

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS - GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ARABELA DE CLEVES OLIVEIRA BORGES
MARIA ÍRIS VIEIRA SANTOS ARAÚJO
SILVIA FERNANDA PEREIRA NUNES
VIVIAN ALMEIDA CRUZ**

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS - MA**

São Luís
2008

**ARABELA DE CLEVES OLIVEIRA BORGES
MARIA ÍRIS VIEIRA SANTOS ARAÚJO
SILVIA FERNANDA PEREIRA NUNES
VIVIAN ALMEIDA CRUZ**

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Dourivan Camara Silva de Jesus

São Luís
2008

**ARABELA DE CLEVES OLIVEIRA BORGES
MARIA ÍRIS VIEIRA SANTOS ARAÚJO
SILVIA FERNANDA PEREIRA NUNES
VIVIAN ALMEIDA CRUZ**

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SÃO LUÍS - MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dourivan Camara Silva de Jesus (Orientadora)
Mestre em Pedagogia Profissional
Instituto Superior Pedagógico de Educação Técnica-INSPET/Cuba

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo/USP

Aos nossos pais, filhos e maridos pelo incentivo e dedicação que nos vem prestando no decorrer da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas conquistas alcançadas ao longo da vida.

A Profa. Mestre Dourivan Camara Silva de Jesus, pela orientação da pesquisa.

Aos representantes da Secretaria Municipal de Saúde pela aceitação e apoio na realização da pesquisa.

Aos trabalhadores das ESB que aceitaram participar da pesquisa.

A todas as pessoas e instituições que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste estudo.

“Não importa que eu tenha uma opinião diferente da do outro, e sim que o outro venha a encontrar o certo a partir de si próprio, se eu contribuir um pouco para tal”.

Rudolf Steiner

RESUMO

Na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde incluiu, no ano de 2001, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal no contexto do, então, Programa de Saúde da Família. Neste sentido, essa pesquisa se propõe conhecer a atuação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do município de São Luís-MA, dentro da estratégia Saúde da Família, através de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado, no período de junho/2006 a dezembro de 2007, nas Unidades de Saúde do município de São Luís-MA que contavam com ESB. A população abordada constituiu-se de 34 cirurgiões-dentistas (CD) das 34 ESB informadas pela Secretaria de Saúde do Município de São Luís-MA, sendo a amostra representada por 32 CD. Dados coletados por meio de questionários com perguntas objetivas e descritivas. Os resultados analisados nos permitiram desenhar um perfil profissional nas ESB que tende a feminilização, de faixa etária entre 24 a 50 anos, estando à maioria dos CD entre 1 a 10 anos de formação acadêmica, o que confere ao PSF um padrão de recursos humanos jovem. A rede municipal conta, ainda, com profissionais qualificados nas mais diversas áreas de atuação técnica, mas com uma crescente especialização no campo da saúde da família. A identificação com a filosofia do programa e questão salarial foram os principais motivos apresentados de adesão dos profissionais ao programa. Observaram-se limitações das ações nomeadas de promoção de saúde pelos CD, reduzidas a atividades educativas, preventivas e curativas realizadas dentro da própria especialidade. Embora alguns CD demonstrem ter informação acerca do papel a desempenharem, de acordo com os princípios do SUS/PSF, é na insuficiência de planejamento adequado, na baixa participação popular, em limitadas ações intersetoriais e interdisciplinares, aspectos que convergem para não co-responsabilização das ações entre profissionais e usuários, que se percebe o comprometimento da noção de promoção de saúde fundamental na estratégia.

Palavras-chave: Promoção à saúde. Estratégia Saúde da Família. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT

From the perspective of expanding the population's access to health services, the Ministry of Health included, in 2001, the actions of promotion, prevention and recovery of oral health in the context of, then, the Family Health Program. In this sense, this research proposes to ascertain the performance of teams of Oral Health (ESB) of the municipality of San Luis, MA, within the Family Health Strategy, through a descriptive study of quantitative approach, undertaken in the period of junho/2006 to December 2007, the Health Units of the municipality of San Luis-MA which included with ESB. The population was addressed to the 34 surgeons, dentists (CD) from 34 ESB informed by the Secretary of Health of the City of St. Louis-MA and the sample represented by 32 CD. Data collected through questionnaires with questions objective and descriptive. The results analyzed enabled us to design a professional profile in the ESB that tends to feminization, aged between 24 to 50 years, with the majority of CD from 1 to 10 years of academic training, which makes the PSF a pattern of human resources couple . The municipal network account, even with more qualified professionals in various areas of technical expertise, but with a growing expertise in the field of family health. The identification with the philosophy of the programme and wage issue were the main reasons given for membership of the professional program. Were observed limitations of the shares designated for the promotion of health by CD, the low educational activities, preventive and curative held within the specialty. While some CD Tuesday showing information about the role to perform in accordance with the principles of the SUS / FHP, is the lack of adequate planning, downtown popular participation, intersectoral and interdisciplinary limited actions, which converge for not co-responsibility of shares between professionals and users, who understands the commitment of the concept of health promotion vital in the strategy.

Keywords: promotion of health. Family Health Strategy. Surgeon-dentist.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fatores de risco para doenças não – comunicáveis	16
Figura 2 -	Quadro social da realidade maranhense	22
Quadro 1 -	Comparação entre as metas propostas pela OMS e FDI para o ano de 2000, com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil.....	23
Gráfico 1 -	Comparação por regiões brasileiras de alcance das metas propostas pela OMS e FDI para o ano de 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil	24
Gráfico 2 -	Prevalência da cárie dentária entre os anos de 1986 e 2003, Brasil	24
Tabela 1 -	Distribuição numérica e percentual dos 32 cirurgiões-dentistas das ESB, segundo sexo e idade. São Luís/MA, 2006 - 2007.....	29
Tabela 2 -	Distribuição numérica e percentual dos 32 cirurgiões-dentistas das ESB, segundo tempo de formação e de inserção na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.....	30
Quadro 2 –	Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas segundo a qualificação profissional. São Luís/MA, 2006 - 2007.....	31
Quadro 3 –	Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas segundo os motivos referidos sobre a inserção na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.....	32
Quadro 4 -	Princípios do SUS e do PSF identificados pelos 29 CD do PSF de São Luís-MA, 2006 - 2007.....	33
Quadro 5 -	Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas de acordo com as ações desenvolvidas na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.....	36
Quadro 6 -	Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas de acordo com o planejamento feito na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.	37

LISTA DE SIGLAS

AcBO -	Academia Brasileira de Odontologia
Abe-no -	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO -	Associação Brasileira de Odontologia
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
BIRD -	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento ou Banco Mundial
CD -	Cirurgião (ões) - Dentista(s)
CFO -	Conselho Federal de Odontologia
CPO-D -	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CNSB -	Conferência Nacional de Saúde Bucal
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Equipe de Saúde da Família
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FIO -	Federação Interestadual dos Odontologistas
FNO -	Federação Nacional dos Odontologistas
FDI -	Federação Dentária Internacional
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
INBRAPA -	Instituto Brasileiro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa da Administração Pública
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNDU -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSB -	Política Nacional de Saúde Bucal
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFMA -	Universidade Federal do Maranhão
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

	LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
	LISTA DE SIGLAS	9
1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1	Contextualizando a promoção de saúde	13
3.2	Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família	18
3.3	Epidemiologia: quadro social	21
4	METODOLOGIA	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
6	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICES	44
	ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as discussões em torno das questões de saúde têm focado o quanto esta contribui para a qualidade de vida dos indivíduos ou populações, da mesma forma, que muitos determinantes sociais são fundamentais para uma vida saudável (BUSS, 2000).

A correlação existente entre as condições sociais em que se vive e o processo de adoecimento é uma realidade evidente para a maioria da população brasileira. Em alguns seguimentos sociais a falta de instrução, a má distribuição de renda, a falta de saneamento básico, lazer etc. contribuem para que este processo se instale.

Portanto, mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas eficazes, uma significativa articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população e das equipes multiprofissionais envolvidas.

Considerando este contexto, o Brasil atualmente vem experimentando a implementação, de um modelo diferenciado para prover atenção básica à saúde, orientado por uma ação multidisciplinar na direção de uma intervenção voltada para a promoção da saúde da população.

Mas, enquanto a promoção da saúde emerge como um campo respeitado, inúmeros desafios se apresentam, em torno da efetivação desta proposta, e todos os profissionais da área devem estar preparados para superá-los.

Na Estratégia Saúde da Família, a assistência à saúde não está somente centrada no indivíduo, mas sim em ações que contemplam o seu núcleo familiar, o meio onde ele vive e suas relações com a sociedade. Apresentando uma proposta de atuação inovadora, na medida em que rejeita o conhecimento confinado nos consultórios e privilegia o “conhecimento que agrega”, a ESF muda radicalmente o paradigma da atenção à saúde, em favor do atendimento integral à população, da descentralização do saber e da proximidade das demandas concretas da população assistida (BRASIL, 1998).

Por sua vez, a odontologia que, historicamente, atendeu a uma demanda livre, desvinculada de qualquer estratégia de integralidade setorial e muito distante de qualquer possibilidade multiinterdisciplinar, com a reorganização da Atenção Básica e com os avanços científicos da própria odontologia no serviço público, não é

mais possível fechar-se no interior dos consultórios odontológicos para assistir um grupo restrito de pessoas.

A partir deste contexto de discussão é que emergiram as seguintes questões: Até que ponto o perfil do cirurgião-dentista se integra a estas novas práticas? As ações do Cirurgião Dentista na ESF de São Luís-MA têm sido resolutivas para a promoção de saúde?

No município de São Luís, a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF vem ocorrendo de forma crescente. Até o ano de 2007, de acordo com o registro na Secretaria Municipal de Saúde, 34 (trinta e quatro) ESB estavam em atividade nas 32 (trinta e duas) Unidades da Estratégia Saúde da Família.

Tendo em vista os questionamentos acima referidos, pretende-se apresentar um sucinto cenário sobre a situação da saúde bucal da população maranhense, o qual possa sinalizar a importância que os saberes e práticas em saúde bucal vêm contribuindo para a conquista e manutenção de uma melhor qualidade de vida para a população brasileira.

Tornam-se oportuno, abordar a importância da ESF, como uma modalidade diferenciada de prestar serviços de saúde, evidenciando as diretrizes e prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), integrante da Política Nacional de Saúde, componentes básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessa contextualização, acredita-se ser possível sistematizar os argumentos julgados relevantes para temática proposta que se refere à atuação do CD na promoção de saúde na ESF em São Luís – MA, analisando-se as ações deste profissional frente às diretrizes da referida estratégia e, conseqüentemente, seu compromisso social com a melhoria do estado de saúde da população.

Atentas a estas questões e envolvidas com a Saúde Pública, em particular com a Saúde Bucal, as pesquisadoras optaram por realizar esta pesquisa, uma vez que a ESF tem sido apresentada como uma das melhores estratégias para a reorganização do modelo de saúde excludente, vigente no país. Em função do exposto, a relevância deste estudo consiste em oferecer subsídios para um repensar sobre o papel do CD no campo da Saúde Pública e para uma conquista mais efetiva desse novo campo de atuação.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Estudar a atuação do Cirurgião-Dentista na promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sócio-profissional do Cirurgião-Dentista inserido na ESF;
- Caracterizar as ações desenvolvidas pelo Cirurgião-Dentista inserido na ESF;
- Analisar as ações do Cirurgião-Dentista frente às diretrizes da ESF.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Contextualizando a promoção de saúde

De acordo com o Ministério da Saúde, observa-se que: “saúde e doença são conceitos que se modificam através do tempo e da história das civilizações” (BRASIL, 2002). E por assim serem consideradas, o que se verifica são um desenvolvimento e evolução de concepções, apresentando-se em conformidade com o contexto social vivenciado pelas pessoas, e por conseqüência, as mudanças relacionadas às necessidades de saúde de cada grupo de pessoas.

Inicialmente, considera-se importante conceituar: promoção de saúde, educação em saúde e como estas se relacionam.

A promoção de saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõem a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde apud Moysès; Watt (2000), a definição de promoção de saúde representa “um conceito unificado para aqueles que reconheçam a necessidade de mudanças nos modos e condições de vida para promover saúde”. **Ou seja**, [...] “uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes sintetizando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável”. (Grifo nosso)

Capra apud Souza (2004), em seu livro “O ponto de mutação” define saúde como:

[...] um estado de bem-estar, resultante de um equilíbrio dinâmico, onde aspectos físicos, psicológicos e orgânicos interagem entre si e, também se relacionam com o meio ambiente natural e o social. Para ele a flexibilidade é primordial para um sistema ser saudável, visto que a vida é composta por um dinamismo e, caracteriza-se por nuances múltiplas e interdependentes. Com a quebra desta flexibilidade o desequilíbrio do sistema ocorre, inicia-se a experiência da doença.

Para que exista Promoção de Saúde, Bonecker; Sheiham (2004) defendem que as políticas públicas de saúde necessitam reconhecer a importância causal de “fatores econômicos, políticos, ambientais e sociais sobre a saúde e a doença, concluindo que a condição e a estrutura social, são os verdadeiros agentes etiológicos, na maioria das doenças crônicas”.

Nesta via, aqueles que ignoram os fatores complexos que influenciam o comportamento humano, tendem a supor que o indivíduo sempre é capaz de modificar seu estilo de vida, e acabam por culpá-lo pelo não controle de sua própria saúde quando não consegue mudar seu modo de viver (MOYSÈS; WATT, 2000).

Ferreira; Roncalli; Lima (2004) esclarece que em se tratando de educação em saúde e sua inter-relação com a promoção de saúde, considera-se a “educação um recurso que envolve estratégias que promovam saúde e modifiquem a realidade, devendo ser de caráter transformador, facilitador e libertador”. Os referidos autores justificam suas argumentações dizendo que:

A educação é transformadora quando desperta no profissional uma visão crítica da compreensão dos determinantes biopsicossociais no adoecer em si e no compromisso com a transformação social. Enquanto facilitadora, permite que os interessados participem de todas as ações de promoção de saúde, inclusive as avaliações destas. E libertadora, porque há uma transformação da sua realidade, ao mesmo tempo em que é transformada por ela. Portanto, a tarefa da educação não é dizer aos homens o que é importante, mas facilitar as condições para que eles mesmos vejam a importância das coisas.

Além das estratégias educativas é preciso reconhecer que nenhum setor tem poder suficiente para resolver por si uma problemática de saúde e, que as ações intersetoriais possibilitam um efeito mais potente e resolutivo.

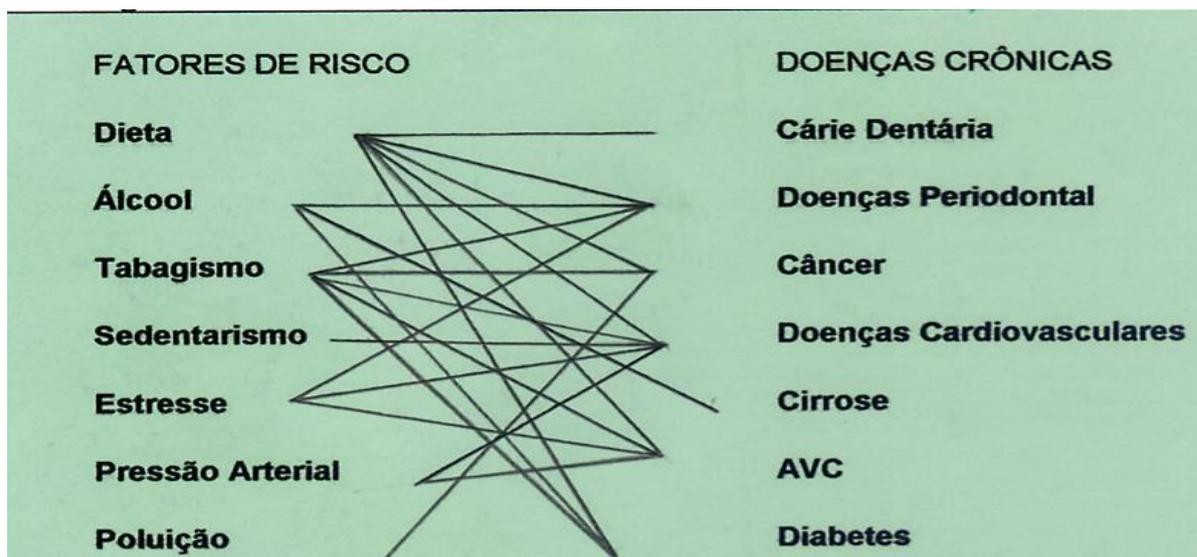
Para Feuerwerker; Costa (2000), a “intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos”. Acrescentam ainda que “nas escolas, creches, hospitais, universidade, associações de bairros, é que se podem encontrar grandes parceiros para que se desenvolvam ações de promoção de saúde”.

Na utilização desses espaços sociais, recursos individuais e organizacionais são mobilizados, trabalhando-se em vários níveis para promover saúde. Com esta percepção, parcerias são formadas entre profissionais de saúde e outros profissionais (professores, líderes comunitários, dirigentes sindicais, dentre outros), a fim de realizarem programas para promoção de saúde (BUISCHI, 2000).

Atuar na saúde pública de uma forma não segmentada é trabalhar com uma visão de saúde ampliada, que orienta e trata a coletividade, baseando-se nos fatores de risco comuns para o indivíduo.

Esta atuação reconhece que as condições crônicas, tais como: doenças coronárias, enfarto, câncer, diabetes, doenças mentais, doenças bucais, são os maiores problemas de saúde pública em todo o mundo e compartilham um conjunto de riscos comuns oferecendo oportunidade de se atuar efetivamente sobre uma combinação de problemas de saúde. (Figura 1)

Figura 1 - Fatores de risco para doenças não – comunicáveis



Fonte: MOYSÉS; SHEIHAM (org.) **Promoção de SB na clínica odontológica**. São Paulo, 2000.

No âmbito odontológico as abordagens dos fatores de riscos comuns são baseadas segundo a definição de Saúde Bucal dada pela II Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) em 1993:

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra aos serviços de saúde e informação (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2005).

Esta visão ampliada, certamente, levará o CD a não ser mais aquele, cujo horizonte limita-se ao *céu da boca ou o caça - buracos* e, o seu trabalho se desviará de um mero saber técnico para uma visão holística do ser humano (COSTA *apud* FERREIRA; RONCALLI, 2004).

Com esta definição sobre saúde bucal o profissional da área de Odontologia deverá se capacitar para inovar e criar situações que despertem o interesse das pessoas, no sentido de melhor proteger e preservar a sua própria saúde. Além do conhecimento científico e habilidades técnicas, ele terá de passar de curador de doenças para educador.

Para que isso se torne real e não fique apenas em elocubrações, é preciso capacitá-lo para tal, valorizando as disciplinas ligadas as Ciências Sociais, como: a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia, que deverão lhe dar uma compreensão sobre como os fenômenos ligados ao processo saúde/doença ocorrem, para que assim ele possa, como profissional da saúde, multiplicar esses conhecimentos e motivar pessoas (FERREIRA; RONCALLI; LIMA, 2004).

Este paradigma permitirá que a Odontologia se comprometa com a ética, com a sociedade e o social, integrando-se ao processo de transformação que já acontece em algumas áreas garantindo que a maioria das pessoas possa viver com saúde.

Buischi (2000) refere que existem diferentes abordagens para a promoção de saúde bucal, dentre elas: prevenção, mudança de comportamento, educacional, controle do indivíduo de sua própria saúde e mudança social. Porém considera que são abordagens dependentes da filosofia, habilidade do profissional e do espaço social onde a atividade profissional é realizada. Enfatiza ainda, dois eixos de definição dessas abordagens: o modo de intervenção (se autoritária ou negociada) e o enfoque da intervenção na sociedade (se individual ou coletiva).

Atualmente ainda muitos profissionais ignoram a variedade de fatores que determinam se um indivíduo tem realmente oportunidade ou recursos para mudar, e isto dificulta que a promoção de saúde ocorra. Uma ampla base sociocultural deve ser utilizada para o desenvolvimento de ações em saúde, pois é essencial o reconhecimento de que promoção de saúde está inserida em práticas sociais e culturais, em ideologias e lutas políticas.

Para que esta concepção de saúde-doença se transformasse no atual paradigma de saúde, vários encontros internacionais vêm se realizando ao longo desses anos:

O Relatório de Lalonde, produzido pelo governo do Canadá em 1974, foi um desses encontros onde se lançou um novo conceito de Promoção de Saúde, em que mudanças no estilo de vida e o ambiente melhorariam as condições de vida das pessoas.

A Declaração de Alma Ata em 1978 reforçou estes preceitos, enfatizando que a Promoção de Saúde está na prevenção centrada principalmente na educação e cuidados primários em saúde nos países em desenvolvimento (BUISCHI, 2000).

Outro grande evento foi a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde que ocorreu em Ottawa, em 1986 e que resultou na Carta de Ottawa, apresentando cinco estratégias na busca de saúde: elaboração de políticas públicas de saúde, a criação de ambiente de suporte, o fortalecimento de ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação de serviços de saúde (BONECKER; SHEIHAM, 2004)

As subseqüentes Conferências sobre Promoção de Saúde, tais como: a de Adelaide (1988), de Sundsvall (1991) e de Jacarta (1997), ampliaram a discussão

sobre influências ambientais em saúde. Estas enfatizaram a importância de atuar não apenas sobre doenças e estilo de vida, consideradas de risco na promoção de saúde, mas também com “organização social e estruturas definidas de políticas de saúde, evidenciando-se ainda, a criação de ambientes físicos, sociais e econômicos adequados à saúde e compatíveis com o desenvolvimento sustentável” (BUISCHI, 2000).

Após 22 anos de divulgação da Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores da Promoção de Saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores:

Qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço de ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parceria intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções proposta para os mesmos (BUSS, 2000).

3.2 Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família

Todo este processo político, para a construção de políticas públicas de saúde repercutiu em uma nova forma de abordagem do processo saúde/doença influenciando todo o mundo, incluindo também o Brasil.

A partir de reflexões acerca da política nacional de saúde vigente e influenciada pela Conferência Internacional de Promoção de Saúde, a Constituição Brasileira de 1988 caracteriza a saúde como “direito de todos e dever do Estado e define a regulamentação do SUS, através da Lei 8.080, de 19/09/90”.

Em resposta às necessidades da sociedade brasileira, o SUS se tornou paradigma principal da Saúde Pública no Brasil, consubstanciando políticas públicas que contemplem os princípios de universalidade, equidade e integralidade. E das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro, foi elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica, denominada de Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1986).

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 de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica.

O PSF iniciou-se no Brasil como estratégia no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. Foi lançado como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família, ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A Estratégia Saúde da Família, não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

Com novas bases filosóficas, a ESF vem se delineando para que haja uma resposta às necessidades básicas da população (resolubilidade) em sua área adstrita (territorialização). A atenção é voltada para a família no seu contexto (atenção à família), resultante na percepção do ambiente físico e social, além das características socioculturais do usuário, o que proporciona aos profissionais de uma equipe (trabalho em equipe) a visão ampliada do processo saúde-doença (GAMA; SALDANHA, 2003 apud CARLOS, 2004).

Dentro dessa perspectiva, a equipe deve desenvolver uma capacidade de comunicação e relacionamento com a comunidade, de maneira que entre a equipe e a família nasça uma aliança para o cumprimento das ações (co-responsabilização), em que todos sejam atores sociais do próprio processo de manutenção e recuperação da saúde e que a relação da equipe com o usuário e sua família seja valorizada (vínculo), estabelecendo um vínculo de confiança e respeito extrapolando as preocupações unicamente curativas (humanização) (GAMA; SALDANHA, 2003 apud CARLOS, 2004).

A inserção da Saúde Bucal no PSF ocorreu de forma não organizada, ficando restrita a alguns municípios brasileiros até o ano 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº.1444, de 28 de dezembro de 2000, regulamentada pela Portaria nº. 267 de 06 de março 2001 instituiu incentivo financeiro para inserção de uma ESB para cada duas Equipes de Saúde da Família. É com a Portaria nº. 673/03, que o Ministério da Saúde, institui que para cada Equipe de Saúde da Família (ESF) poderá ser integrada uma ESB.

O ano de 2004 marcou a implantação do Programa de Saúde Bucal junto as ESF no município de São Luís-MA. A qualificação pelo Ministério da Saúde para implantação de 25 (vinte e cinco) a 54 (cinquenta e quatro) ESB, formalizadas pelas Portarias GM Nº. 215 de 13/02/2004 e Nº. 1.442 de 14/07/2004, respectivamente, representa um avanço nas ações da Atenção Básica na área de saúde bucal.

De acordo com Brasil (2005), a inclusão das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- Adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- Integralidade da assistência prestada à população adscrita;
- Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde;
- Definição da família como núcleo central de abordagem;
- Humanização do atendimento;
- Abordagem multidisciplinar;
- Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- Educação permanente dos profissionais;
- Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

Diante dessa situação, se faz necessário cada vez mais, a formação de cirurgiões-dentistas capazes de analisar, planejar e executar ações individuais e coletivas, voltadas para a demanda tanto socioeconômica, quanto epidemiológica da população, já apontada a partir da I Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986, assim como, a sensibilização por parte desses profissionais com a responsabilidade social (BRASIL, 1986).

3.3 Epidemiologia: quadro social

Para que haja ações de promoção de saúde é necessário que exista conhecimento acerca da epidemiologia, pois esta constitui o eixo da saúde pública. Rouquayrol (2004), diz que a Epidemiologia:

[...] proporciona as bases para avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para a diagnose de doenças transmissíveis e não transmissíveis e enseja a verificação da consistência de hipótese de causalidade. Além disso, estuda a distribuição da morbidade e da mortalidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas; realiza testes de eficácia e de inocuidade de vacinas; desenvolve a vigilância epidemiológica; analisa os fatores ambientais e socioeconômicos que possam ter alguma influência na eclosão de doenças e nas condições de saúde; constitui um dos elos comunidade/governo, estimulando a prática da cidadania através do controle, pela sociedade, dos serviços de saúde.

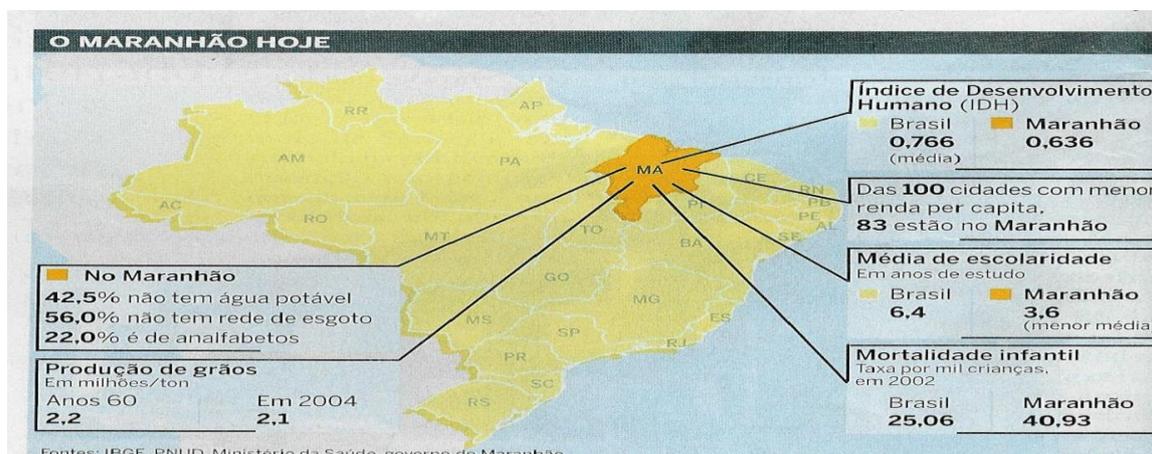
Na atualidade a cárie, a doença periodontal e a má oclusão continuam sendo as patologias de maior prevalência e incidência universal na área odontológica, apesar dos avanços no conhecimento sobre suas etiologias e patogenias. No Brasil também é grande o número de pessoas atingidas por estas patologias (KRIGER, 2005).

Para que se compreenda o estado de saúde bucal, faz-se necessário traçar o perfil socioeconômico, assim como o epidemiológico das principais doenças na área bucal. O quadro epidemiológico brasileiro reflete com nitidez algumas das principais características da nossa sociedade: economia em crise prolongada, agudas desigualdades sociais e salariais, grande número de pessoas de baixa renda e em estado de pobreza relativa ou absoluta. (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2005).

Os indicadores de qualidade de vida como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) demonstram as condições de iniquidades, confirmando o quanto as desigualdades sociais refletem nas condições de saúde da população.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Ministério da Saúde, Governo do Maranhão, referenciados por Lírio (2005), o quadro social da realidade maranhense vem confirmando a correlação das iniquidades com o quadro epidemiológico bucal. (Figura 2)

Figura 2 - Quadro social da realidade maranhense.



Fonte: LÍRIO, S. Reinado sob ameaça. **Revista Carta Capital**. São Paulo, 2005.

O IDH do Estado do Maranhão corresponde ao valor de 0,636 sendo o pior índice de desenvolvimento humano do Brasil. A média do país é de 0,766. Quanto mais próximo de 1 (um), melhor a vida da população. Dos 270 municípios com menor renda, 83 se encontram no Maranhão. (Lírio, 2005)

O IBGE (2004) esclarece ainda que o Estado tem também a menor média de escolaridade, 3,6 anos, ante 6,4 anos da média nacional, a taxa de analfabetismo atinge 22% da população com mais de 10 anos de idade. No fim de 2002 apenas 58 dos 217 municípios ofereciam ensino de 2º grau. Só em 2004 a oferta de vagas para secundarista foi estendida a todas as cidades. Quase metade dos cidadãos, 42,5% não tem acesso à água potável e 56% não possuem rede de esgoto em casa. Das 100 cidades com a menor renda per capita 83 estão no Maranhão. A mortalidade infantil por 1000 crianças em 2002 no Maranhão era de 40,93% e a média no Brasil é de 25,06%.

O IBGE em 2004 apontou que 11,8% da população não têm rendimentos e outros 27,7% tem rendimentos de até 1 salário mínimo, 38,7% da população apresenta rendimentos entre 1 e 3 salários mínimos, 9,9% recebem entre 3 e 5 salários mínimos, 7,0% entre 5 e 10 e apenas 3,9% da população possuem rendimento superior a 10 salários mínimos. A taxa de desemprego é outro fator importante, sendo que no ano de 2002 o IBGE constatou a porcentagem de 7,1%.

Estes dados refletem a imensa desigualdade social na distribuição de renda que, segundo o Banco Mundial (BIRD), o Brasil é um dos países com maiores desigualdades sociais da América Latina e do mundo. O quadro social acima citado reflete diretamente nas estatísticas epidemiológicas na área de saúde bucal

mostrando que camadas de menor renda são mais sujeitas à cárie dentária do que as de média e alta renda (BRASIL, 1986).

Dados do Ministério da Saúde (1996) revelam que no Estado do Maranhão, de acordo com o 2º. Levantamento Epidemiológico Nacional, na área de saúde bucal, pode-se constatar que 60% das crianças de 6 a 12 anos tinham cárie dentária. Tal constatação, diz Carlos (2004), ratifica que esse problema é uma questão prioritária no âmbito da Saúde Bucal no Estado.

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou uma discussão sobre a realização do terceiro levantamento epidemiológico em saúde bucal em âmbito nacional que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários. Foi realizado em 250 municípios brasileiros e o perfil da saúde bucal no país foi apresentado no Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 (BRASIL, 2004).

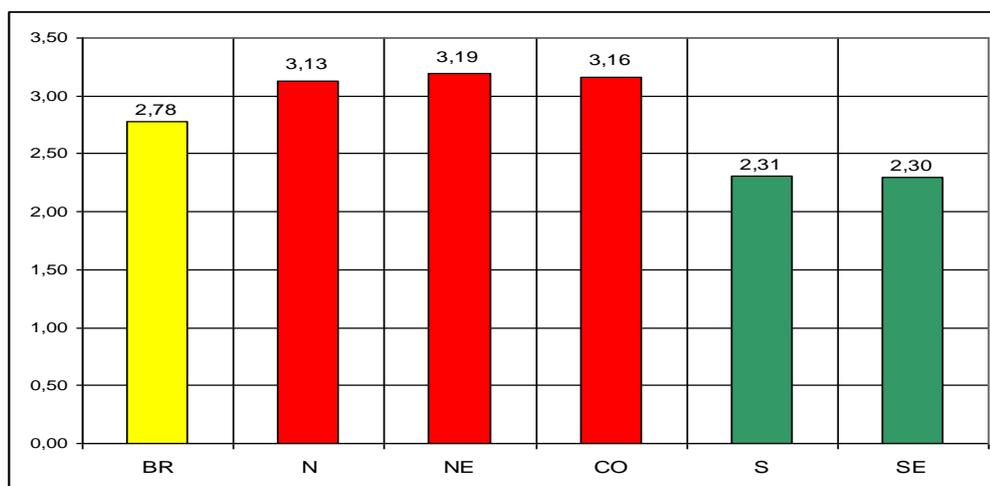
De acordo com as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde/Federação Dentária Internacional para 2000, os resultados do Projeto Saúde Bucal Brasil, foram então comparados com os valores sugeridos (Quadro 1). Observa-se que o Brasil conseguiu superar a meta proposta para a idade de 12 anos que considera aceitável o valor CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) menor ou igual a 3 (três).

Quadro 1 - Comparação entre as metas propostas pela OMS e FDI para o ano de 2000, com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil.

IDADE FAIXA ETÁRIA	METAS DA OMS		SB BRASIL
5 anos	Porcentagem de crianças livres de cárie (ceo-d=0)	50,0%	40,06%
12 anos	Valor do índice CPO-D	CPO-D ≤ 3	CPO-D=2,78
18 anos	Porcentagem de indivíduos com todos os dentes presentes (P=0)	80%	55,1%
35 a 44 anos	Porcentagem de indivíduos com 20 ou mais dentes (P ≤ 12)	75,0%	54,0%
65 a 74 anos	Porcentagem de indivíduos com 20 ou mais dentes (P ≤ 12)	50,0%	10,2%

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**, 2004.

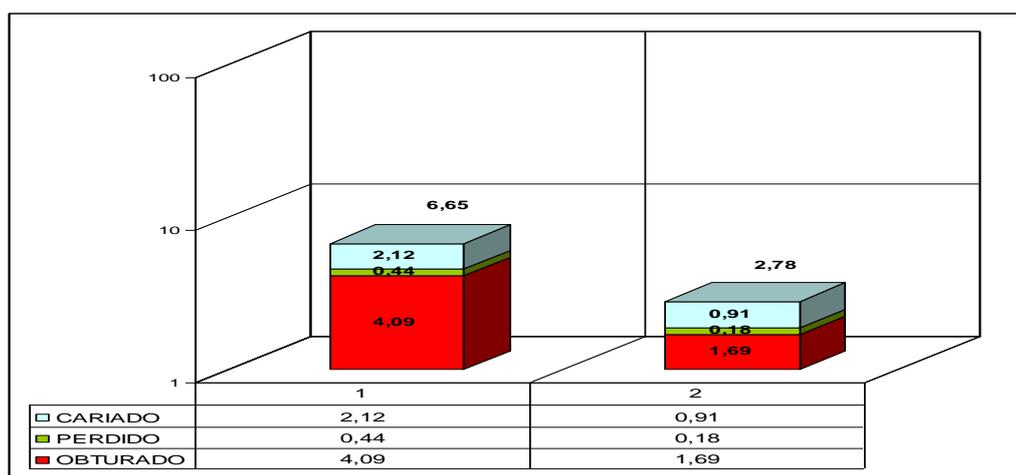
Entretanto, isto não ocorreu de maneira homogênea em todas as regiões do país, conforme mostra o Gráfico 1.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003, 2004.**

Gráfico 1 - Comparação por regiões brasileiras de alcance das metas propostas pela OMS e FDI para o ano de 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil.

Em pesquisas populacionais realizadas no Brasil a redução na prevalência da cárie dentária entre os anos de 1986 (CPOO-D = 6,65) e 2003 (CPO-D = 2,78), foi de 58,2% nas crianças de 12 anos de idade (Brasil 2004). (Gráfico 2)



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003, 2004.**

Gráfico 2 - Prevalência da cárie dentária entre os anos de 1986 e 2003, Brasil.

Mesmo ocorrendo uma diminuição nos índices, a proporção entre seus componentes não foi alterada, pois o componente *cariado* ainda é o responsável por pouco mais de 60% da composição do índice.

Embora os fatores responsáveis pelo desenvolvimento da cárie sejam as bactérias na flora bucal e o consumo freqüente de açúcar na alimentação, a medida de grande impacto no controle da doença é o uso racional do flúor.

As argumentações de Brasil (2004), afirmam que a fluoretação das águas de abastecimento público é a medida mais ampla de promoção de saúde na área de saúde bucal, “pois associa ao benefício da água tratada, o seu impacto epidemiológico na redução da prevalência de cárie, que é em média 50% a 60 % menor após 10 anos de uso contínuo”. Acrescenta ainda que “a prevalência de cárie é 49% maior em cidades que não utilizam este método sistêmico, assim como os componentes *cariados e perdidos* são expressivamente maiores do que em comunidades com este benefício”.

É na adoção de atitudes baseadas nos princípios da promoção de saúde que se pode evitar a prevalência dos problemas de saúde, como por exemplo, a cárie dentária.

Diante de quadros sociais epidemiológicos e reafirmados a importância dos fatores determinantes do processo saúde - doença, as políticas públicas devem ser direcionadas para a promoção de saúde, cujas estratégias devem enfatizar a criação de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e da capacidade dos indivíduos, o que demanda uma abordagem intersetorial.

Atuar na Saúde Pública de forma não segmentada é trabalhar com uma visão de saúde ampliada. Autores como Paim (1993); Cecílio (1994); Ribeiro (1997), apud Teles; Martins (2006), afirmam que atualmente, acredita-se que:

 Saúde se constrói no dia-a-dia, nas escolas, no trabalho, no recreio, no entorno. É o resultado dos cuidados consigo mesmo, com os outros, com o meio circundante, da capacidade de tomar decisões, controlar sua vida e de participar ativamente do processo de construção de uma sociedade mais ética e mais saudável.

4 METODOLOGIA

- **Tipo de estudo**

Descritivo quantitativo

- **Local de realização da pesquisa**

Distritos onde estão distribuídos as Equipes de Saúde Bucal do município de São Luís-MA. (Anexo A)

- **População estudada**

Todos os cirurgiões-dentistas que fazem parte das 34 (trinta e quatro) equipes da Estratégia Saúde da Família e que estão distribuídos nas micro-áreas do município de São Luís-MA. (Anexo A)

- **Instrumento de coleta de dados**

Como instrumento de coleta foi utilizado o questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas, contemplando variáveis referentes ao perfil sócio-profissional do cirurgião - dentista, caracterização de suas ações e análise de suas atuações frente às diretrizes propostas pelo PSF. O referido instrumento foi previamente elaborado pelas pesquisadoras e submetido a teste-piloto com 4 (quatro) dos profissionais que compõe a população pesquisada, para aferição da devida compreensão das questões, passando por revisões após observações da aplicação. (Apêndice A).

Foi organizado buscando identificar elementos significativos para o desenvolvimento da temática proposta e que possibilitasse traçar o perfil do profissional entrevistado.

- **Período de realização da pesquisa**

Junho de 2006 a dezembro de 2007.

- **Coleta de dados**

Os dados foram coletados pela equipe de pesquisadoras de acordo com as etapas seguintes:

Envio de Ofício à Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Odontologia e aos Gestores das Unidades de Saúde, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando autorização para a realização das visitas e aplicação do questionário (Anexo B);

Identificação das Equipes de Saúde Bucal, suas localidades, o nome dos profissionais, bem como os períodos que trabalham;

Agendamento prévio e realização de visitas sistemáticas às Unidades de Saúde, Consultórios particulares ou residências dos profissionais;

Aplicação do instrumento de coleta aos cirurgiões-dentistas que aceitaram participar da pesquisa nas datas agendadas previamente.

- **Análise dos dados**

A análise dos dados foi obtida através das seguintes etapas: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final, estabelecendo articulação entre os resultados e os referenciais teóricos da pesquisa, procurando responder às questões iniciais.

Nessa fase, buscou-se analisar os dados através da verificação da frequência com que algumas afirmações e concepções são reiteradas comparando com o marco teórico, sem perder a riqueza das percepções individuais relevantes para o estudo. Os dados coletados foram tabulados e organizados em Tabelas de distribuição de frequências e percentuais. Na sua interpretação foi utilizada a abordagem quantitativa, com suporte qualitativo, visando à valorização dos dados objetivos e subjetivos.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. Foi aprovado de acordo com o Parecer Consubstanciado Nº. 151/07 de 2 de abril de 2007. (Anexo C)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados e discutidos levando-se em consideração a ordem seqüencial dos itens contidos no referido instrumento de coleta (Apêndice A). Convém esclarecer que existem 34 (trinta e quatro) Equipes de Saúde Bucal com 34 cirurgiões-dentistas, nos 32 Centros de Saúde (2006-2007). Desse total, somente 32 (trinta e duas) equipes participarem da pesquisa, ocorrendo 2 (duas) perdas por dificuldade de agendamento para entrevista, acarretando um índice de retorno de 94%, devido às referidas perdas.

Torna-se oportuno esclarecer que as falas dos entrevistados contidas no trabalho serão identificadas por números dos questionários, usados na intenção de resguardar a integridade dos mesmos.

Com relação ao perfil dos Cirurgiões-Dentistas das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA, 2006-2007, pode-se constatar que dos 32 profissionais entrevistados, 81% são do sexo feminino e 19%, do sexo masculino. Em relação à idade, 15% deixaram de informar e os demais estão entre 24 e 74 anos, encontrando os maiores percentuais de CD na faixa etária de 24 – 50 anos. Foi nesta faixa etária que se evidenciou o maior número do gênero masculino. (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual dos 32 cirurgiões-dentistas das ESB, segundo sexo e idade. São Luís/MA, 2006-2007.

IDADE/SEXO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
24 – 30	7	25	1	4	8	30
31 – 40	7	25	-	-	7	25
41 – 50	5	19	3	11	8	30
51 – 60	1	4	-	-	1	4
61 – 70	1	4	-	-	1	4
71 – 74	1	4	1	4	2	7
TOTAL	22	81 %	5	19%	27	100%

Com os dados referidos é observada a participação majoritária da mulher nas ESB. Este aumento já vem sendo constatado nos estudos de Carvalho; Carvalho (1997); Marcelino apud Bastos (2003) e, mais recentemente, pela pesquisa do Instituto Brasileiro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa da Administração Pública (INBRAPA) realizada em 2003, com as entidades nacionais de Odontologia: ABO, Abe-no, AcBO, CFO, FIO e FNO, a qual informa que entre os pesquisados, a maioria é do sexo feminino (57,5%), casado (54,2%) e faixa etária até 30 anos (45,5%).

Alguns autores ainda chegam a afirmar que essa presença feminina acentuada pode levar à modificações no âmbito da profissão, como por exemplo, com relação às especializações escolhidas e a quantidade de horas trabalhadas, devido à dupla jornada (NUNES, 2006).

Em relação à faixa etária considerada em São Luís-MA, observou-se igualmente o índice de 30% nas faixas etárias de até 30 anos e entre 41 a 50 anos. Mas, um dado especialmente curioso dos resultados foi 7% na faixa etária de 71 a 74 anos, dado não encontrado em outros estudos pesquisados.

Quando se avaliou o tempo de formação e tempo de inserção no PSF de São Luís-MA, 37,5% dos cirurgiões-dentistas pesquisados têm de 1 a 10 anos de profissão e 53,1% tem de 3 a 4 anos de inserção no programa. (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos 32 cirurgiões-dentistas das ESB, segundo tempo de formação e de inserção na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.

TEMPO DE INSERÇÃO	1 – 2		3 – 4		TOTAL	
TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	N	%	N	%	N	%
1 – 10	08	25	04	12,5	12	37,5
11 – 20	03	9,3	05	15,6	08	25
21 – 30	04	12,5	03	9,3	07	22
31 – 40			02	6,2	02	6,2
41 – 50			02	6,2	02	6,2
51 – 60			01	3,1	01	3,1
TOTAL	15	46,8	17	53,1	32	100

Dados também referenciados pela Federação Interestadual de Odontologia apud Carlos (2004), onde 55,05% dos CD's brasileiros estão formados há até 10 anos, sendo que este índice se apresentou menor entre os profissionais da região nordeste (43,04%).

Quanto à qualificação profissional, 26 (vinte e seis) dos entrevistados afirmaram ter feito curso na área de Saúde Pública, com 17 (dezessete) referências a Especialização em Saúde da Família. Por outro lado, ao serem questionados sobre a realização de outros cursos que não seja na área de Saúde Pública, 22 (vinte e dois), afirmaram ter feito cursos específicos da área da Odontologia, enquanto que 2 (dois) destes fizeram Mestrado. (Quadro 2)

Quadro 2 – Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas segundo a qualificação profissional. São Luís/MA, 2006-2007.

CURSOS REALIZADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Área Saúde Pública	26
Especialização	17
Capacitação	09
Não cursou	06
OUTROS CURSOS	
Área odontológica	24
Dentística, Prótese, Endodontia, dentre outros.	22
Mestrado	02
Não cursou	08

Segundo Carvalho et al (2004), o trabalho em saúde pública, por muitos anos, foi considerado como de pouca relevância, tanto na formação acadêmica quanto na busca de aperfeiçoamento, para os profissionais dos serviços. O referido autor esclarece que:

Só recentemente, as novas diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura, apontam para uma integração serviço-ensino-pesquisa, favorecendo um perfil de egresso mais adequado à realidade social do país e contribuindo para uma ação-intervenção transformadora dos modelos vigentes.

Assim, a realidade apresentada pelos profissionais da ESB de São Luís quanto à qualificação, confirma que o número de especialistas em Saúde da Família tem crescido de forma significativa, revelando a necessidade de revisão do papel do odontólogo, tendo em vista a incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde. Os CD têm perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que possivelmente diz respeito à sua formação acadêmica.

Compreende-se que o perfil esperado do CD que atua no PSF é de um generalista de formação, com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos. [...] o papel do CD é traduzido por uma parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social que, analogamente, cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência (SILVEIRA FILHO, 2002).

Ainda, de acordo com o autor, não basta para esse profissional a racionalidade técnica e o conhecimento biomédico, ao contrário, ele precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atuação que se procura modificar. Da mesma forma, Dickson apud Teixeira (2004), afirma que todo esse processo significa uma mudança de ideologia do profissional.

Quanto à média salarial dos cirurgiões-dentistas na ESF de São Luís-MA, a referência foi de 6 (seis) salários mínimos e meio, com diferenciações no que diz respeito a subsídios referentes à distância do local de trabalho.

A questão salarial foi o segundo motivo de escolha para trabalhar na ESF, citado por 8 dos profissionais entrevistados, enquanto que o primeiro, foi a identificação com a filosofia da Estratégia, perfazendo um total de 22 opções. (Quadro 3)

Quadro 3 – Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas segundo os motivos referidos sobre a inserção na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.

MOTIVOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Identificação com a ESF	22
Questão salarial	08
Oportunidade	03
Fazia parte da rede	02
Valorização profissional	02
Retribuir para comunidade o que ganhei estudando em uma instituição pública	01
Não respondeu	01

Atualmente, a busca de novos espaços de trabalho pelos profissionais surge, não somente como necessária em termos financeiros, mas também como uma possibilidade de ampliar seu campo de atuação. Considera-se que este aspecto da identificação com a filosofia da Estratégia vem explicitado na fala de um dos entrevistados que pareceu desabafar quando revelou optar pela ESF por “*trabalhar fora das paredes da clínica*”. (entrevista nº28). Fato que pode ser considerado positivo, pois este perfil é fundamental para o sucesso da proposta da Estratégia.

No que se refere à caracterização das ações desses profissionais, atuantes nas ESB, observou-se que, quando questionados se os princípios do SUS e da ESF são concretizados em suas ações, 9 (nove) dos entrevistados disseram que “sim” e 20 (vinte) responderam “em parte”. Dentre os 29 (vinte e nove), o princípio do SUS mais citado foi o da integralidade, com 8 (oito) referências e da ESF, a resolutividade, com 6 (seis). (Quadro 4)

Vale ressaltar que apenas 8 (oito) dos entrevistados responderam integralmente a pergunta apresentando 01 princípio do SUS e outro do PSF. Foram citados mais princípios do SUS (22) por entrevistados, que do PSF (14), indicando possivelmente maior familiarização com o SUS, considerando talvez maior tempo de implantação dessa política de saúde.

Quadro 4 - Princípios do SUS e do PSF identificados pelos 29 CD do PSF de São Luís-Ma, 2006-2007.

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Integralidade	08
Universalidade	07
Eqüidade	04
PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS DO SUS	
Descentralização	02
Regionalização e Hierarquização	01
Comando único	-
Controle social	-
PRINCÍPIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Resolutividade	06
Humanização	03
Atenção à família e aos indivíduos em seu contexto	03
Trabalho em equipe	01
Territorialização	01
Vínculo e co-responsabilização	-
Participação social	-
Não Respondeu	08

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS mais evidenciado nas respostas dos profissionais, é percebida por alguns autores com diferentes dimensões ou sentidos. Trabalhada por Mattos (2002) segundo três grandes eixos, pode ser compreendida como:

Primeiramente, relacionado às práticas dos profissionais de saúde, no sentido de uma visão integral por parte dos profissionais em relação às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades; o segundo que se refere aos elementos da organização de serviços e aos processos de trabalho dos profissionais de saúde; e, por fim, o terceiro grupo que estaria relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde da população como política setorial, promovendo a organização do sistema de saúde.

Em geral, os cirurgiões-dentistas entrevistados relacionam a integralidade à articulação entre as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, assim como à visão integral do indivíduo como um ser humano inserido em um contexto familiar e comunitário, observando-se a insuficiência da amplitude deste conceito como se expressa nas falas a seguir:

O paciente hipertenso/diabético/gestante vai ao médico e passa também pelo dentista para avaliação e tratamento (entrevista nº25).

O princípio da integralidade, nós vemos o paciente no todo, em todos os aspectos (entrevista nº19).

Integralidade, ou seja, atendimento integral do indivíduo, o paciente visto no todo, contexto físico e social; participação de toda equipe no atendimento do indivíduo, ou seja, médico, enfermeiro, ACS e equipe de saúde bucal. (entrevista nº21).

Assistência integral as famílias, atenção aos indivíduos no seu contexto familiar respeitando os seus valores culturais, respeitando suas relações com outros membros da família, olhando esse indivíduo como ser indissociável do meio em que ele vive (entrevista nº. 17).

Esta limitada compreensão pode estar relacionada a uma formação acadêmica tecnicista e a sua recente e isolada inserção nestas políticas.

A formação acadêmica deixa a desejar quando se fala em Saúde Coletiva, levando os profissionais a sentirem dificuldades na adaptação com o tipo de serviço proposto pela Estratégia. Esta deve proporcionar aos futuros trabalhadores da saúde, uma visão de totalidade, com capacidade para atender coletivamente os problemas de Saúde Bucal e, não somente, por meio de abordagem individualista. (FACÓ et al., 2005).

Em certa medida, essa discussão incide na capacidade de resolutividade, o princípio da ESF mais citado entre os entrevistados. Por ser este princípio norteador da organização dos serviços e ações de saúde, muitas foram as maneiras de descrever o referido princípio, maneiras estas, representadas nas falas dos entrevistados, a saber:

Realizando os tratamentos básicos e incentivando os pacientes a concluir o tratamento (entrevista nº. 14)

Execução de ações coletivas voltadas para prevenção e promoção em saúde bucal. (entrevista nº 28)

Em conformidade com os esclarecimentos de Brasil (2000), a resolutividade, enquanto princípio vem ser muito mais que dar alguma solução ao problema que lhes é apresentado, ou seja:

Realiza ações de recuperação e reabilitação de enfermos, tanto quanto desenvolve ações educativas que promovam a saúde e previnam doenças em geral, responsabilizando-se pelas referências necessárias e, também, pela contra-referência. O alcance do atendimento integral, ou mesmo o esforço feito pelos profissionais para tentar alcançá-lo, ajuda a produzir maior resolutividade das ações de saúde. Nas respostas aos problemas a serem resolvidos, o profissional pode identificar os anseios do próprio indivíduo e os problemas que possuem magnitudes na comunidade.

Neste aspecto, verifica-se que estes profissionais buscam ser resolutivos em seu campo de atuação, a atenção básica, ao que a ESF se propõe, como: restaurações, exodontias, aplicação tópica de flúor, palestras, dentre outros. Entretanto, garantir as referências nos níveis de média e alta complexidade por vezes, está aquém de suas possibilidades de intervenção.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a organização de um Sistema de Referência e Contra-Referência para garantir a atenção contínua aos usuários é fundamental para o sucesso de ações como as da ESF. No entanto, organizar esse sistema é uma tarefa muito difícil para a maioria dos municípios. Embora esforços venham sendo realizados nesse sentido, no entanto, os resultados ainda estão aquém das necessidades.

Questionados quanto às ações desenvolvidas como integrantes das ESF, a valorização das ações educativas e curativas em Saúde Bucal se fez igualmente presente no depoimento da maioria dos profissionais pesquisados, perfazendo um total de 22 (vinte e duas) indicações. O espaço mais destacado para o desenvolvimento das ações educativas foi o das escolas, seguido das creches.

Os resultados indicam que as ações educativas vêm sendo incorporadas pelas equipes de saúde, porém, o tratamento curativo ainda é prática que predomina entre as atividades desenvolvidas nessas equipes. (Quadro 5)

Quadro 5 - Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas de acordo com as ações desenvolvidas na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.

AÇÕES DESENVOLVIDAS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Educativas (palestras)	22
Curativas (recuperação e reabilitação)	22
Preventivas (escovação e aplicação tópica de flúor)	18
Visitas domiciliares, escolas e creches.	15
Levantamento epidemiológico	02
Trabalho multiprofissional	01
Referências	01
Planejamento em equipe	01
Resposta não contempla a pergunta	01

Segundo Barbosa et al (2007), até a implantação do programa a população não dispunha de pouca ou nenhuma assistência odontológica, resultando em uma demanda reprimida muito intensa, o que leva os profissionais a dispensarem uma parte do seu tempo desenvolvendo atividades curativas (cirúrgico-restaurador).

Contudo, para que as ações da ESB, que buscam a Promoção da Saúde Bucal dos usuários, proporcionem as mudanças desejadas, é necessário que as atividades sejam planejadas de acordo com o perfil epidemiológico da população e suas principais necessidades.

Em relação ao planejamento, dentre os 32 (trinta e dois) entrevistados, 19 (dezenove) responderam que planejam em equipe, sendo mais freqüente o planejamento mensal, para o qual houve 7 (sete) indicações. Por outro lado, evidenciou-se uma quantidade significativa de indicações para aqueles que não planejam, ou seja, 12 (doze). Quando questionados com quem planejam, observou-se que este processo, em sua maioria, se limita a Equipe Técnica e Gestores, com 8 (oito) indicações, enquanto que apenas 1 (uma) referência foi feita para inclusão de

líderes comunitários e diretor de escola, evidenciando um distanciamento da proposta do planejamento estratégico da ESF. (Quadro 6)

Quadro 6 - Distribuição numérica dos 32 cirurgiões-dentistas de acordo com o planejamento feito na ESF. São Luís/MA, 2006-2007.

PARTICIPAÇÃO NO PLANEJAMENTO	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Sim	19
Não	12
Não respondeu	01
FREQUENCIA DO PLANEJAMENTO	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Mensal	07
Semanal	03
Anual	03
Semestral	02
Quinzenal	01
Dois em dois meses	01
Ocasional	01
COM QUEM PLANEJA	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Gestores, técnicos e ACS.	08
Com toda equipe	07
ACD; ACS	01
Com colega de trabalho	01
ACS; enfermeiros.	01
Com toda equipe; gestores; líderes comunitários; diretor de escola.	01

Os levantamentos epidemiológicos são fundamentais para todo planejamento, porém, esta prática foi pouco referenciada pelos entrevistados. A epidemiologia indica a freqüência com que ocorrem as doenças e possibilita evidenciar os problemas locais de saúde e propor métodos mais eficazes de prevenção e controle.

Cordón (1997) afirma que o principal e primeiro elemento da agenda dos trabalhadores em Saúde Bucal é saber que o dentista sozinho não pode resolver os problemas, que requerem uma equipe integrada à equipe de saúde do SUS.

O mesmo autor relata ainda que:

A população deve participar de todo processo de planejamento [...] participando da construção dos indicadores de satisfação social bucal, de situações-problema para realizar o levantamento epidemiológico que permitirá estabelecer os fatores de risco comum na totalidade social.

É nesta perspectiva, que Ciampone; Peduzzi (2005), afirmam:

A importância da participação de todos os atores sociais envolvidos nos problemas mapeados na realidade em nível local, requerida na visão do planejamento estratégico, bem como a conscientização de todos os profissionais de saúde de que o planejamento consiste em uma ferramenta de gestão, fundamentalmente ético-política e comunicativa, não se restringindo a dimensão técnica.

Por este ponto de vista, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção, à prevenção e a reabilitação da saúde, bem como, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares e da coletividade (BARBOSA, 2007).

Ao se analisar a ação dos cirurgiões-dentistas frente às diretrizes da ESF, convém ressaltar que a atuação da Equipe de Saúde da Família está baseada nas diretrizes e princípios do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais dos profissionais, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), são:

Planejamento das ações - capacidade para diagnosticar a realidade local;
Saúde, Promoção e Vigilância - sintonia entre diferentes setores (intersetorialidade) e a participação social. As pessoas são sujeitos e não apenas, pacientes;
Trabalho interdisciplinar em equipe - valorização dos diversos saberes e práticas dos componentes da equipe, contribuindo para uma abordagem mais resolutiva;
Abordagem integral da família - entender a dinâmica familiar, respeito e valorização das características daquele núcleo de pessoas, vendo-as em seu contexto socioeconômico e cultural, com ética, compromisso e respeito.

A grande transformação que esse modelo propõe está calcada na participação popular e dos diversos setores responsáveis pelo bem-estar e pelo desenvolvimento da comunidade, entendendo a saúde como produção social, como construção coletiva, conquistada cotidianamente.

Fazendo-se referência ao planejamento das ações das Equipes de Saúde Bucal da ESF que fizeram parte desta pesquisa, diz-se que a participação dos usuários no processo foi minimamente referenciada. O planejamento realiza-se mais entre equipe e/ou com gestores, interferindo diretamente no princípio da co-responsabilização.

Das atribuições postas à Equipe de Saúde da Família, o aspecto relacionado à promoção da saúde tem relativo destaque, pois determina a busca de parcerias e de ações intersetoriais, em prol da melhoria das condições de saúde da comunidade.

Nesse sentido, a pesquisa evidencia lacunas existentes nas políticas públicas quanto ao aspecto da intersetorialidade. Foi observado, por exemplo, nas ESB do PSF de São Luís-MA, que as ações intersetoriais de promoção de saúde se restringem às escolas e creches.

Este aspecto da intersetorialidade no campo da promoção de Saúde Bucal observado na pesquisa confere com o estudo realizado no país por Manfredini (2006), em que comprova ser ainda muito tímidas esses tipos de ações. O autor acima citado ainda esclarece:

As políticas acabam não sendo intersetoriais e sim ações de saúde realizadas em outros equipamentos sociais. [...] As ações educativas continuam a se restringir as 'palestras' ou aos 'vídeos educativos'. A abordagem de temas de saúde bucal nos diversos campos do conhecimento, por parte dos professores não é explorada.

Por outro lado, Brasil (2004) diz que uma das principais características da ESF é a sua "capacidade de propor alianças seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, dentre outras".

Para Brasil (2002) não há fórmulas específicas para o estabelecimento de parcerias e interfaces entre essas ações. Isso depende, inclusive, das necessidades e particularidades da comunidade em que a Equipe de Saúde da Família atua. Assim sendo, compete ao profissional:

Conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adstrita; Entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para qualidade de vida da comunidade; Estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações na USF; Articular com a rede institucional local, ações integradas para melhoria constante da qualidade de saúde da população.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que entre as ESB ocorre:

- a) Tendência a feminilização e uma quantidade considerável de profissionais com Especialização em Saúde da Família;
- b) A faixa etária de maiores percentuais ficou entre 24 a 50 anos, onde a maioria dos Cirurgiões-Dentistas tem entre 1 a 10 anos de formação acadêmica;
- c) A rede municipal conta, ainda, com profissionais qualificados nas mais diversas áreas de atuação técnica;
- d) A identificação com a filosofia da Estratégia de Saúde da Família e a questão salarial foram os principais motivos alegados para a adesão dos profissionais a ESF;

Quanto à atuação na ESF, observou-se o quão limitadas vêm sendo as ações nomeadas de promoção de saúde pelos CD, reduzidas as atividades educativas, preventivas e curativas realizadas dentro da própria especialidade.

Embora alguns CD demonstrem ter informação acerca do papel a desempenhar nas ESF, de acordo com os princípios do SUS/PSF, é na insuficiência de planejamento adequado, na baixa participação popular, em limitadas ações intersetoriais e interdisciplinares, aspectos que convergem para não co-responsabilização das ações entre profissionais e usuários, que se percebe o comprometimento da noção de promoção de saúde fundamental na estratégia.

Este comprometimento pode estar associado diretamente a sua formação acadêmica tecnicista e individualista onde a saúde coletiva é uma perspectiva, em construção. Alia-se a este argumento o fato das políticas públicas de saúde, recentemente implementadas, não haverem ainda, alcançado a plenitude a que se propõem.

Finalmente, sem a pretensão de se procurar definir nesse estudo, a forma como as ESB devem atuar na Estratégia Saúde da Família, através da pesquisa, procuramos subsidiar reflexões as ESB da família acerca de suas ações quanto à promoção de saúde no PSF, sem deixar de reafirmar a relevância da presença das ESB no contexto das políticas de atenção à saúde, haja vista a enorme contribuição que a odontologia tem a oferecer nesse processo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. A. A.; BRITO, E.W.G.; COSTA, I.C.C. Saúde bucal no PSF: da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontologia Brasileira**, v.10, n.3, p. 53-60, jul./set. 2007.

BASTOS, José Roberto de Magalhães et al. Professional profile analysis of dentists graduated at Bauru dental School - University of São Paulo between 1996 and 2000. **J. Appl. Oral Sci.**, Bauru, v. 11, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 1 jan. 2008.

BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência**: conhecimento e prática. São Paulo: Santos, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil, zona urbana.** 1986.

_____. Conselho Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, DF, 1986. (Relatório Final).

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. _____. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **Plano Nacional de Saúde 2004-2007**. Brasília, DF, 2004.

_____. _____. **SUS**: descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2008. (Reprodução parcial).

_____. _____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2008.

_____. Portaria Nº. 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.reorganizaçãodasacoesdesaudebucalnaatencaobasica>>. Acesso em: 27 jun. 2005.

BUISCHI, Y. de P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência saúde coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, p. 166-177. 2000.

CARLOS, Iluska Maria Fontes. **Conhecimentos e práticas dos cirurgiões – dentistas inseridos no Programa Saúde da Família (PSF)**. 2004. 56f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.

CARVALHO, Danusa Queiroz de et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p.182, jan./jun. 2004.

CORDON, Jorge. Building an agenda for collective oral health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 1 mar. 2008.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência. São Paulo, 2000. Mimeografado.

COSTA, I. C. C. O paradigma da promoção da saúde e sua interface com a saúde bucal. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. (org.). **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: UFRN, 2004, cap. 10, p.163-174.

DIAS, Aldo A. saúde bucal coletiva e legislação à luz do Programa de Saúde da Família. In: _____ et al. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**, 2006. p. 3.

DIRETRIZES da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2008.

FACÓ, E.F. et al O cirurgião-dentista e o Programa Saúde da Família na microrregião II Ceará, Brasil. **RBPS**, v. 18, n. 2, p. 70-77. 2005.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Revista ciência saúde coletiva**. São Paulo, v.9, n.3, p. 63, jul./set. 2004.

FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: UFRN, 2004. 304 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA. **Perfil do cirurgião-dentista no Brasil**. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_CD.pdf Acesso em: 1 jan. 2008.

JUNQUEIRA, S.R.; FRIAS, A. C.; ZILBOVICIUS, C. Saúde coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: _____; RODE, S. M.; GENTIL, S.N. **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2005. cap. 29. p. 591-604.

KRIGER, L; MOYSÉS, S. T.; DZIERWA, S. A Filosofia de promoção de saúde na clínica privada. In: ABOPREV. **Promoção de saúde bucal**: paradigma, ciência, humanização. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 443-460.

LÍRIO, S. Reinado sob ameaça. **Revista carta capital**. São Paulo, ano 12, n. 369, p. 30-49, 2005.

MANFREDINI, M. A. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: DIAS, Aldo A. et al. **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2006. p. 52-6.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: _____ & PINHEIRO, R.(Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001. pp.39-64,

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal: definições. In: BUISCHI, Y. de P. (org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 3 -21.

NUNES, Maria de Fátima; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 13 abr. 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção das doenças. In. : Maria Zélia Rouquayrol, Naomar de Almeida filho. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, v. 1, p. 17-35.

SOUZA, E. C. F. O homem, as doenças e seus modelos explicativos: breve percurso na história. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. (org.). **Saúde bucal coletiva**: conhecer para atuar. Natal: UFRN, 2004. cap. 1, p.17-32.

TEIXEIRA, Alrieta Henrique. **Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família**: conhecendo a atuação das equipes no município de Sobral - CE no período de 2001 a 2003. 2004. 64 f. Monografia. (Graduação em Saúde da Família) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/ Universidade Vale do Acaraú – Sobral-CE. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/alrieta.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Quanto tempo tem de formado? _____
4. Qual a média do seu salário? _____
5. Quanto tempo trabalha na ESF deste município? _____
6. Fez ou faz algum curso na área de saúde pública? Sim () Não ()
() Capacitação () Especialização () Mestrado () Doutorado
7. Você fez ou faz algum outro curso? Sim () Não ()
Em caso de afirmativo, qual? _____
Porque você escolheu trabalhar no PSF? _____

8. Destaque um princípio do SUS e um da ESF, e descreva como são concretizados em seu trabalho. _____

9. Quais as ações que você desenvolve como integrante da Equipe de Saúde da Família? _____

10. Você participa de atividades de planejamento na ESF? Sim () Não ()
11. Com que frequência planeja? _____
12. Com quem planeja? _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Orientadora: Profa. Mestre Dourivan Camara Silva de Jesus.

Endereço: Rua Calisto Nº. 13 Recanto Vinhais CEP: 65.070-140 São Luís/MA

Tel: 3236-1966 e-mail: dourivan@ufma.com

Pesquisadoras: Arabela de Cleves Oliveira Borges, Maria Íris Santos Araújo, Silvia Fernanda Pereira Nunes, Vivian Almeida Cruz.

Coordenador Comitê de Ética: Prof. Doutor Wildoberto Batista Gurgel.

End: Rua Barão de Itapary Nº. 221 Centro CEP: 65.020-075 São Luís/MA. Tel: (98) 3209-1123

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr, _____,

O Programa de Saúde da Família (PSF) representa uma proposta de reorganização da atenção básica, centrada, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. A incorporação de ações de saúde bucal no referido programa visa uma integração das ações clínicas e de saúde coletiva, viabilizando a ampliação ao acesso da população a essas ações e a melhoria do quadro epidemiológico das doenças bucais no Brasil e, certamente, de suas conseqüências sobre a saúde geral dessa população. Diante do exposto a pesquisa intitulada "A Atuação do Cirurgião – Dentista na Promoção de Saúde em São Luis-Ma", tem por objetivo traçar o perfil sócio profissional do CD, caracterizar ações de promoção de saúde desenvolvidas por estes e analisar suas ações frente às diretrizes do PSF. Visando alcançar tais objetivos vimos solicitar sua colaboração respondendo nosso questionário (roteiro em anexo). Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, tendo você o direito e liberdade de recusar participação, ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma. Não haverá nenhum custo decorrente da participação na pesquisa. O participante receberá uma via deste documento.

Eu _____cirurgião-dentista do PSF desta unidade de saúde----- declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Pesquisadora responsável

Participante da pesquisa

Endereço: Secretaria Municipal de Saúde/Divisão de Odontologia

Rua Paulo VI, n.º 8 "B", Lote "C", Canto da Fabril – Centro. São Luís – MA

ANEXOS

ANEXO A - Distribuição das Equipes de Saúde Bucal no município de São Luís/MA.

Fonte: Geraldo Antônio Mendes Borges Câmara

	COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL		UNIDADE DE LOTAÇÃO	DATA DA IMPLANTAÇÃO	DISTRITO
	CIRUGIÃO DENTISTA	ACD			
01	Maria Alba Silva Oliveira	Orlandira Duarte Aguiar	C.S. Laura Vasconcelos (Estiva)	01/04/2004	VILA ESPERANÇA 11
02	Mirian Santana Carvalho	Maria da Conceição L. Carvalho	C.S. Itapera	18/06/2004	
03	Milena Freitas Rodrigues	Elizabeth Muniz Mendes	C.S. Maracanã	01/04/2004	
04	Maria Anita Soares Targino	Núbya Regina dos Santos Silva	USF Coqueiro	17/05/2005	
05	Maria Wilma da Silva	Sebastiana Silva dos Santos	C.S. Pedrinhas II	01/04/2004	
06	Milena de Fátima Nunes dos Santos Ferraz	Joseline Dourado Santos	C.S. Quebra Pote	01/04/2004	
07	Amaro Pernambuco da	Ana Cristina Conceição Pinto	C.S. Thales R. Gonçalves (V.	01/04/2004	
08	Marília Barros Muniz	Edna Maria Lima Lopes	C.S. Tibiri	01/04/2004	
09	Danielli Maria Zucatei Feitosa	Dina Lea Linda S. Guimarães	C.S. José de Ribamar Correa Frazão (N. Republica)	01/08/2004	
10	Milena Tomé Nunes	Iracema Pereira Lima	Pedrinhas I	20/09/2004	
11	Ednildo Rocha Duarte	Reseolanda Ferreira Aires	C.S. Maria de Lourdes Rodrigues	30/08/2005	
12	Nara Gisele Alves	Luzanira Santana Pinheiro	C.S. Nazaré Neiva	01/04/2004	TIRIRICAL 09
13	Maria Iranir A. Santos	Ana Célia Brandão	C.S. São Cristóvão	01/04/2004	
14	Raquel Coelho Netto da	Raimunda Josilene C. Santos	C.S. Santa Bárbara	01/04/2004	
15	Tatiana Hassin Rodrigues	Valdilene Oliveira	C.S. João de Deus	01/04/2004	
16	Juliana de Kássia Silva	Maria da Conceição Silveira dos	C.S. Maria Ayrecila Novochado- Olimp.	01/04/2004	
17	Marryane Farias Oliveira	Linimar Lopes A. Gonçalves	C.S. Jaylson Alves Lima-Olímpica III	13/09/2004	
18	Luciana Freitas	Therezinha de Jesus Sousa Lopes	C.S. Fabiciana Moraes	22/06/2004	
19	Kátia Arôso Mendes	Hortência Mendes Pereira	C.S Vila Itamar	13/12/2004	
20	Flávio Gonçalves	Márcia Cristina Araujo	C.S.Carlos Reis(Cid Olimpica I)	16/11/2004	
21	Claudia Portela e Silva	Tânia Maria Sousa Antunes	C.S. Cohab	01/04/2004	COHAB 07
22	Sinval Vitorino da Costa	Elba Pachêco Beckman	C.S. Genésio Ramos Filho	20/10/2004	
23	Geovane Menezes Ramos	Ednar Nascimento Santos	C.S. Genésio Ramos Filho	20/10/2004	
24	Maria da Graça Gonçalves	Cristiane Valéria Costa Azevedo	CS Turu	01/09/2004	
25	Liana Sampaio Sousa	Ângela Maria Nunes	CS Turu	29/09/2004	
26	Antônio Carlos Santos Silva	Maria de Jesus Costa	CS Djalma Marques	15/09/2004	
27	Luis dos Santos Néri	Juscilene Azevedo	CS Djalma Marques	16/01/2006	
28	Jânia Natilda S. Matos	Luciana Carvalho dos Santos	C.S. Amar	01/04/2004	BEQUIMÃO 01
29	Sheila Moraes de Carvalho	Mariano Conceição Machado da	C.S. Yves Parga (Vila Maranhão)	01/04/2004	ITAQUI BACANGA 03
30	Ilzamar Maria Miranda	Wanderléa Trindade dos Santos	C S Vila Embratel	03/01/2005	
31	Liz de Maria Soares Siqueira	Teresa de Jesus Castro de Lima	C.S. São Raimundo	05/08/2005	
32	Maria Eugênia Machado	Mônica Gomes da Silva	C.S. Bezerra de Menezes	01/06/2004	CENTRO 02
33	Layse de Almeida Moreira	Necy Jaques Oliveira	USF São Francisco	23/06/2004	
34	Regina Stela Moura Saraiva	Maria da Natividade Fonseca	CS Antônio Guanaré	12/11/2004	COROADINHO 02
35	Ondina Márcia Travessa	Julianelle Carla da Silva Melo	C.S.João Paulo	23/12/2004	
32 CS					35 ESB

Anexo B - Ofícios individuais aos gestores das Unidades de Saúde



PREFEITURA DE SÃO LUÍS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Ações de Saúde
Coordenação Geral do PACS/PSF

São Luís (MA), 19 de setembro de 2006

MEMO CIRCULAR N.º 037/2006

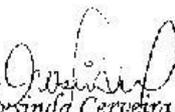
Da: Coordenação do PSF/PACS

Para: Diretor (a)/Administrador (a) *C.S. AMARAL*
Sra. Ruzisima Palotete

Ilmo. (a) Sr. (a)

Estamos apresentando a V. Sa., *Arabela* na condição de aluno(a) do Curso de Especialização em Saúde da Família da Laboro Excelência em Pós-Graduação, para que possa realizar pesquisa de campo do trabalho monográfico, intitulado "A Atuação do Cirurgião Dentista na Promoção da Saúde no Programa Saúde da Família em São Luís".

Atenciosamente


Onésima Cereira
Coordenadora Geral PSF/PACS
Em Exercício

ANEXO C - Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº 151/07

Pesquisador(a) Responsável: **Dourivan Câmara Silva de Jesus**

Equipe executora: **Dourivan Câmara Silva de Jesus e Arabela de Cleves O. Borges, Maria Iriz Vitoria Santos Araújo, Sílvia Fernanda Pereira Nunes e Vivian Almeida Cruz**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Especialização**

Registro do CEP: **030/07** Processo Nº: **33104-164/2007**

Instituição onde será desenvolvido: **Centro de Saúde de Fátima**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **16.03.2007** o processo Nº. **33104-164/2007**, referente ao projeto de pesquisa **"Atuação do cirurgião-dentista na Promoção da Saúde da Família em São Luis-MA"**, cujo objetivo geral é **"Estudar a atuação do cirurgião-dentista (CD) na promoção de saúde no PSF"**. Na metodologia, trata-se de um estudo quantitativo descritivo.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCEP, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeram ação imediata.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 02/02/2008 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 02 de abril de 2007.

Wildoberto Batista Turgel

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ética homini habitat est

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Baião de Figueira, 277 Centro C.E.P. 65.020-012 São Luis – Maranhão Tel. (55) 2103-1223

E-mail: cep@ufma.br