444<sup>15</sup>, consolidou a inclusão da saúde bucal no PSF, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios por meio desse programa. A partir de 2001, os municípios começaram a se reorganizar para a implantação das equipes de saúde bucal, por meio das estratégias para incorporação das ações de saúde bucal no PSF, seguindo o que recomenda a Portaria nº 267<sup>16</sup> do Ministério da Saúde, que estabelece as normas e diretrizes da saúde bucal.

Para a operacionalização desse novo modelo, entretanto, pode-se constatar, juntamente com um grande número de estudiosos do tema<sup>1-5</sup>, a necessidade da formação de recursos humanos na Odontologia, para o desenvolvimento desse novo processo de trabalho que incorpora nas ações de saúde bucal, no caso, a promoção da saúde.

### Trajatória metodológica

Este estudo constitui-se de uma pesquisa predominantemente qualitativa, de natureza descritiva e exploratória. A unidade geográfica de investigação foi composta por três municípios compreendidos na 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará – CERES: Quixadá, Quixeramobim e Choró, no ano de 2006. Os dois primeiros municípios são pólos dessa microrregião de saúde e o último foi um dos dez municípios escolhidos pelo Governo do Estado do Ceará para a implantação do Projeto Dentista da Família, no ano de 2003, pois apresentava baixos índices de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M.

Esses municípios estão situados na região centro do Estado do Ceará. Quixadá possui uma população estimada em 74.791 habitantes (IBGE- 2006). Sua economia depende, principalmente, do comércio e do subsetor de serviços. Na área da saúde, conta com 15 equipes de PSF (agosto de 2006), atuando com uma cobertura de 88%. Apresentou, no ano de 2005, uma taxa de mortalidade infantil global / 1.000 NV de 13,17 (SIAB/2005). Possui 10 equipes de saúde bucal – ESB – do tipo modalidade 1. O município de Quixeramobim possui uma população estimada em 59.235 habitantes (IBGE/2006). Sua economia tem base na agricultura, pecuária, indústria e comércio. Com relação à saúde, apresentou uma taxa de mortalidade infantil global / 1.000 NV de 19,79 (SIAB/2005) e, em agosto de 2006, o PSF contava com 16 equipes, com cobertura de 100% e 13 ESB, sendo 7 do tipo modalidade 1 e 6 equipes de modalidade 2. Possui também um Centro

de Especialidades Odontológicas – CEO. Choró é um município relativamente jovem, criado em 1992, com uma população de 11.445 habitantes (IBGE/ 2002), apresentando um PIB (2004) de R\$ 18,732 milhões. Sua economia constitui-se basicamente da agricultura e da pecuária. No setor saúde, em setembro de 2006, tinha 4 equipes de PSF e 4 ESB implantadas, do tipo modalidade 1.

Os sujeitos pesquisados foram os cirurgiões-dentistas – CD – que trabalham nas equipes de saúde bucal do PSF, que realizaram sua formação odontológica no Estado do Ceará e que quiseram participar do estudo. Os cirurgiões-dentistas formados em outros estados foram excluídos da pesquisa por ter sido realizada uma análise documental prévia dos currículos e projetos político-pedagógicos dos Cursos de Odontologia do Ceará, para servir de parâmetro de estudo.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário, com o objetivo de caracterizar o profissional, com relação à idade, local e ano de formação, cursos de capacitação realizados para trabalhar no PSF e tempo de trabalho no PSF, objetivando conhecer que tipo de profissional está inserido nesse trabalho; e uma entrevista semi-estruturada, que foi gravada e depois transcrita.

Fez-se o levantamento do número de cirurgiões-dentistas na 8ª Célula Regional de Saúde do Estado do Ceará, que possuem sede em Quixadá, no Atesto Mensal\* de funcionamento das equipes de saúde bucal no PSF de agosto de 2006 dos municípios a serem investigados. Constatamos que existia um total de 26 CD. Identificados os sujeitos e suas áreas de atuação, obtivemos, das Secretarias de Saúde, a autorização para realizar a pesquisa, assim como para obter dados de identificação dos sujeitos.

Foram entrevistados 11 cirurgiões-dentistas. No Município de Quixeramobim, 6 CD; em Quixadá, 4 CD; e em Choró, 1 CD. Foram retirados os que se encontravam de licença e os que não tinham sido formados no Estado do Ceará. Seus depoimentos foram organizados em seqüências discursivas de acordo com os objetivos da pesquisa para facilitar as análises, que foram conduzidas com a utilização da Análise de Discurso<sup>17</sup> na perspectiva francesa, estruturada por Michel Pêcheux e outros. Escolheu-se a Análise de Discurso por esta procurar apreender o funcionamento do discurso na produção de sentidos, buscando explicitar a formação ideológica que o sustenta, ou seja, a explicação do modo como o discurso produz sentidos, em dadas condições sócio-históricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, FR: 93775, Processo: 06210053-0 através do parecer aprovado em 23 de junho de 2006.

\* Este documento é enviado mensalmente pelos municípios à Célula Regional a que pertence com informações sobre a situação das equipes de PSF e ESB.

## Análise e discussão

Antes de adentrar na análise do material coletado por meio das entrevistas, apresentamos um perfil compactado dos sujeitos que participaram do estudo.

Os resultados mostram que, dos 11 cirurgiões-dentistas entrevistados, seis (54,6%) eram do sexo feminino e cinco (45,4%) do sexo masculino. Com relação à idade, observa-se a predominância de um grupo na faixa etária de 22–28 anos (seis), correspondendo a um percentual de 54,6%, denotando predominância de um grupo jovem de profissionais de saúde da Odontologia no PSF desses municípios.

Quanto ao ano de formação, a maioria do grupo pesquisado (sete) também se apresenta como profissionais jovens, formados na faixa que vai dos anos de 1999 a 2005. Este achado aponta para uma realidade que refere cirurgiões-dentistas com formação recente nos municípios do interior do Estado, aqui estudados.

Com relação à educação profissional permanente ou continuada, cabe salientar também que, dos 11 cirurgiões-dentistas entrevistados, nove desses receberam algum tipo de capacitação após a sua graduação para o trabalho no PSF. Com referência ao tempo de trabalho no PSF, no grupo pesquisado, constatamos que não há diferenças significantes, o que é esperado, já que constituem maioria de um grupo jovem e com formação recente.

Os depoimentos foram analisados obedecendo a cinco seqüências discursivas:

### *Seqüência discursiva 1- conceito de promoção de saúde*

No primeiro momento, foi perguntado aos sujeitos o que era promoção de saúde para eles, obtendo-se as seguintes respostas.

A promoção de saúde como um todo, é melhoria da qualidade de vida, do saneamento básico, da água fluoretada... ela vai passar por muitos aspectos, até chegar ao consultório, o consultório é um deles,... a gente tem que prevenir mas tem que tratar porque a doença já está instalada... (Ent. 1).

Essa parte de promoção de saúde tem muito a ver com tudo, com o lado social, não é só a saúde em si... de como a pessoa mora, onde habita, saneamento básico, tudo isso tá envolvido com o trabalho educacional na promoção de saúde... (Ent.4).

As definições enunciadas pelos entrevistados sobre promoção de saúde denotam uma posição-sujeito que já possui em sua formação, uma concepção de promoção de saúde como uma ação global que objetiva a melhoria da qualidade de vida da população. Observa-se que já está constituída uma mudança de paradigma sobre o processo

saúde-doença, no qual saúde e doença envolvem vários aspectos e são determinados por fatores sociais, econômicos e psicológicos. Essa concepção também indica que já ocorreu por parte dos sujeitos um afastamento do modelo biomédico de teor clássico, em que a ciência poderia resolver qualquer problema, negando a causalidade social da doença.

Pode-se observar também no enunciado do entrevistado 2, ao referir *Promover saúde é promover de modo total, não só da odontologia, porque às vezes a gente puxa muita sardinha pro nosso lado...*, a compreensão de saúde bucal. Mesmo sendo uma pequena parte do todo, há interdependências de ações, superando também a fragmentação do corpo humano.

Na afirmação, *Promover saúde é evitar a doença, é a gente tentar abordar de todas as formas o paciente, para conscientizá-lo acho que do básico, da escovação, da alimentação, do tipo de alimentação, de como ele evitar adoecer...* (Ent. 3) permanece o posicionamento pré-construído do sujeito do “evitar a doença”, mas, logo após, ao dizer *conscientizá-lo*, já denota a visão ampliada de saúde, assim como o seu papel de profissional, numa melhor perspectiva de que deve capacitar os indivíduos e as comunidades para terem controle sobre os determinantes de saúde. Assim, há uma mesclagem entre velhas e novas concepções de saúde. Como a seguir:

Promoção de saúde eu acho que funciona a prevenção e a cura da saúde também, pra mim a promoção de saúde é isso, porque não adianta você só orientar, a prevenção é importante, mas no caso nosso da odontologia, você tem que fazer a parte curativa também (Ent. 5).

Nesse discurso, o sujeito se posiciona entre a prevenção e a cura, entendimento vindo de uma formação realizada há mais de vinte anos. O sujeito se encontra com o que foi ideologicamente formado na graduação há anos, com peso maior para as ações curativas, com base no conhecimento biológico e na atenção individualizada, além de denotar a demanda reprimida de serviços. Observa-se, outro lado, também, que incorpora o discurso atual, na sua posição de promotor de saúde do PSF, ou seja, mostra o sentido pré-construído de valorização da cura, mas incorporando aquilo que constitui o “novo”.

Promoção de saúde eu acredito que é um todo, é ver a pessoa como um ser humano integral, que tem pensamentos, que tem vontades, que tem desejos, que tem cabeça, corpo e alma... então é ver o todo e não só aquilo que a gente cuida, no meu caso, a boca (Ent. 6).

Nesse trecho do discurso, o enunciador revela a sua visão ampliada de promoção de saúde. Ele conseguiu incorporar o “todo” e também a sua função como facilitador desse

processo de capacitação dos indivíduos. Produzir saúde, adotando como eixo o paradigma promocional, significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar, satisfatoriamente, os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sóciopolítico e econômico-cultural, enfim, pela vida<sup>18</sup>.

#### *Seqüência discursiva 2- formação dos cirurgiões-dentistas*

Nessa seqüência discursiva, os sujeitos foram interrogados sobre a formação recebida na universidade para o trabalho de promoção de saúde bucal.

No recorte, *Na época de formação, o que tinha só era odontologia preventiva e social, na realidade nós éramos formados para atender consultório, ninguém falava em atendimento no serviço público... muito distante da realidade do PSF* (Ent. 4) pode-se dizer que, o sujeito, ao dizer “*o que tinha só era...*”, já interpreta a sua formação para promoção de saúde como insuficiente, e, logo depois, confirma a sua formação recebida pautada na competência técnico-científica, individualista, voltada para a especialização e ênfase na prática curativa.

Em cada um dos discursos abaixo, encontramos a formação constituída desses sujeitos, com as características de estruturação de disciplinas por especialidades odontológicas, ensino nos serviços das próprias escolas, desconhecendo os serviços externos e separação entre docência e prestação de serviços:

Eu acho na faculdade o curso era mais voltado pra questão da especialidade... é uma realidade muito diferente da necessidade básica do povo... coisas pontuais dentro do curso e não um lado só pra isso (Ent. 3).

Na minha graduação eu fui preparada, mas eu senti que foi um pouco burocrático, mais assim dentro da sala de aula, não tinha uma vivência corpo a corpo com as pessoas, só quando a gente fazia aqueles estágios nas escolas (Ent. 6).

É válido dizer que as interpretações procedidas por esses sujeitos entrevistados revelam-nos também, que eles já possuem um sentido definido a respeito do seu papel na qualidade de profissional da Odontologia, fortalecido no exercício da profissão, já havendo, no discurso, o seu deslocamento para nova compreensão. Outro ponto sobre o qual cabe aqui refletir é acerca da constituição da identidade profissional, nesta parte do discurso: *Não me preparou, de jeito nenhum, na minha época, era a última coisa que o pessoal queria fazer, era trabalhar no serviço público...* (Ent. 8).

É possível perceber na narrativa o sentido construído do sujeito, à época aluno, com relação ao serviço público; a

supervalorização do técnico-científico e a desvalorização do trabalho no serviço público. E, em uma última observação, este enunciado: *A faculdade tem que se abrir para o mundo e não se fechando assim, que é isso que a gente vê* (Ent. 1).

Evidencia-se o efeito de sentido construído por esse entrevistado, sob a forma de alerta à universidade, para que reveja o seu modelo de ensino. Pode-se pressupor que há uma desarticulação do ensino-serviço.

#### *Seqüência discursiva 3- atividades de promoção de saúde desenvolvidas no PSF*

Nessa seqüência discursiva, os sujeitos foram interpellados sobre as atividades desenvolvidas no seu trabalho na equipe de saúde bucal no PSF.

Foi fácil observar que as atividades relatadas e desenvolvidas como sendo de promoção de saúde se restringem às atividades de prevenção (aplicação de flúor, escovação supervisionada) e de Educação em Saúde bucal (palestras e apresentação de vídeos). Não se evidenciam atividades integradas e intersetoriais de promoção de saúde, permanecendo a fragmentação da abordagem do processo saúde-doença, ao denotar o trabalho desses profissionais reduzidos ao seu setor de trabalho, não expressando nessas seqüências discursivas a articulação de setores, saberes, mobilização na formulação de intervenções que propiciem a produção de saúde.

A posição-sujeito desses discursos revela que as práticas de promoção de saúde bucal não foram incorporadas à dimensão atual, pois os sujeitos ainda se “historicizam” no modelo assistencialista, não chegando ao modelo de promoção de saúde contemporânea. Nessa formação discursiva, entretanto, este sujeito revela:

Lá tanto eu desenvolvo a parte curativa como a parte preventiva, a gente tem todo um trabalho de palestras educativas antes do atendimento, também nas escolas, nos grupos também, quando a gente se reúne, grupos de gestantes e hipertensos. A gente também realiza visita domiciliar, a gente procura sempre tá junto da população pra saber o que estão precisando... (Ent. 6).

Já se observa um sujeito que caminha nos pilares da promoção de saúde, mediante a busca de articulação com diversos setores, tentando dialogar com diversas áreas. Percebe-se também, nessa fala, a busca de uma construção compartilhada e democrática de saberes e de práticas.

Pode-se observar, ainda, que o desenvolvimento das atividades de promoção de saúde bucal acontece predominantemente no ambiente educacional, nas escolas, sendo observadas, no relato anterior, algumas ações em outros ambientes, como grupo de gestantes, hipertensos, entre outros, e nas visitas domiciliares.

Diante dos discursos, podemos considerar que as atividades de promoção de saúde ainda se apresentam incipientes. Nesse sentido, a busca de mais parcerias intersetoriais se faz necessária para atingir outros cenários, e não somente o ambiente ambulatorial e o setor educacional, pois a saúde bucal exige mais do que a oferta de serviços odontológicos e ações contingenciais de prevenção. Implicando, assim, políticas intersetoriais como vetores para a promoção de saúde que propiciem a melhoria na qualidade de vida.

Outro ponto a ser considerado diz respeito ao trabalho interdisciplinar da equipe de saúde da família. Percebe-se que as ações de promoção de saúde estão sendo realizadas isoladamente pelos profissionais de saúde. Em nenhum momento dos discursos, foi relatado o trabalho em equipe.

*Seqüência discursiva 4 - dificuldades no trabalho da equipe de saúde bucal no PSF.*

Os sujeitos da pesquisa foram interpelados sobre as dificuldades encontradas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde na equipe de saúde bucal no PSF. Foram citadas as seguintes dificuldades: demanda excessiva por atendimento odontológico; formação insuficiente recebida na graduação, dificuldades culturais; falta de educação e de informação no que diz respeito à saúde; falta de compromisso dos profissionais; falta de trabalho em equipe; falta de trabalho intersetorial; e as condições de vida da população.

A demanda excessiva por atendimento odontológico (uma das maiores dificuldades citadas) pode ser verificada nestes trechos:

A maior de todas que eu acho é a demanda. A demanda é... no começo eu até tentei andar nas escolas, mas aí o pessoal ia atrás da gente... é humanamente impossível... é muito complicado (Ent. 3).

A quantidade de procura do pessoal é muito grande e o tempo que a gente tem é pouco... (Ent. 5).

Nas narrativas, percebe-se a angústia dos profissionais da Odontologia para exercerem suas funções de promotores de saúde. Os sujeitos entrevistados já têm consciência do seu papel a ser desempenhado, compreendendo que o serviço odontológico não deve se centrar no atendimento curativo, mas se vêem diante de um dilema: fazer o trabalho reabilitador e promover saúde, enquanto o primeiro absorve todo o tempo de seu trabalho.

Assim, confirma-se que, para se promover saúde, é preciso, antes de tudo, que haja transformações na organização das práticas de saúde bucal. Acredita-se que um dos caminhos seja uma nova prática odontológica, na qual o trabalho deixe de ser centrado no cirurgião-dentista, incorporando

outros profissionais de saúde bucal, como o auxiliar de consultório dentário – ACD –, o técnico de higiene dental –THD – e, muitas vezes, o agente comunitário de saúde, chegando-se à concepção de equipe de saúde bucal.

Outra dificuldade relatada nos enunciados arrolados é a formação insuficiente recebida na graduação. É possível perceber o posicionamento de um profissional que emite despreparo e insegurança, para o desenvolvimento de funções de promotor de saúde, como que meio perdido, sem saber como trabalhar ou que estratégias desenvolver, por não ter vivenciado isso na sua formação. O sentido expresso por esses sujeitos revela a percepção de que a formação recebida na universidade enfocava a maior valorização do conhecimento técnico-científico, sem muita ênfase para a saúde coletiva.

Outra dificuldade encontrada pelos cirurgiões-dentistas para o desenvolvimento do trabalho de promoção de saúde foi identificada por eles como cultural. Sabe-se que conceitos como os de saúde e de doença, aparentemente simples, referem-se a fenômenos complexos que agrupam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Tornou-se evidente, nas formações discursivas, a influência do contexto social e cultural sobre as maneiras de pensar e de agir dos indivíduos ante seus problemas de saúde, porquanto os sujeitos se posicionaram num ponto em que as questões culturais constituem forte obstáculo para o trabalho de promoção de saúde. Nesse sentido, compreendemos que a efetividade de uma prática de saúde depende do conhecimento prévio das características de pensar e agir predominantes na população com relação à saúde e da habilidade da pessoa, nessa prática de saúde, integrar esse conhecimento. Explorando mais ainda essa reflexão, apresentamos essa formação discursiva:

Eu acho que é a educação mesmo, é a falta de informação mesmo, a informação do que é importante, às vezes, até pra eles assimilarem a idéia de saúde, o que é importante de se fazer revisão ou prevenção, isso aí atrapalha muito o nosso trabalho (Ent. 9).

Nesse trecho, o sujeito inscreve a falta de educação e de informação, no que diz respeito à saúde, como dificuldade. Torna-se pertinente, refletir a respeito da importância do processo educativo, visto esse não como mero repasse de conhecimento, mas como algo transformador, capaz de provocar mudanças e melhorar a qualidade de vida das pessoas, levando os indivíduos a interiorizarem a importância de realizar práticas saudáveis, numa reflexão crítica sobre o seu modo de viver, o seu ambiente, dando-lhes condições de transformar e de intervir nessa realidade.

A promoção de saúde deve se fazer democraticamente, e um dos agentes envolvidos nesse processo é o gestor. Nos acontecimentos discursivos, os sujeitos identificam a falta

de articulação com os gestores, dificultando o seu processo de trabalho. É preciso que haja compromisso dos gestores e a sua integração com a equipe de saúde bucal, para que se tornem parceiros e possam juntos inovar na criação de iniciativas para a superação das necessidades em saúde.

Outra dificuldade evidenciada nas seqüências discursivas foi o compromisso dos profissionais. Os sujeitos se deslocam do seu status de profissional do PSF e se posicionam como analistas, significando a atitude dos profissionais, do que eles próprios fazem parte. Nessa condição, enfocam a sua falta de compromisso (além do despreparo) para com o trabalho com o PSF.

Cumpre-nos evidenciar o perfil dos profissionais para o trabalho de promoção de saúde no PSF. Nos discursos, verifica-se a formação recebida que se manifesta, mas que, por sua vez, já é concebida por esses sujeitos, na atualidade, como um posicionamento não adequado para o seu trabalho em saúde. Essa concepção de trabalho em saúde se reflete diretamente no modo de assistir as comunidades, pois o profissional não teve, em sua formação, a capacitação necessária para atender no modelo de atenção que o PSF preconiza. Dificilmente, ele conseguirá desempenhar suas funções adequadamente.

Entre as dificuldades, a falta do trabalho em equipe é acrescentada. É o que se pode verificar neste discurso:

Eu acho que eu esperei alguma coisa, esperei a questão da equipe, um envolvimento da equipe... de tá me puxando, sabe? Da gente tá trabalhando junto (Ent. 7).

Os sujeitos se posicionam desolados em relação ao trabalho na equipe de saúde, sabem o papel que devem desempenhar, mas se acham impotentes para realizá-lo. Assim, podemos evidenciar, aqui, a ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e o baixo grau de interação das categorias profissionais, havendo fragmentação do processo de trabalho.

Nos discursos, mais uma dificuldade foi encontrada para a promoção de saúde bucal: trabalhar a intersetorialidade. Com o paradigma da promoção de saúde, a saúde bucal exige mais do que a oferta de serviços odontológicos, implicando políticas intersetoriais, buscando soluções compartilhadas, utilizando vários cenários para o cuidado em saúde e não somente o consultório dentário.

Como última dificuldade relatada pelos sujeitos, encontramos as condições de vida da população. No PSF, os trabalhadores em saúde percebem, muito de perto, a realidade dura da vida nas comunidades empobrecidas, e tendo que, necessariamente, lidar com os problemas decorrentes dessas condições. A promoção de saúde aparece como um campo que promove essa reflexão e a incorporação dessas necessidades de saúde, para que, juntos, mediante ações intersetoriais, consigam a resolução de seus problemas de saúde.

### *Seqüência discursiva 5 - avanços na atenção à saúde bucal*

Nessa seqüência, os sujeitos foram interrogados sobre os avanços que viam no tocante à saúde bucal. Obtivemos os seguintes discursos identificados por nós em quatro avanços: promoção da saúde; acesso ao serviço odontológico; produção de vínculos; e melhoria dos níveis de saúde bucal da população.

Pudemos evidenciar como avanço, o caminhar da promoção de saúde nesses municípios, pois, nos discursos, os sujeitos já começam a perceber a conquista de seu trabalho de promoção de saúde, mediante a sensibilização das pessoas quanto à importância da saúde bucal, constituindo-se em uma educação emancipadora, pois os sujeitos vão aprendendo e se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, como nos revela Freire<sup>19</sup>.

A universalização do acesso à saúde bucal é de muita importância, pois constituía grave lacuna no sistema de saúde brasileiro, uma vez que significativas parcelas da população não conseguiam acesso aos cuidados odontológicos, clínicos e preventivos essenciais, regularmente, em decorrência da cobertura dos programas odontológicos. Assim, a melhoria do acesso é uma medida essencial para a maximização das condições de saúde bucal da população, mas não se pode esquecer que a saúde bucal exige muito mais do que a oferta de serviços, solicitando, também, que esses serviços tenham resolubilidade e qualidade.

A produção do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário foi outro avanço relatado. Esse profissional comprometido com o usuário passa a ter visão diferente sobre o usuário de sua assistência e vice-versa, e essa interação promove ganhos, pois se estabelece a confiança entre ambos, gerando melhores respostas dos usuários às orientações profissionais, e, por conseguinte, ganhos no processo de crescimento e tomada de consciência.

Por outro lado, um dos ganhos auferidos pelo lado profissional, é a superação do modelo de assistência verticalizado, individual e impessoal, ainda hegemônico na classe odontológica. O trabalho do PSF, a propósito, exige pensar o usuário dessa atenção como um ser biopsicossocial, em um contexto familiar, procurando-se compreender seus medos e seus anseios acerca de seus problemas de saúde, para que, junto com ele, os profissionais de saúde encontrem estratégias de enfrentamento.

O quarto avanço na atenção à saúde bucal evidenciado, na óptica dos sujeitos, apresenta-se como a melhoria nos níveis de saúde bucal da população. Esse posicionamento acontece em função desses profissionais se depararem com uma demanda reprimida imensa, ao chegarem a uma comunidade, em virtude da inexistência anterior de qualquer tipo de assistência e, com o desenvolvimento de suas atividades, passarem a perceber melhoria no nível de saúde bucal da

comunidade assistida. Fato que não pudemos confirmar através deste estudo.

### Considerações finais

Evidenciamos que os cirurgiões-dentistas já possuem incorporada uma concepção da promoção de saúde, apesar de muito limitada, como uma ação que objetiva melhoria na qualidade de vida, como também já agregaram a integralidade do ser humano. É visível, entretanto, a ideologia curativista ainda fortemente presente, construída na graduação, com base no conhecimento biológico e na atenção individualizada, como também a concepção fortemente assentada de promoção de saúde em ações de prevenção e de cura. Não constatamos o entendimento de promoção como uma proposta mais ampla no sentido de influenciar mudanças nas políticas de saúde, no estilo de vida das pessoas, na participação comunitária e na reorganização dos serviços.

A formação recebida na graduação dos cursos de Odontologia mostrou-se insuficiente, alicerçada no modelo flexneriano de ensino, da supervalorização do aspecto técnico-científico, da fragmentação do ensino e do distanciamento entre ensino/serviço.

As atividades desenvolvidas no trabalho nas ESB do PSF restringem-se, predominantemente, às atividades de prevenção (aplicação de flúor, escovação supervisionada e outras, principalmente nas escolas) e Educação em Saúde Bucal, centradas no modelo assistencialista, denotando poucas atividades integradas e intersetoriais.

Nos depoimentos dos sujeitos, foram identificadas as seguintes dificuldades, no trabalho da ESB no PSF, para o desenvolvimento da promoção de saúde: a demanda excessiva por atendimento odontológico; a formação insuficiente na graduação; as questões culturais (presentes na comunidade atendida, que dificultam a introdução de mudanças); a falta de apoio dos gestores; a inexistência de compromisso dos profissionais; a ausência de trabalho em equipe, o que dificulta a intersectorialidade; e as condições de vida da população.

No que concerne aos avanços obtidos na saúde bucal, os sujeitos relataram: progressos na promoção de saúde, com melhoria do acesso aos serviços odontológicos, produção de vínculos e melhoria nos níveis de saúde bucal das pessoas.

Os achados levam-nos a concluir que, apesar das dificuldades, percebe-se que mudanças importantes vêm ocorrendo no trabalho desses profissionais e que esse caminhar ainda possui muitos obstáculos a serem transpostos para a maximização dos serviços odontológicos, ao progresso da saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

### Referências

1. Freitas STF. Políticas de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde bucal. *Saúde Debate*. 1993(40):43-7.
2. Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. *Saúde Debate*. 1993(41):50-7.
3. Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa, MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 1996(13):18-35.
4. Marcos B. Marco conceitual do ensino odontológico - situação dos cursos de odontologia - pontos críticos. *Rev CROMG*. 2006;6:191-4.
5. Moisés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Rev ABENO*. 2004;4(1):30-7.
6. Freitas STF, Nakayama MY. Um perfil do estudante de odontologia no estado de São Paulo. *Divulg Saúde Debate*. 1995(10):29-37.
7. Freire MCMF, Souza CS, Pereira HR. O perfil do acadêmico de odontologia da Universidade Federal de Goiás. *Divulg Saúde Debate*. 1995(10):15-20.
8. Sousa ALL. Ensino e a prática na formação do enfermeiro. *Saúde Debate*. 1994(42): 23-9.
9. Zoletti G, Giongo M. Análise qualitativa sobre a opinião acadêmica da Faculdade de Odontologia da UFRJ com relação ao papel do CD na sociedade; 2001 [citado 2005 Set 18]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=228>.
10. Noro LRA. A inserção do dentista na equipe de saúde da família. *Rev SANARE*. 2002;3(1):19-22.
11. Sekulic E, Nóbrega-Therrien SM. Formação profissional e o trabalho na área de saúde: o caso da odontologia. *Rev Ciênc Tecnol*. 2003;5(1):11-7.
12. Funk PP, Flores MMDZ, Garbin CA, Hartmann MSM, Mendonça JL. Perfil do profissional formado pela Faculdade de Odontologia de Passo Fundo - RS: da formação à realidade profissional. *RFO UPF*. 2004;9:105-9.
13. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002, de 4 de março de 2002, dispõe das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação de Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p.10.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2ª ed. Brasília; 1998.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1444, de 28 de dezembro de 2000, dispõe do incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal por meio do Pro-



- grama Saúde da Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 29 dez. 2000. p.85.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 267, de 6 de março de 2001, dispõe de normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 7 mar. 2001. p.67.
17. Orlandi EP. Análise de discurso. 6ª ed. Campinas: Pontes; 2005.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília; 2005.
19. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

