



Artigo Revisão

## MERCADO DE TRABALHO E A FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA: O PARADIGMA DA MUDANÇA

### THE LABOR MARKET AND THE EDUCATION OF ODONTOLOGY STUDENTS: THE PARADIGM OF CHANGE

#### Resumo

Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup>  
Ana Áurea Alécio Oliveira  
Rodrigues<sup>2</sup>  
Claudia Leal Sampaio Suzuki<sup>3</sup>  
Débora Cristiane de Magalhães<sup>3</sup>  
Paulo de Tarso Jambeiro Brandão<sup>3</sup>  
Ranilze Lopes Batista<sup>3</sup>  
Thiago Carôso Fróes<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto Multidisciplinar de Saúde,  
Universidade Federal da Bahia  
(UFBA)  
Feira de Santana – BA - Brasil

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Sudoeste  
da Bahia (UESB)  
Jequié – BA – Brasil

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Feira de  
Santana (UEFS)  
Feira de Santana – BA – Brasil

E-mail  
maiaufba@ufba.br

Trata-se de um artigo de revisão, que discute a formação do graduando em Odontologia e as perspectivas do mercado de trabalho. Aponta para a necessidade de novas abordagens pedagógicas e filosóficas na construção do conhecimento da prática e da atuação do futuro cirurgião-dentista, fazendo uma crítica ao atual processo de ensino-aprendizagem, no interior das instituições de ensino superior em Odontologia, apontando alguns limites e possibilidades. Neste sentido, discute o novo paradigma da integralidade no processo de ensino, pesquisa e extensão, como uma matriz teórico-conceitual que garanta a construção de uma Odontologia em sintonia com o Sistema Único de Saúde, atuando de maneira a responder às necessidades apresentadas na coletividade. Para tanto, faz-se um breve resgate histórico da inserção da Odontologia nas políticas públicas de saúde. Finalmente, considera a responsabilidade das universidades com a formação de profissionais com competência nas questões técnicas inerentes ao núcleo do saber da Odontologia, mas com capacidade e habilidade para liderar, administrar/gerir, tomar decisões, comunicar-se e interagir com diferentes campos de saberes de forma intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional.

**Palavras-chave:** mercado de trabalho, odontologia, educação superior, ensino odontológico.

#### Abstract

This is a review article that discusses the education of the student majoring in dentistry and the perspectives of the labor market. It points out the necessity of new pedagogical and philosophical approaches in the construction of knowledge in the practice and the performance of the future dentist. It evaluates aspects present in the teaching-learning process within the dentists' formation mentioning some limits and possibilities of change. The article discusses a new model of integrality in the teaching, research and extension process as a theoretical-conceptual matrix that guarantees the construction of dentistry that is in tune with the Brazilian National Health System, acting in such a manner to be able to answer the requirements of the community. The article does a short historical review of the insertion of dentistry in the public health policies. Eventually it ponders the responsibility of the universities as to the major of professionals having not only the competence in technical questions inherent to the core knowledge of dentistry, but also having the ability to lead, administer/manage,

make decisions, communicate and interact with different areas of knowledge in an intersectorial, interdisciplinary and multiprofessional way..

**Key words:** labor market, dentistry, higher education, teaching in odontology.

## Introdução

Para quem lança um olhar sobre a formação nas escolas de Odontologia, no Brasil, percebe um intenso debate acerca da necessidade de mudanças nos currículos e nas práticas pedagógicas, no interior das instituições de ensino. Algumas críticas centram-se na necessidade de transformação, pautada em mudanças no mercado de trabalho e, portanto, na necessidade de contornar as dificuldades de inserção profissional e criar novas inserções que mantenham o status quo. Essa questão é histórica, pois, para Zanetti<sup>1</sup>, desde o século XIX, como forma de garantir o controle do mercado profissional, procurou-se a estandarização do conhecimento, para o que as escolas de formação buscaram apoio no conhecimento científico e empreenderam a institucionalização da Odontologia como disciplina das ciências da saúde.

Na outra margem, há uma percepção de que a crise é, antes de tudo, paradigmática, ou seja, os saberes, cunhados há séculos em relação à Odontologia, não estão satisfazendo às necessidades apresentadas pela sociedade.

Para Marcondes<sup>2</sup> (2001), uma crise de paradigmas caracteriza-se assim como uma mudança conceitual, ou uma mudança de visão de mundo, conseqüência de uma insatisfação com os modelos anteriormente predominantes de explicação. A crise de paradigmas leva, geralmente, a uma mudança de tais paradigmas, sendo que as mudanças mais radicais consistem em revoluções científicas.

Na arena, estão postos elementos explícitos, como a urgência de que os egressos atendam às demandas social e historicamente construídas e constituídas no campo individual e coletivo das necessidades odontológicas, e que tal inserção profissional contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Contudo, coexistem elementos velados e que são forças gestadas no campo do interesse de mercado que contestam a crise, procurando garantir a perpetuação de uma formação cartesiana, ou permitindo alterações controladas, ambas como meio para que os estudantes continuem reféns da estrutura de mercado, que impõe formas de pensar e agir baseadas na necessidade da indústria e do capital, impingindo, no docente, a crença de que a doença é uma entidade anistórica e destituída de uma razão sócio-cultural, sócio-ambiental e sócio-econômica.

Contrariando tal perspectiva, o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES), pela Resolução<sup>3</sup> nº. 3, de 19 de

fevereiro de 2002, artigo 6º, prevêem que a formação do futuro cirurgião-dentista deva contemplar todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrada à realidade epidemiológica e profissional. Para tanto, os conteúdos devem abordar os diferentes campos do conhecimento, ou seja, articular as ciências naturais às ciências humanas e sociais, proporcionando uma formação de um excelente técnico que responda às legítimas demandas individuais e coletivas da população, em defesa da vida.

Santos e Assis<sup>4</sup> sintetizam a responsabilidade do futuro cirurgião-dentista, afirmando que “quem adocece, adocece como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, repercute na boca, no corpo, na alma, na vida. Junto com alguém que sofre, sofrem os que o amam, o sofrimento é então compartilhado, ainda que não dividido. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde”.

### **A formação dos estudantes de Odontologia e o mercado de trabalho: a quem será que se destina?**

Os paradigmas que tentam explicar as organizações pedagógicas podem ser compreendidos a partir da forma como os instrumentos analíticos, tanto teóricos como metodológicos, articulam-se para compreendê-las. Assim, poderíamos assentar tal discussão em dois pilares paradigmáticos: um funcionalista e um crítico.

O primeiro, privilegiando a estabilidade, a unidade, a integração, a conformação, a alienação, orientado para a manutenção do *status quo*. Na vertente oposta, o segundo apresenta uma inclinação ao conflito, à mudança, à desintegração, numa perspectiva libertária, orientando as práticas pedagógicas para um modelo de autogestão e autonomização, colocando os sujeitos em primeiro plano.

Para Feuerwerker<sup>5</sup>, vive-se um momento de tensão paradigmática, no qual a universidade (organização) busca ampliar sua relevância social, mas “a produção de conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos hegemônicos”. Assim, a educação, nas escolas de saúde, permanece reproduzindo o paradigma flexneriano (funcionalista/positivista), em contraposição ao paradigma da integralidade (crítico/dialético), subtraindo as possibilidades de diálogo entre as diferentes áreas do saber.

A integralidade, entendida como um novo paradigma nos cursos de graduação na área de saúde, parte do pressuposto de que é preciso compreendê-la como “um pensamento em ação, um processo de construção que envolve a si mesmo, o outro e os entornos; envolve os conhecimentos formais e as sensações e considera a produção e a transformação de saberes e práticas um campo de forças históricas”<sup>6</sup>. Tal complexidade aponta para a necessidade de práticas de ensino, extensão e pesquisa que atendam às necessidades apresentadas na coletividade e que ofereçam ao discente a possibilidade do desenvolvimento de competências profissionais: no campo da tomada de decisões, no campo da comunicação e da liderança, no campo da

administração e do gerenciamento e, finalmente, na capacidade de aprender continuamente, tanto na formação, quanto na prática (educação permanente).

Para tanto, Birk<sup>7</sup> aponta um desafio a ser superado: as práticas tradicionais e normativas de ensino que afastam o educando do educador. O autor retraduz as palavras de Gauthier (1999) e delinea que “[...] na escola tudo está previamente determinado em nome da organização e da funcionalidade: horários de entrada e de saída, professores, salas de aula, conteúdos curriculares, normas disciplinares... Normalmente a escola se apresenta como um ambiente imponente, frio, neutro, pois ali predomina a vida intelectual, o raciocínio lógico e, via de regra, emoções e sentimentos têm dificuldades não só para serem reconhecidos, mas, principalmente, para encontrarem formas aceitáveis. [...] Para nela sobreviver como, aliás, em todas as instituições sociais, é preciso tornar-se dissimulado ou dissidente, salvar as aparências para ser deixado em paz, sabendo que a vida está em outro lugar, nos interstícios, nos momentos em que é possível furtar-se aos olhares, ao controle, à ordem”.

Dessa forma, os componentes curriculares vão sendo postos na vida do acadêmico de maneira “natural”, numa ordem cronológica e linear do aprender. Inicia-se com os conteúdos básicos (bioquímica, fisiologia, anatomia, etc.), discute-se da molécula à célula, do tecido ao organismo; o cadáver é dissecado, as partes são rigorosamente vistas, mexidas, investigadas. Nesse emaranhado de conteúdos (compreendidos como básicos), alguns outros aparecem inesperadamente – psicologia, sociologia, filosofia – até que vão ficando para traz à medida que os conteúdos profissionalizantes são inseridos. O estudante de odontologia vai, então, entrando na boca, no dente e, assim, desenvolve sua intervenção, seu saber, sua profissão.

Zanetti<sup>1</sup> polemiza essa discussão, dizendo que “a não-articulação íntima da metodologia clínica, com o método experimental das disciplinas curriculares básicas, formou no currículo dos cursos uma lacuna estrutural entre os dois ciclos: básico e profissionalizante”. Estende a discussão e complementa “a desarticulação não existe só entre as disciplinas do básico e do profissionalizante. A própria organização da prática nas disciplinas profissionalizantes em Odontologia apelou para a condição *ceteris paribus*. Isto é, o dinamismo da totalidade da situação de adoecimento apresentada pelos pacientes (*a doença como objeto empírico*) é artificialmente suspenso e, por esse artifício lógico, a totalidade é cartesianamente decomposta (fragmentada), tem a sua integralidade negada (racionalmente), atomizada (intencionalmente) e isolada (didaticamente)”.

Distanciando-se dos componentes da vida, das relações e da história, o futuro cirurgião-dentista reproduz, na prática e na teia das organizações dos serviços público e privado, valores impingidos pelo paradigma do mercado liberal, no qual o valor moral não está no valor de uso, na necessidade real de um serviço ou cuidado em saúde bucal, mas no valor de troca, na capacidade de produzir procedimentos que traduzam o lucro cada vez maior (setor privado) ou, ao contrário, produzir um procedimento simples, rápido, não trabalhoso, ainda que seja necessário e demandado (setor público).

Contudo, tal concepção não é sempre consciente ou mera escolha voluntária. Ainda dentro das universidades, existe uma forte tendência à

especialização precoce, o estudante inicia a graduação e, nos primeiros semestres, antes mesmo de cursar determinados conteúdos, já afirma qual fragmento do processo profissionalizante deseja dominar (endodontia, cirurgia, prótese, ortodontia, implantodontia, entre outras), contudo a escolha precoce leva a um hiato entre o que se pretende atuar para ganhar dinheiro e o que a sociedade de fato precisa ou porque precisa.

O canto da sereia é suave, sublime e sedutor, apresentando-se quando alguns docentes, não comprometidos com processo educacional, deixam de ensinar em suas disciplinas determinados procedimentos e/ou técnicas, tornando os discentes dependentes de suas atualizações e especializações logo quando se formam. Ou ainda, quando dentro de suas disciplinas supervalorizam o ato clínico, o procedimento, o chamado, feitiço da técnica; desconsiderando o sujeito portador da necessidade que, passa a não ter nome, identificado pela patologia ou pelo ato a ser realizado. Dessa forma, “a fixação da Odontologia e da formação do cirurgião-dentista em teorias de baixo alcance (sobre as tecnologias clínicas) e de médio alcance (sobre as doenças) pode, em parte, ser explicada como fixação nos objetos empíricos tradicionais, como espólio dos processos de cientificação e de consolidação/controlado do mercado profissional, nas sociedades orientadas para o mercado”<sup>1</sup>.

No entanto, a contradição não está apenas na escolha precoce ou na opção por determinado conhecimento específico, o que intriga a formação do futuro profissional é seu descompasso com o sistema único de saúde e com as necessidades demandadas pelas pessoas, evidência que se acentua ao defrontarmos com os atuais indicadores epidemiológicos de morbidade da principal doença bucal – a cárie, ou de mortalidade do câncer de boca.

## **A Integralidade e a Saúde Bucal Coletiva: um novo paradigma?**

Os princípios e diretrizes do SUS desencadearam transformações nas formas de fazer saúde no país. Porém, a heterogeneidade de sua implantação, nos diversos municípios e até dentro de um mesmo município, converteu-se em distintas práticas assistenciais, nem sempre voltadas para as necessidades da população, criando vários subsistemas dentro do SUS. Até porque, no Brasil, “instituições centralizadas, pouco permeáveis à participação social e dominadas por grupos, pouco permeáveis à participação social e dominadas por grupos de interesses diversos da maioria da população, estruturavam a atenção à saúde em nosso país”<sup>8</sup>.

No caso específico da saúde bucal, a organização desse serviço, no país, sempre foi uma questão secundária no contexto da saúde pública. Destaca-se, ainda, que a falta de normatização e coordenação das atividades, em saúde bucal, no Brasil, fez com que o setor estabelecesse regras próprias, de tal forma que as ações em saúde bucal seguissem a lógica do interesse individual, não se articulando com outros ramos da saúde, tornando-se uma saúde à parte<sup>9</sup>.

Numa retrospectiva histórica, o autor<sup>9</sup> discorre que, somente na década de 50, o governo central passa a atuar no campo da saúde bucal, por meio da Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Mesmo sendo de

forma pontual e reduzida, apresentou-se como o primeiro sinal concreto, embora discreto, de ruptura com uma lógica de produção de serviços odontológicos, exclusivamente, privados.

Os primeiros programas de saúde bucal, desenvolvidos pela Fundação SESP, tinham, como características, o atendimento e o acompanhamento a escolares e tornou-se a matriz da programação em saúde bucal, no Brasil<sup>10</sup>. Os primeiros dentistas-sanitaristas, inspirados na experiência do modelo sespiano, desenvolveram a Odontologia Sanitária que, mais tarde, recebeu o nome de Odontologia Social. Esses modelos não deram conta de romper com a hegemonia da odontologia de mercado, assumindo um papel secundário e complementar, com caráter focalizador e discriminatório, pois se portavam como uma odontologia direcionada apenas a populações carentes<sup>10,11</sup>.

As limitações e o baixo impacto da odontologia Sanitária/Social cederam lugar “às proposições reformistas da odontologia simplificada/comunitária/integral”<sup>11</sup>. Os modelos citados guardam diferenças importantes em suas proposições, contudo, continuam seguindo os elementos básicos do antigo sistema sespiano, nos quesitos de acesso, público alvo e organização das práticas. Desta forma, apesar de avanços teóricos, na prática, os modelos não tiveram força para suplantar a prática de mercado, nem conseguiram questionar o projeto neoliberal no campo da saúde bucal<sup>11</sup>.

Nesse processo, acontece, em 1986, paralelamente à VIII Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujo ponto de destaque foi a participação de entidades com representação popular nos fóruns de debate. Neste momento, sugere-se um programa de saúde bucal universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, gerido na esfera municipal com a participação da sociedade. Nesse esteio, a saúde bucal consegue espaço representativo e passa a discutir modos de incluir-se num plano maior das políticas públicas de saúde.

Em relação à evolução dos modelos de atenção em saúde bucal, a partir da consolidação do SUS, houve a necessidade de uma maior politização das ações em saúde bucal, incluindo a participação dos usuários nas discussões sobre os serviços oferecidos. Assim, no bojo das discussões, ganha espaço a proposta da saúde bucal coletiva que, pela primeira vez, supera a lógica da panacéia sespiana<sup>10</sup>. Nesta perspectiva, as idéias difundidas por essa proposta opõem-se ao predomínio de uma lógica de mercado, buscando organicidade ao SUS.

Contudo, Roncalli<sup>12</sup> faz uma consideração importante acerca da proposta da saúde bucal coletiva “O fato é que, não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje, por alguns autores, como o modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida, como tinha o modelo escolar sespiano”.

O autor ressalta que várias experiências estão em curso no país, mas de maneira geral, devido à pouca tradição na organização dos serviços em saúde bucal, muitos municípios têm trabalhado de forma, ainda, empírica. Destaca, ainda, algumas experiências locais, realizadas a partir dos anos noventa, que

estão servindo de referência nacional como: Diadema e Santos, em São Paulo; Curitiba, no Paraná; Betim, Belo Horizonte e Ipatinga, em Minas Gerais<sup>12</sup>.

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa de Saúde da Família (PSF), com o propósito de superação do modelo de assistência à saúde tradicional, objetivando a reorganização da prática em saúde na atenção básica<sup>13</sup>. O documento citado sinaliza para uma mudança no foco da atenção, que passa a ser a família, assistida no seu espaço social – área adscrita – com suas singularidades. Propõe, ainda, um redirecionamento no processo de trabalho, que deve ser construído baseado na interação com uma equipe multiprofissional, visando práticas mais resolutivas e integrais, dentro da perspectiva da vigilância à saúde. Sinaliza, também, para a recondução da lógica assistencial que deve superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando, para tanto, o uso da epidemiologia, como eixo estruturante das ações coletivas.

Em relação à proposta ministerial, Franco e Merhy<sup>14</sup> tecem uma série de considerações sobre os limites e possibilidades acerca da mudança no processo de trabalho desenvolvido no PSF. Para os autores, o modelo de vigilância à saúde, que matrícia o programa, restringiu as potencialidades de ruptura com as práticas médico-centradas, uma vez que não contemplou novas tecnologias e engessou o programa em bases, puramente, epidemiológicas. Nesse sentido, sintetizam, considerando que “[...] o binômio epidemiologia/vigilância à saúde é importante na estruturação dos serviços de saúde, mas não é suficiente e em muitos casos não é o centro das intervenções. Há muitas situações nas quais a clínica aparece como o campo de conhecimento competente para atender certas necessidades de assistência, com seu método próprio de intervenção sobre o corpo, singular por excelência. Além disso, a complexidade do mundo das necessidades de saúde é tal que muitos outros saberes, além da epidemiologia e da clínica, devem ser chamados”<sup>14</sup>.

A Portaria de nº 1886/GM, Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, de 18 de dezembro de 1997<sup>13</sup>, orienta que as unidades básicas de saúde devem atuar com equipe multiprofissional composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, como forma de reorganização da atenção básica, a partir da operacionalização dos princípios do SUS. Sustenta, ainda, que cada equipe de profissionais do PSF pode ser responsável, na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, onde residam, no máximo, 1000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.

Sobre o proposto acima, Franco e Merhy<sup>14</sup> suscitam para um novo debate, pois, para eles, o PSF emparelha diferentes profissionais numa mesma unidade de saúde, mas não cria dispositivos que permitam a mudança no agir/fazer nas práticas cotidianas dos trabalhadores. Os autores argumentam que, somente a partir da micropolítica, ou seja, na mudança nos e a partir dos sujeitos, é possível desencadear processo de superação das práticas, historicamente, estabelecidas e cristalizadas no imaginário de trabalhadores e usuários.

No primeiro momento, a saúde bucal não foi inserida no PSF, o que, em nosso entendimento, aparece como uma contradição à proposta, pois preconizou desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção<sup>13</sup> e, por sua vez, não incluiu ações referentes à saúde bucal, como se fosse uma questão à parte.

Nesse contexto, a divulgação de uma pesquisa sobre Acesso e Utilização de Serviço de Saúde, segundo o estudo feito pelo IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, revelou que cerca de um quinto da população brasileira (18,7%) nunca tinha ido ao dentista, sendo que, nas áreas rurais, esse número subia para 32% da população. Diante desse quadro, tornou-se incontestável a urgência de inclusão da equipe de saúde bucal, no PSF.

Finalmente, em 28 de dezembro de 2000, é sancionada a Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000<sup>15</sup>, na qual o MS estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção em saúde bucal, prestada nos municípios, por meio do PSF. O Artigo 2º, desta Portaria, destaca que “o trabalho das equipes de saúde bucal no PSF estará voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial”.

No ano seguinte, a Portaria nº 267, de 6 de março de 2001, regulamentou a Portaria 1.444 e descreveu as bases para reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica<sup>16</sup>: “ 1. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde; 2. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde; 3. integralidade da assistência prestada à população adscrita; 4. articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde; 5. definição da família como núcleo central de abordagem; 6. humanização do atendimento; 7. abordagem multiprofissional; 8. estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; 9. educação permanente dos profissionais; 10. acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas”.

No entanto, diferente dos outros trabalhadores de saúde, que, no PSF, trabalham em uma área de adscrição específica, a equipe de saúde bucal, segundo a Portaria citada, deve exercer suas atividades em duas equipes distintas, ou seja, “para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deverão estar implantadas duas equipes de saúde da família”<sup>15</sup>. Esta prescrição tornou-se um dilema na organização das práticas nas equipes de saúde bucal, uma vez que dificultou a vinculação territorial com a comunidade e com a própria equipe de trabalho, diminuindo, também, sua capacidade de resolver os problemas apresentados.

Somente dois anos e meio depois, o MS reedita uma nova Portaria, revendo a relação das equipes de saúde bucal e o PSF. A Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, estabelece que o número de equipes de saúde bucal implantadas pode ser o mesmo das equipes de PSF<sup>17</sup>, porém não inclui o dentista na equipe mínima do programa. Portanto, a inserção ou não do profissional fica a cargo da disposição dos gestores municipais, inclusive a questão da proporcionalidade entre as equipes de PSF e as equipes de saúde bucal.

Contudo, desde a inserção das equipes de saúde bucal no PSF, tem havido expansão no número de equipes em todo o país, sendo que, em 2004, foram implantadas 7.131 equipes, que atendiam cerca de 39 milhões de pessoas<sup>18</sup>. Portanto, ainda que possamos questionar a prática exercida e a relação entre o número de equipes de saúde bucal e equipes de PSF, é notório o reconhecimento de que essa expansão tem resultado em maior acesso da população aos serviços de saúde bucal, muito embora não signifique superação da prática procedimento-centrada.

Nesse sentido, Zanetti<sup>19</sup> sintetiza a discussão levantada, apontando que, se por um lado, a inclusão do dentista, no PSF, pode gerar novas soluções e avanços no bem estar em saúde bucal da população, por outro, “pode carrear elementos já esgotados do ‘velho’, os quais, travestidos de ‘novos’, sob o manto da Saúde da Família, acabarão por modificar as possibilidades objetivas de superação das situações presentes”. Complementando a discussão, Roncalli<sup>12</sup> escreve: “O que deve ser destacado, a partir do que foi discutido até aqui, é que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da Odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório. É importante que as experiências de introdução da saúde bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do CD, mas que produzam um ganho no sentido do reordenamento da prática odontológica, de uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais”.

Isso porque, nos últimos anos, os avanços produzidos pela ciência proporcionaram à odontologia brasileira instrumentos capazes de controlar as principais morbidades bucais, como a cárie e a doença periodontal. No entanto, o quadro epidemiológico nacional não tem apresentado mudanças significativas, permanecendo o país com elevado índice de perda dental<sup>9,12</sup>.

A assertiva acima é atestada pelos dados do SB Brasil 2003<sup>20</sup>, mostrando que, com exceção da idade padrão de 12 anos, a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o índice de dentes perdidos, cariados e obturados (CPOD), era menor que 3,0 e a média nacional ficou em 2,78, sendo que, nas regiões norte e nordeste, esse índice ainda se encontra acima, respectivamente em 3,13 e 3,19. Todas as demais metas, para as outras faixas etárias, ficaram aquém do preconizado pela OMS. A tabela, abaixo, retrata o que estamos contextualizando.

Esses dados são um retrato das necessidades por atenção à saúde bucal, bem como da restrição de suas ações na faixa etária dos escolares. Nesse sentido, Silveira Filho<sup>21</sup> faz um importante questionamento “Será que ainda nos cabe o entendimento de que os cidadãos que já sofreram as mazelas das patologias bucais devem ser excluídos da nossa prioridade assistencial (‘geração perdida’)? Será que devemos realmente incluir nas nossas prioridades apenas aquelas crianças que, por não terem tido nenhuma experiência anterior de cárie, terão a possibilidade de serem adultos saudáveis (‘geração saudável’)?”.

Rompendo com essa histórica exclusão por faixas etárias, o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>22</sup> contempla uma nova perspectiva para a organização das ações em saúde bucal, apontando, em destaque, para “a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o

acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a *integralidade da ação*". Nesse ínterim, toma-se, como grande desafio, a integralidade da atenção em saúde bucal, ou seja, a incorporação dos dispositivos relacionais, das tecnologias leves na produção do cuidado.

**Tabela 1** – Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil.

Idade		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
5 a 6 anos	Brasil 2003	35,04%	34,92%	44,92%	43,35%	41,73%	40,62%
	Meta OMS 2000	50% livres de cárie (ceo-d=0)					
12 anos	Brasil 2003	3,13	3,19	2,30	2,31	3,16	2,78
	Meta OMS 2000	CPO-D menor que 3,0					
18 anos	Brasil 2003	39,13%	45,07%	66,53%	66,55%	65,74%	55,09%
	Meta OMS 2000	80% com P=0 (todos os dentes presentes na boca)					
35 a 44 anos	Brasil 2003	46,34%	49,97%	62,35%	55,13%	58,36%	53,96%
	Meta OMS 2000	75% com 20 ou mais dentes presentes na boca					
65 a 74 anos	Brasil 2003	8,58%	11,07%	9,32%	10,41%	11,22%	10,23%
	Meta OMS 2000	50% com 20 ou mais dentes presentes na boca					

Fonte: Brasil, 2004<sup>20</sup>.

Segundo o documento citado, os princípios norteadores das ações e processo de trabalho em saúde bucal versam pela organização, a partir dos princípios expressos na Carta Magna (universalidade, integralidade e equidade). Para tanto, propõe "para o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal os seguintes princípios: (a) Gestão Participativa; (b) Ética; (c) Acesso; (d) Acolhimento; (e) Vínculo; (f) Responsabilidade Profissional. Apresenta o entendimento que a adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção proposto requer: (a) interdisciplinaridade e multidisciplinaridade; (b) Integralidade da Atenção; (c) Intersetorialidade; (d) Ampliação e Qualificação da Assistência; (e) Condições de Trabalho; (f) Parâmetros"<sup>22</sup>.

O documento, em questão, abarca conceitos em sintonia com o SUS, congregando uma série de dispositivos, potencialmente, capazes de deflagrar uma nova organização nas práticas em saúde bucal. Neste sentido, percebe-se uma abordagem pautada na linha do cuidado que, por sua vez, inscreve-se na atenção humanizada e construção de projetos terapêuticos horizontais. A linha de cuidado congrega, como objetivo, a construção da saúde bucal, a partir de uma lógica usuário-centrada, pois fortalece as relações, possibilitando que os encontros entre trabalhadores de saúde e os usuários dêem-se a partir do acolhimento. O recorte, abaixo, sintetiza essa perspectiva "[...] 'as linhas de cuidado' (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar [...] Onde o usuário, através de um

acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas<sup>22</sup>.

A referência ao documento acima representa uma ampliação na percepção do cuidado, podendo servir, de fato, para nortear ações e projetos, nos distintos espaços dos municípios brasileiros, por aglutinar conhecimentos sociológicos, psicanalíticos e da análise institucional, sem perder a especificidade da prática em saúde bucal. Com isso, estando inserida no PSF e direcionando suas ações para as diretrizes do SUS, a prática, em saúde bucal, poderá adquirir novas possibilidades e reverter o atual limite no acesso, na resolutividade e na integralidade. E como acredita Zanetti<sup>19</sup>, a saúde bucal poderá alcançar um novo patamar de qualidade, criando uma nova síntese, capaz de transcender as ações pontuais, avançando para uma ampla rede básica de saúde bucal no SUS.

Inserindo aspectos mais recentes, deflagra-se uma conjuntura política favorável à ampliação e inserção das equipes de saúde bucal no âmbito da saúde coletiva. Nessa direção, em 17 de março de 2004, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente<sup>23</sup>, com o objetivo de ampliar e melhorar as condições de saúde bucal dos brasileiros, tornando-se um marco, já que é o primeiro grande projeto, de cunho nacional, a abordar a saúde bucal como política de governo. Essa iniciativa tem mobilizado os diversos gestores (municipais e estaduais) a construírem, também, políticas locais, respaldando-se na integralidade da atenção e no cuidado.

O Brasil Sorridente tem as seguintes como metas: a implantação de Centro de Especialidades Odontológicas em todos os estados brasileiros, realizando procedimentos de média complexidade como tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, prótese, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos; distribuição de insumos para as equipes do PSF, para a realização de procedimentos clínicos e preventivos; apoio às empresas de saneamento para fluoretação das águas de abastecimento; aumento da resolutividade na atenção básica; aumento dos incentivos para as equipes de saúde bucal do PSF; levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira; geração de cerca de 25 mil empregos diretos entre os profissionais de nível superior e médio, na área de saúde bucal<sup>23</sup>.

Finalmente, compreende-se que existem ferramentas disponíveis para a implantação de modelos de atenção à saúde bucal, tendo, como matriz, a integralidade. Portanto, há a necessidade de projetos locais que concentrem as diversas abordagens teóricas e reconstruam um modo de planejar, agir e cuidar, a partir de necessidades que se apresentam no cotidiano das práticas. Por isso, está posto: a integralidade é o novo desafio para as equipes de saúde bucal.

## Conclusão

No Brasil, a maioria das universidades era, e muitas delas ainda são, alheias as reais necessidades da população e reproduzem, em salas de aula, laboratórios e ambulatórios, realidades das quais o país se encontra distante<sup>24</sup>.

Tal atitude compromete o processo de aprendizagem e corrobora para as elevadas taxas de incidência e prevalência das doenças bucais que poderiam estar superadas. Contudo, percebem-se alguns sinais de mudanças: 1º - o mercado liberal encontra-se saturado e muitos profissionais têm migrado para o setor público, ainda que por necessidade. Tal fato tem contribuído para o aumento na oferta de serviços odontológicos na população, antes desassistida; 2º - as disciplinas de saúde coletiva (com suas diferentes denominações) têm inserido discussões sobre o SUS e organização do serviço de saúde bucal, inclusive com práticas e estágios dentro da rede assistencial (PSF, CEO, CMS, hospitais, entre outros), estimulando o contato do aluno com as necessidades reais e possibilitando novas composições pedagógicas e 3º - a divulgação na mídia e o contato com outros dentistas que atuam, principalmente no PSF, têm levado os alunos a cobrarem dos docentes discussões sobre o novo mercado de trabalho.

Rodrigues e Assis<sup>25</sup> resumem essas mudanças dizendo que “deve-se trabalhar no sentido de construir uma consciência sanitária, para o exercício da cidadania que permita aos usuários e profissionais, o conhecimento dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação, onde a integralidade seja percebida como um direito a ser conquistado”.

## Colaboradores

Adriano Maia dos Santos (UFBA) e Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues (UESB) orientaram e participaram da redação do artigo. Claudia Leal Sampaio Suzuki, Débora Cristiane de Magalhães, Paulo de Tarso Jambeiro Brandão, Ranilze Lopes Batista e Thiago Carôso Fróes (discentes – UEFS) pesquisaram e participaram da redação do artigo.

Texto premiado no I Simpósio de Saúde Pública da Região Sudoeste, realizado no período de 04 a 06 de maio de 2006, no Auditório Wally Salomão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié.

## Referências Bibliográficas

1. Zanetti CHG. A formação do cirurgião-dentista. In: Dias AA, organizador. *Saúde Bucal Coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Editora Santos; 2006. p. 21-41.

2. Marcondes D. A crise de paradigmas e o surgimento da Modernidade. In: Brandão Z, organizadora. *A crise dos paradigmas e a educação*. São Paulo: Cortez; 2001. p.14-29
3. Resolução CNE/CES 3/2002. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia*. Diário Oficial da União 2002; 4 mar.
4. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas – BA. *Rev C S Col* 2006; 11:53-61.
5. Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev Abeno* 2003; 3:24-7.
6. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco; 2005. p.14-35.
7. Birk C. Educação e mudança. *Rev Educação* 2003; 11: 63-70.
8. Silva Junior AG. *O SUS e a renovação das práticas de saúde. Experiências Inovadoras no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
9. Pinto VG. *A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000*. São Paulo: Editora Santos; 1993.
10. 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.
11. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.
12. Roncalli AG. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese]*. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.
13. Portaria nº 1886/GM. *Normas e Diretrizes do Programa de ACS e do PSF*. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF; 1997.
14. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, EE, Magalhães Júnior HM, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
15. Portaria 1.444. *Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família*. Diário Oficial União 2000; 29 Dez.

16. Portaria nº 267/GM. *Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial União 2001; 7 Mar.
17. Portaria nº 673/GM. *Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do programa de saúde da família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB*. Diário Oficial União 2003; 4 jun.
18. Brasil. PSF sobe os morros do Rio. *Rev CONASEMS*. Brasília: Ministério da Saúde 2004.
19. Zanetti CHG. *Opinião: a inclusão da Saúde Bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanço no SUS*. <http://saudebucalcoletiva.unb.br>. (Acessado em 09/Dez/2002).
20. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Silveira Filho AD. *A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática*. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
22. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. *Brasil Sorridente*. Brasília: Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br> (Acessado em 14/Nov/2004).
24. Garbin CAS, Saliba NA, Moimaz SAS, Santos KT. O papel das universidades na formação de profissionais de saúde. *Rev Abeno* 2006; 6:6-10.
25. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2005; 29:273-85.

---

**Endereço para correspondência**  
Travessa Miguel Oleiro, 02 - Joaquim Romão  
Jequié – Bahia - Brasil  
CEP: 45201-130

Recebido em 30/10/2006  
Revisão em 01/12/2006  
Aprovado em 10/12/2006