

**Edison Martins da Silveira**

**Critérios de inserção dos Cirurgiões-Dentistas no  
Programa Paidéia de Saúde da Família do Município de  
Campinas - SP**

Campinas - SP, Fevereiro de 2004.



1290004279

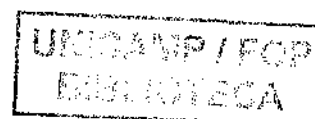
TCE/UNICAMP  
S139c  
FOP

**Edison Martins da Silveira**

**Crêterios de inser o dos Cirurgiões-Dentistas no  
Programa Paidéia de Saúde da Família do Município de  
Campinas - SP**

Monografia apresentada como trabalho de  
conclusão do Curso de Especializa o em  
Saúde Coletiva da Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba da  
Universidade Estadual de Campinas  
orientado pelo Prof Dr Marcelo de Castro  
Meneghim

Campinas - SP, Fevereiro de 2004.



## **Resumo**

A partir da implementação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993, percebe-se que cada município vem implementando o seu PSF, e incluindo a odontologia de várias formas, no que se refere à organização do trabalho da odontologia e jornada de trabalho do Cirurgião-Dentista.

O município de Campinas-SP propõe em 2001 o Projeto Paidéia de Saúde da Família, incluindo a odontologia e o CD em equipes multiprofissionais denominadas Equipes Locais de Referência (ELR).

Este trabalho apresenta as diretrizes do Projeto Paidéia e alguns pressupostos para a inclusão da saúde bucal e em particular do Cirurgião-Dentista neste projeto. São comparados então os critérios estabelecidos para a inserção da Saúde Bucal no Projeto Saúde da Família do Ministério da Saúde com os estabelecidos no Projeto Paidéia de Saúde da Família de Campinas.

A participação do Cirurgião-Dentista no PSF ainda é muito recente, mas já se observa dificuldades de inserção, tendo em vista a sua formação universitária que não aborda questões da realidade sócio-econômico-cultural em que vivemos, exigindo que o CD repense sua atuação profissional tanto na assistência odontológica quanto na promoção da saúde bucal. O foco da atenção destes projetos não é mais apenas o indivíduo, mas também as suas famílias, com toda complexidade, social, cultural e econômica.

Propomos contribuir na discussão de critérios de inserção do CD para o trabalho com as famílias, integrado em um trabalho de equipe multiprofissional, um trabalho desafiador para o Cirurgião-Dentista, que precisa então refletir sobre uma nova lógica de produção de saúde.

## **Sumário**

Introdução	1
Breve História dos Modelos Assistenciais na Saúde	5
Programa Saúde da Família: a inserção da Saúde Bucal	9
O Projeto Paidéia de Saúde da Família	15
O Projeto Paidéia : a inserção da Saúde Bucal	21
A inserção dos Cirurgiões-Dentistas nas Unidades de Saúde do Distrito Norte	23
Comparando os critérios de inserção do Ministério da Saúde com o Paidéia	31
Conclusões	32
Referências Bibliográficas	33
Anexo	35

## **Crêterios de Inser o dos Cirurgiões-Dentistas no Programa Paidéia de Saúde da Família no município de Campinas -SP**

### **Proposta**

Este trabalho propõe apresentar os cr terios de inclusão do Cirurgião-Dentista no Programa Paidéia de Saúde da Família do Município de Campinas - São Paulo, comparando-os com os cr terios do Programa de Saúde da Família estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

### **Introdu o**

A partir da implementa o do Programa Saúde da Família (PSF), em 1993 e com a inclusão da Odontologia neste programa através da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, os municípios vem inserindo a Saúde Bucal e em particular o Cirurgião-Dentista (CD), em seus programas de saúde da família , tendo como referenciais os cr terios propostos no programa saúde da família do Ministério da Saúde. O município de Campinas - SP a partir desta inser o propõe uma amplia o do PSF e insere a equipe de saúde bucal num projeto denominado Projeto Paidéia de Saúde da Família.

Alguns municípios se adiantaram na inclusão da saúde bucal em seus programas de saúde da família, como por exemplo, o município de Camaragibe - PE , que foi um dos três primeiros a implantar o PSF. J  em 1998 neste município foram montadas equipes compostas por um Enfermeiro, um Médico, um Cirurgião-Dentista, um Auxiliar de Enfermagem, um Técnico de Higiene Dental, um Auxiliar de Consultório Dentário, um Auxiliar de Serviços e sete Agentes Comunitários de Saúde.

NARVAI, 1999 afirma em jornal do CFO que “as características de cada experiência concreta de implantação e desenvolvimento de diferentes PSF em variados contextos municipais vêm produzindo um consenso entre os dirigentes do setor saúde: incorporar a saúde bucal no PSF não significa, necessariamente, incluir o Cirurgião-Dentista (CD) na equipe mínima, composta de médico, enfermagem etc, mas exige articular o trabalho desses profissionais a uma equipe de saúde...”. Outra questão percebida nos vários PSFs, são as variações quanto ao vínculo empregatício dos profissionais, que vão desde servidores públicos concursados estáveis até contratos de trabalho estabelecidos através das Organizações não Governamentais (ONGs). O processo de capacitação dos profissionais também tem variado em cada município. Estas variações com relação ao contrato de trabalho e capacitação dos profissionais podem por em risco a sustentação e viabilização da estratégia do programa saúde da família.

COSTA *et. al.*, 1998 analisaram a performance dos programas PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que contemplam ações de saúde bucal em oito municípios brasileiros. As conclusões desta avaliação foram que apesar destes programas serem estratégias importantes na transformação do sistema de atenção à saúde, apresentam deficiências referentes à capacitação e treinamento dos recursos humanos envolvidos, falta de envolvimento da comunidade e avaliação efetiva das ações desenvolvidas. Desta forma, reforçam a necessidade da revisão desses aspectos, para então ocorrer à promoção da saúde do usuário.

MOREIRA, 1999 ressalta que o CD somente deve ser incorporado à equipe de Saúde da Família após treinamento e este deve proporcionar ao profissional a compreensão da política de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde, estimular a desmonopolização dos saberes da saúde bucal para o restante da equipe e capacitar o desenvolvimento de atividades em grupo, tais como de educação em saúde.

CHAVES,1986 afirma que o sucesso de um programa destinado a elevar o nível de saúde bucal, por melhor que seja o seu planejamento, por mais eficientes que sejam os métodos propostos, por mais favorável que seja a definição dos seus objetivos, depende fundamentalmente de recursos humanos adequadamente preparados. Quando se fala em preparação adequada, deve-se ter em mente não apenas a utilização do profissional de saúde bucal para a solução de problemas imediatos, mas também a sua capacitação para sentir e gradualmente ajustar o seu comportamento às modificações de natureza tecnológica, sócio-econômica e cultural, cuja interação obriga a uma constante revisão do papel a ser desempenhado pela Odontologia como instituição social.

A Odontologia, que se originou como curso anexo ao da Medicina, em 1879, incorporou a sua formação todos os critérios adotados na institucionalização médica e somente no século XX (1933) que a profissão tomou-se independente, organizada e regulada, segundo normas próprias. O controle médico sobre a formação profissional do CD, nesse período, sustentou a supremacia médica e delimitou o conhecimento das demais profissões afins como profissões complementares, mas não prioritárias. No decorrer da história, sem bases próprias, a formação acadêmica do CD não aborda o paciente numa visão holística e nem o percebe como fruto do meio em que vive. Após a colação de grau, os novos profissionais deparam-se chocados com a realidade do dia-a-dia e percebem a falta ou a insuficiência de referências da realidade sócio-econômico-cultural em que vivemos, pois estas não passam pelos livros didáticos e acabam oferecendo um serviço onde existe uma acentuada preocupação com a sofisticação, tecnologia de ponta e outros recursos inatingíveis para a maioria.

A saúde da população é um campo interdisciplinar e multiprofissional. As análises do processo saúde-doença, pela sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca. Observa-se no PSF, apesar do discurso progressista, que o mesmo baseia-se no modelo biomédico, e muito mais que isso, concede ao

médico a apropriação do trabalho em saúde, com o aval de toda a sociedade que aceita a supremacia médica, devido à legitimação da superioridade do saber médico. Conhecendo e compreendendo a origem do processo que outorgou a Medicina como verdadeira ciência da saúde e dos médicos como seus legítimos representantes, não há dificuldade de se concluir o porquê do programa saúde da família proposto pelo Ministério da Saúde, privilegiar o médico e suas ações.

Com relação à formação dos CDs há portanto a necessidade de modificação no ensino, que dá ênfase à tecnologia de equipamentos, às ações centralizadas e altamente especializadas. O tratamento odontológico sempre se baseará em alguma forma de intervenção, porém não é necessário que seja excessivamente fragmentária, como tem acontecido atualmente na assistência odontológica.

O Programa Saúde da Família deve ter como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença, devendo dar condições para que médicos, Cirurgiões-Dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas.

Cabe também ressaltar que a inserção do CD na equipe PSF está relacionada com a postura coadjuvante do CD na hierarquização da organização do trabalho, postura esta concedida pelo próprio CD e pela sociedade.



## **Breve História dos Modelos Assistenciais na Saúde**

O conceito de Modelo Assistencial aqui apresentado é o que é defendido por alguns autores, como os modos de se produzir atenção à saúde ou da produção de saúde através de arranjos institucionais dos serviços de saúde. Estas maneiras de se produzir saúde não são neutras, pelo contrário, tem um componente político importante; envolve uma composição entre saberes tecnológicos, conceitos de saúde e doença e seus determinantes, que se interagem com as relações de trabalho, expressando-se como projeto político. Assim, a produção de saúde será consequência da disputa política entre os grupos hegemônicos que detêm o poder (indústria de equipamentos médico-hospitalares, indústria farmacêutica, os governos neoliberais, interesses corporativos ou pessoais) e os movimentos feitos por grupos anti-hegemônicos da sociedade (movimento sanitário progressista, movimento de usuários, sindicatos de trabalhadores, movimentos populares de saúde, etc), afirma MARDEM em 2001.

De outro lado, além desta macro-política, processos micro-políticos, ou seja, a conformação dos processos de trabalho no dia a dia e os “ruídos” produzidos pelos trabalhadores e usuários não organizados, têm um peso importante para se criar as políticas de saúde, de tal modo que o resultado final se dá pela composição desses diversos interesses.

A partir da década de 60, vários modelos foram propostos para produzir-se atenção à saúde, todos eles se organizaram a partir de formulações racionalizadoras, à busca de fórmulas de se ofertar cestas básicas de serviços estatais aos mais pobres, enquanto que uma outra camada da população recebe subsídios governamentais para utilizarem-se dos serviços privados, muitas vezes financiados a fundo perdido por recursos públicos. Agências Internacionais de origem Norte Americana formularam projetos para o desenvolvimento e modernização para as nações latino-americanas. Na saúde traduziu-se em 1965

em um modelo que se denominou “Programação em Saúde”: aplicando noções de economia, através de planejamento normativo, técnicos adequavam recursos escassos aos problemas prioritários da saúde por eles definidos. Utiliza-se da Atenção Primária à Saúde como principal instrumento para aumentar as coberturas populacionais com ações básicas de saúde. Tem como base formulações de Universidades Americanas, que criticam o modelo médico tradicional e a sua excessiva especialização, que fragmenta o doente e desconhece a concepção globalizadora de sujeito. Propõe, fundamentalmente, uma separação entre Saúde Pública (a cargo do Estado) e a Atenção Médica, na sua essência privada ou como ato de caridade de Instituições Assistenciais.

Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina teve um desenvolvimento excepcional e, nos países de primeiro mundo, desenvolve-se uma crença na capacidade de procedimentos médicos resolverem os principais problemas de saúde. Associado a isto, os recursos utilizados na indústria bélica até 1945, são desviados para financiar a indústria de medicamentos e de equipamentos, que crescem de maneira fantástica. Estas indústrias passam a ter papel importante no incentivo a criação de modelos que permitissem o consumo de seus produtos. No Brasil, um país com poucos recursos, a saúde pública fica com uma missão mais ligada à higienização do meio e a iniciativa privada, financiada com recursos públicos, fica com a produção de atos médicos, centrados em procedimentos, especializações médicas e no hospital.

Nos anos 70, o capitalismo mundial entra em crise e começam a se questionar, nos países do terceiro mundo e mesmo nos EUA e Europa, o custo da assistência médica e a sua capacidade de produzir saúde, de tal modo que naquele momento a ênfase política é para conter os custos crescentes da assistência médica.

Nos países do 3º mundo, dentre eles o Brasil, surgem movimentos conhecidos como Medicina Comunitária, Medicina Integral, Medicina Preventiva, que se

propunham superar a fragmentação da assistência médica através de uma atenção holística, valorizando o indivíduo como ser bio-psíquico-social. O modelo deveria, portanto, superar a separação entre ações de saúde pública e de assistência médica e entre abordagem social e coletiva da assistência à saúde. Estrutura-se a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando as ações coletivas de promoção e proteção à saúde com referência a um determinado território. Organizam o fluxo de atenção à saúde de forma hierarquizada (atenção primária, secundária e terciária). Propõe uma revisão da tecnologia utilizada na assistência médica, a inclusão de práticas alternativas, inclusive populares e a inclusão de outros profissionais, não médicos, na função assistencial e integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço.

Nos anos 80, no rastro das proposições de Alma Ata, surgem outros modelos: Sistemas Locais de Saúde (Silos), Cidades Saudáveis, Ações Programáticas em Saúde, etc. Todos partem da necessidade de racionalização de custos e do princípio que a Epidemiologia, a Educação em Saúde e a prevenção são potentes para mudar as condições de saúde de uma população. Nestas concepções, o papel da clínica é secundarizado.

No início dos anos 90, surge em Campinas - SP, o modelo "Em Defesa da Vida" cuja maior expressão é laboratório LAPA – da UNICAMP coordenado pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos. Segundo os formuladores desta proposta, é necessário dar ao conceito de necessidade em saúde uma forte dimensão política. Os serviços de saúde devem ser organizados para orientar suas intervenções, não apenas a partir das necessidades tecnicamente identificadas pelos saberes epidemiológicos, mas também pelos saberes clínicos e pelas necessidades reais das pessoas, da consciência sanitária de cada usuário ou de cada coletividade e do reconhecimento das subjetividades que existem, não somente nas representações da doença por parte dos usuários, como na própria

dimensão relacional que existe entre estes e os trabalhadores de saúde. Campos questiona a noção de hierarquização e regionalização, em função da rigidez que elas vieram imprimir ao modelo, desconsiderando-se as necessidades e os interesses dos usuários. Para ele os serviços de saúde são burocratizados, pouco eficientes e não trazem satisfação nem para os usuários e nem para os trabalhadores. Para o LAPA, a superação destes problemas dar-se-ia através da implementação dos conceitos de vínculo, responsabilização e acesso, considerados chaves para a implementação do modelo. Estes conceitos aliados a outros serão os pilares da elaboração do Modelo Paidéia de Saúde da Família que citaremos adiante.

Ainda em 1991, também à busca de novos modelos, Niterói-RJ, pequenas cidades no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e no Ceará, implantam um modelo baseado em Agentes de Saúde e em Médicos Generalistas, inspirados no modelo Cubano. Vale lembrar que em Campinas, já no início dos anos 80, sob a gestão do Dr. Sebastião de Moraes, se organizavam Postos de Saúde com área e população adscrita, "Médicos Generalistas" e Agentes de Saúde.

## **Programa Saúde da Família: a inserção da Saúde Bucal**

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de proporcionar uma estratégia de saúde pública que promova a qualidade de vida dos usuários, implantou o Programa Saúde da Família.

Segundo as diretrizes do programa, a equipe de Saúde da Família deve estar preparada para o conhecimento da realidade das famílias pelas quais é responsável; a identificação dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco as quais a população está exposta; a elaboração de um plano com a participação da comunidade para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; a prestação da assistência integral e o desenvolvimento de ações educativas (Ministério da Saúde – Programa Saúde da Família, 2000).

A análise do significado da família é importante para compreensão dos movimentos sociais e da participação política. A família é muito valorizada nas classes populares, é resultado do modo como os trabalhadores vivem sua condição de classe, com seus desejos, projetos e limites, e não produto da imposição de valores próprios de outras categorias e classes sociais (DURHAM, 1980). Apesar de valorizadas pelos trabalhadores, suas famílias vem sofrendo intenso processo de desgaste. A vulnerabilidade das famílias se encontra diretamente associada à situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda do país. Desta maneira, tomam-se incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isto necessitam atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania. (VASCONCELOS, 1999).

O ponto de partida para o trabalho com famílias é a compreensão, por parte do técnico, do próprio modelo de organização familiar, com crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na sua vida em família (SZYMANSKI, 1994).

Segundo a coordenação dos programas, os profissionais da equipe de Saúde da Família necessitam apresentar uma série de características para integrar-se ao PSF, entretanto a característica mais marcante está relacionada à ordem social. O médico de família necessariamente precisa empregar uma nova abordagem em relação aos pacientes, que não é resultado de sua formação acadêmica, pois ele vivencia situações novas enquanto trabalha, enquanto gerencia o seu próprio trabalho (MOREIRA, 1999). “Na verdade, o contexto de saúde foi modificado, está mais amplo, não centraliza-se em ações pertinentes aos aspectos biológicos, são abordadas outras questões: culturais, psicológicas, sociais e econômicas. A interface que compõem as vivências e as formações de diversos níveis tomam-se riquíssimas na construção das questões do coletivo, na sistematização e na gerência das ações. Ocorre uma troca contínua a todo momento.” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998).

### **A inserção da Saúde Bucal**

Com relação à Saúde Bucal, a inclusão da odontologia no PSF está em plena fase de implantação. Em meados de julho de 2000, ocorreu a divulgação da pesquisa sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, causando repercussão na sociedade brasileira, que segundo o estudo feito pelo IBGE junto com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1998, cerca de 29,6 milhões de brasileiros, ou seja, 19,5% da população, nunca foram ao dentista. Nas áreas rurais esse índice chegou a 32%. Constatou-se ainda que, entre a população que ganha até um salário mínimo, 36,5% ou cerca de 5,5 milhões de brasileiros, nunca receberam atendimento odontológico. Um percentual nove vezes maior do que os 4,07% registrados entre os que ganham acima de 20 salários mínimos (PINTO, 2000). O Ministério da Saúde preocupado com esta realidade promoveu, a partir de outubro de 2000, a inclusão do Cirurgião-Dentista no PSF. Embora já existissem ações educativas na área de saúde bucal, realizadas por agentes

comunitários de saúde, que forneciam orientações de escovação e higienização, além da incorporação de Cirurgiões-Dentistas por parte de alguns municípios, o Ministério da Saúde resolveu expandir o trabalho da Odontologia, articulando ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras (Ministério da Saúde, 2001). O programa apresenta dois tipos de modalidades: a primeira, Modalidade I, prevê o suporte de um Cirurgião-Dentista (CD) e uma Atendente de Consultório Dentário (ACD) para as equipes de saúde da família, já a modalidade II inclui um técnico de Higiene Bucal (THD) à equipe de saúde bucal. A Portaria 267/GM, de 06 de março de 2001, além de regulamentar a Portaria 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000, estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Com relação a inserção da saúde bucal e dos profissionais no programa a Portaria apresenta os seguintes pontos:

### **C) Bases para reorientação das ações de Saúde Bucal**

A inclusão das ações de saúde bucal na estratégia de saúde da família deverá expressar os princípios e diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais:

- I. caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde;
- II. adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde;
- III. Integralidade da assistência prestada à população adscrita;

- IV. Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde;
- V. Definição da família como núcleo central de abordagem;
- VI. Humanização do atendimento;
- VII. Abordagem multiprofissional;
- VIII. Estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;
- IX. Educação permanente dos profissionais;
- X. Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

#### **D) Estratégias para incorporação das ações de Saúde Bucal no PSF:**

Item 2) A carga horária de trabalho dos profissionais, CD, ACD e THD deverá ser de 40 horas semanais.

#### **E) Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal no PSF**

- I. Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família.
- II. Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal.
- III. Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal.



- IV. Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência.
- V. Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal.
- VI. Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção de saúde.
- VII. Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas.
- VIII. Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.

Ainda define Atribuições específicas do Cirurgião-Dentista, do Técnico de Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário.

**(No item F) Responsabilidades Institucionais delegadas às Secretarias Municipais de Saúde :**

- I. Definir a estratégia de inclusão das ações de Saúde Bucal nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família.
- II. Garantir a infra-estrutura e os equipamentos necessários para a resolubilidade das ações de saúde bucal no PSF.
- III. Assegurar o vínculo dos profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, em regime de 40 horas semanais, por intermédio de contratação específica e ou adequação dos profissionais já existentes na rede de serviços de saúde.

- IV. Considerar o diagnóstico epidemiológico de saúde bucal para a definição de prioridades
- V. Definir fluxo de referência e contra-referência para serviços de maior complexidade ou de apoio diagnóstico, considerando o Plano Diretor de Regionalização do SUS.
- VI. Proporcionar, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, a capacitação e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal das equipes por intermédio dos Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente, das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições de ensino.
- VII. Proporcionar, em parceria com a SES a formação de pessoal auxiliar-THD e ACD, por intermédio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS ou Centros Formadores de Recursos Humanos e ou de outras instituições formadoras.
- VIII. Tornar disponíveis materiais didáticos para capacitação dos profissionais de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde.
- IX. Alimentar a base de dados do SIAB.
- X. Utilizar os dados do SIAB para planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde bucal no âmbito do PSF.

## **O Projeto Paidéia de Saúde da Família**

Em Campinas, em 2001, o Colegiado de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde propõe a implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família tendo como autoria o Dr Gastão Wagner de Souza e alguns formuladores do Modelo em “Defesa da Vida”.

Por que *Saúde Paidéia*? Segundo o autor o objetivo que justifica a existência do Sistema Único de Saúde é a produção de saúde. E a saúde é um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há portanto, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda quando a produção de saúde dependa do contexto. A cidade, ou o ambiente, ou o território saudável, somente podem ser assim classificados por referência a pessoas reais. A saúde das pessoas, portanto. Por esse motivo acrescenta-se o adjetivo Paidéia à força substantiva da saúde. Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da *Ágora*, que era uma assembleia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino: a co-gestão, o orçamento participativo, os conselhos etc. No entanto, eles sabiam também ser necessário um trabalho sobre eles mesmos para que as pessoas fossem capazes de gerir a própria vida e para isto eles imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos, uma educação para a vida; e daí a palavra Paidéia. A formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo. E fazê-lo respeitando as diferenças entre as pessoas e os grupos.

O Projeto apresenta as seguintes diretrizes:

### **1) Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a Equipe Local de Referência (ELR)**

Os Centros de Saúde estão organizados em Equipes Locais de Referência, responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio Matricial, encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação etc. O cadastramento das famílias está sendo realizado por Agentes de Saúde com apoio das equipes dos Centros de Saúde e dos Distritos.

Poderão existir dois modelos básicos de Equipe Local de Referência:

- Clássica: composta por 01 médico generalista e 01 enfermeiro, auxiliares de enfermagem e 04 agentes de saúde, com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas. A equipe de saúde bucal (Dentistas e ACDs) apoiarão pelo menos duas equipes de referência.
- Ampliada: 01 médico generalista e 01 enfermeiro, 01 pediatra e 01 gineco--obstetra, Dentistas e ACDs, auxiliares de enfermagem e 08 agentes de saúde - com cobertura de 1400 famílias ou 7.000 pessoas.

### **2) Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local.**

Para aumentar a capacidade da rede básica resolver problemas de saúde (individuais e coletivos) há que se proceder a uma reformulação do processo de trabalho nestas unidades em dois sentidos:

*Clínica Ampliada* - é a redefinição (ampliada) do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos. Considerar que o objetivo de trabalho da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. Superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Objeto ampliado da clínica: um sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer. E ainda outra ampliação: considerar não somente um paciente, mas também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos, uma classe, um agrupamento institucional) como objeto da clínica ampliada. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado. Esse tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades.

- Ampliação do objetivo: a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate a medicalização, à institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde. Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da Equipe Local de Referência e das Equipes de Apoio.
- Ampliação das ações da saúde coletiva no nível local: Com o objetivo de ampliar as ações de promoção e de prevenção foram organizados os Núcleos de Saúde Coletiva em todas as Unidades Básicas de Saúde. Funcionam em apoio às Equipes Locais de Referência. São compostos por

profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de trabalho e pelos Agentes Comunitários de Saúde. A função destes Núcleos é dupla: tanto apoio as Equipes de Referência quanto desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente, etc. Faz-se necessário uma definição mais precisa de suas atribuições, tanto levando em conta problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à Saúde em curso.

### **3) Acolhimento e Responsabilização**

São conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários. São tarefas do acolhimento: avaliar o risco e necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, ou Pronto Socorro ou Serviço de Referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que pertençam à região de cobertura da UBS.

As Unidades Básicas de Saúde devem funcionar com várias portas de entrada. O acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências (imprevistos). As Equipes de Referência devem ser responsáveis pelo atendimento de suas próprias intercorrências, apoiando-se eventualmente na Equipe de Acolhimento. O local do Acolhimento deve respeitar a privacidade,

conforme orienta o projeto, porém tem havido dificuldades com a relação ao espaço físico disponível nas unidades de saúde para se fazer o acolhimento. Foram discutidos protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto em geral. Estão trabalhando no Acolhimento, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc, contando sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira a solicitar-se a imediata avaliação conjunta do caso.

#### **4) Sistema de co-gestão**

A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ético-política fundamental. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal pré-fixada dos distintos interesses, e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema. Desta maneira foram organizados os Colegiados Gestores em todas as Unidades de Saúde do Distrito Norte, composto por vários profissionais da unidade. Este colegiado se reúne semanalmente e tem ajudado o gerente nas decisões quanto a gestão da unidade e organização de todo o processo de trabalho .

#### **Estratégia de Implantação**

O objetivo foi implantar o sistema de Equipe Local de Referência para 70% da população (porcentagem estimada de dependentes do SUS), elaborando um programa progressivo para a conversão do modelo tradicional em Equipes de Referência, a iniciar-se em regiões do município mais carentes.

Foi redefinida a política de prêmio produtividade, das Condições Adversas de Trabalho (CAT), objetivando valorizar o envolvimento das Equipes com as famílias e os resultados alcançados. Foram contratados em todo o município aproximadamente 550 Agentes Comunitários de Saúde e vários Médicos generalistas, ambos exclusivamente em turno completo de 36 horas semanais.

Foi desencadeado um amplo e progressivo processo de educação continuada, através do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS) com apoio das Universidades, dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família tomando como foco a Equipe de Referência e a de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas UBS.

Com relação aos Cirurgiões-Dentistas ocorreu uma grande capacitação dos profissionais da rede municipal através de um Módulo Temático da Saúde Bucal em parceria com a Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP – Departamento de Odontologia Preventiva e Social.



## **O Projeto Paidéia de Saúde da Família: a inserção da Saúde Bucal**

Foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde um documento denominado "A inserção do Cirurgião-Dentista na Equipe de Referência da Unidade Básica de Saúde do Projeto Paidéia de Saúde da Família", que estabeleceu algumas propostas para incorporação do CD dentro dos processos de trabalho das Equipes, delineando dessa forma, seu perfil e suas atribuições gerais e no núcleo da Saúde Bucal.

### **Propostas**

#### **Quanto à jornada de trabalho:**

- Horizontalização dos horários, de modo que o profissional esteja presente diariamente na unidade.
- Disponibilidade para o cumprimento de carga horária em diversos turnos de acordo com a necessidade do serviço, em processo negociado com a Equipe na qual está inserido e com a coordenação.

#### **Quanto ao perfil profissional:**

- Resgatar o caráter generalista do Cirurgião-Dentista na Equipe de Referência no sentido de viabilizar o vínculo efetivo com as famílias.
- Na óptica da assistência, desenvolver o perfil de Clínico Geral, de modo que a especificidade de procedimentos ou priorização de determinadas faixas etárias melhorem a resolutividade e não restrinjam o acesso.

### **Quanto às atividades e processo de trabalho:**

- Acolhimento de maneira contínua da clientela adscrita à sua Equipe de Referência, resolvendo os problemas de urgência e estabelecendo Projetos Terapêuticos Singulares para as demais necessidades.
- Definir as prioridades de Assistência Odontológica na Equipe de Referência, discutindo e propondo critérios de risco, levando em conta os aspectos específicos de Saúde Bucal, bem como condições sistêmicas sociais e ambientais.
- Participar efetivamente das reuniões das Equipes de Referências participando do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de sua responsabilidade.
- Participar das formulações e execuções dos Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos Coletivos, estimulando medidas de Prevenção e Educação em Saúde Bucal e respeitando as várias realidades locais.
- Inserir-se nos Núcleos de Saúde Coletiva das unidades, participando ativamente das ações de Promoção de Saúde, dentro da própria unidade e também nos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, casas para idosos e ONGs da área de abrangência do território sob a responsabilidade da Equipe de Referência. Em particular, as unidades escolares já cobertas pelas ações coletivas.
- Realizar ações preventivas e assistenciais também nos domicílios, desde que haja necessidade e indicação para tal conduta.
- Capacitar de maneira contínua os Agentes de Saúde e os demais integrantes de sua Equipe, sobre conteúdos específicos e de interesse em Saúde Bucal.
- Desenvolver processos de cunho intersetorial para desencadear ações de promoção de Saúde Bucal.

## **A Inserção dos Cirurgiões-Dentistas nas Unidades de Saúde do Distrito de Saúde Norte**

O Distrito de Saúde Norte tem 08 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Saúde Bucal.

A partir das Diretrizes do Projeto Paidéia e das Diretrizes da Saúde Bucal as unidades se organizaram para montagem das equipes de referência, aproveitando os profissionais já existentes e todos os Dentistas, ACDs e THDs, independentemente de suas jornadas de trabalho, foram distribuídos nas equipes de referência das UBS. O número de equipes de referência foi baseado no número total de população da área de cobertura de cada unidade e cada ELR tem sob sua responsabilidade aproximadamente 7.000 pessoas. Seguindo as propostas de Governo para a Saúde Bucal o processo de inserção do Cirurgião-Dentista no Distrito Norte se deu da seguinte forma :

### **Quanto à jornada de trabalho:**

Em todo o Distrito Norte foi ampliada jornada de trabalho de 03 dentistas de 20 horas para 36 horas/semanais. Um dos critérios para ampliação foi o desejo do profissional em trabalhar no Projeto. Os Dentistas que trabalham em 20 horas semanais também foram inseridos nas equipes no papel de apoio. Os dentistas de 36 horas cumprem jornada de forma horizontal estando no mínimo 04 dias na semana nas UBS.

No quadro abaixo apresentamos o número de Equipes de Referência e o número de Equipes de Saúde Bucal por Centro de Saúde.

#### **DISTRITO DE SAÚDE NORTE**

<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Equipes de Referência</b>	<b>Equipe de Saúde Bucal-PSF/M.Saúde</b>
<b>CS Anchieta</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>CS Aurélia</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>CS Barão Geraldo</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>CS Boa Vista</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>CS Eulina</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>CS Santa Bárbara</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>CS Santa Mônica</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>CS São Marcos</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>11</b>

#### **Quadro de Equipes de Referência e Equipes de Saúde Bucal em Janeiro/2004**

#### **Quanto às atividades e processos de trabalho:**

No que se refere à priorização da clientela por risco, algumas Unidades de Saúde elaboraram uma planilha com classificação de risco em saúde bucal, basicamente risco de cárie dentária e doença periodontal, em graus 1, 2 ou 3 ou alto, médio e baixo risco . A planilha apontou também as condições sistêmicas dos pacientes como hipertensão, diabetes e outras, gestantes, além das questões de saneamento básico e abastecimento de água com flúor.

Na maioria das Unidades Básicas estas planilhas estão sendo utilizadas quando do ingresso dos pacientes para o tratamento odontológico e após a classificação do risco os pacientes são agendados. Somente em uma das unidades os pacientes estão sendo separados por equipes de referência e atendidos exclusivamente por seus Dentistas e ACDs de cada equipe. Nas demais unidades a equipe de saúde bucal atende a população total sem separação por Equipe Local de Referência.

A tarefa de elaboração da planilha para definição do risco odontológico possibilitou uma intensa discussão entre os Dentistas. Em algumas unidades ocorreram várias discussões sobre a clínica da odontologia com os outros profissionais não dentistas, possibilitando com isso a socialização de alguns conhecimentos do campo da saúde bucal para outros profissionais, médicos, enfermeiros etc.

Observa-se também que o Cirurgião-Dentista vem participando efetivamente das reuniões das Equipes de Referência, reuniões estas onde são formulados os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para os pacientes priorizados pelas suas equipes. Neste mesmo espaço são feitas demandas para a equipe de saúde bucal e em alguns casos até mesmo a realização de procedimentos odontológicos no domicílio do paciente já foram realizados.

O Núcleo de Saúde Coletiva está organizado nas unidades e tem como foco as ações de Prevenção e Promoção de Saúde além das ações de vigilância à saúde da sua população adscrita, ações dentro das unidades e fora, nas escolas, creches, casas para idosos e ONGs. Com relação às escolas, estas já recebiam ações em saúde bucal, através dos Procedimentos Coletivos (PCs). Entendemos que este olhar para fora da unidade abre um grande campo de trabalho para a equipe de saúde bucal, o desafio para as equipes de sistematizarem ações para idosos, para pacientes especiais e outros.

Os Agentes de Saúde foram capacitados em vários temas da saúde e também em Saúde Bucal, treinamento básico elaborado pelo Distrito de Saúde e CETs que enfocou as principais doenças da cavidade bucal, os aspectos preventivos e de reabilitação, objetivando que este profissional possa atuar no seu território com no mínimo com algumas informações referentes à saúde Bucal. Algumas Unidades de Saúde a partir de suas equipes de Saúde Bucal ampliaram o treinamento para os seus agentes e percebe-se uma grande percepção destes para as questões relativas à saúde bucal.

De um modo geral percebe-se que o Cirurgião-Dentista não está mais restrito as ações de assistência odontológica, este têm hoje uma grade de trabalho semanal variando desde assistência até visitas domiciliares. Com isso há que se estabelecer alguns parâmetros de distribuição de seu trabalho para não diminuirmos muito as horas destinadas à assistência odontológica, devido ao fato de termos ainda em todas as unidades uma grande repressão de demanda para atendimentos na saúde bucal.

## **Os “Critérios” de Inclusão dos Dentistas nas Unidades de Saúde do Distrito Norte**

### **Metodologia de trabalho**

Foi aplicado um questionário junto dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde para determinar se as unidades utilizaram algum critério para inserção dos dentistas nas Equipes de Referência e ao mesmo tempo saber quais são os aspectos, com relação ao perfil dos CDs, que as unidades entendem serem os mais importantes para se trabalhar no projeto Paidéia.

Este questionário foi proposto tendo em vista que as Equipes de Referência foram montadas nas Unidades de Saúde em tempos diferentes, ao longo dos anos de 2001 à 2003, e também pelo fato destas apresentarem diferenças importantes quanto ao número de profissionais disponíveis para composição das Equipes de Referência.

### **Tamanho da Amostra**

Foi encaminhado o questionário para ser respondido pelos oito gerentes das Unidades Básicas de Saúde do Distrito de Saúde Norte (Encontra-se em anexo o questionário aplicado).

### **Questionário para ser respondido pelo Gerente da Unidade Básica de Saúde**

Tendo em vista a inserção do Cirurgião-Dentista na Equipe de referência do Projeto Paidéia de Saúde da Família, perguntamos :

- 1) A Unidade de Saúde utilizou algum critério para inserção dos Dentistas e se utilizou qual foi este critério?
  
- 2) Quais os aspectos com relação ao perfil dos Dentistas, que a Unidade entende serem os mais importantes para que o Dentista trabalhe no Projeto Paidéia de Saúde da Família, que tem como foco central as famílias?

## **Apresentação dos resultados do questionário e discussão sobre os critérios apresentados pelos gerentes das unidades básicas de saúde**

Foram devolvidos respondidos apenas 05 questionários e as respostas foram as que seguem.

### **Unidade I**

R.1 O critério utilizado foi a afinidade dos profissionais com os outros profissionais que compõem as equipes.

R.2 Saber trabalhar em equipe, participar das reuniões sendo propositivo, gostar e conseguir implementar ações coletivas de educação em saúde, ter disponibilidade para também receber usuários priorizados pela equipe.

### **Unidade II**

R.1 Não foi utilizado nenhum critério para inserção dos Dentistas na Equipe de Referência do Projeto Paidéia. Foram utilizados os que haviam , com discussão interna para qual equipe se referenciava. Com discussões mais amplas, discutiu-se ter maior número de profissionais para atender todas as famílias dependentes do SUS.

R.2 Perfil do Dentista:

- Ser generalista (ter olhar para o paciente na sua integralidade, “não só na boca”)
- Conhecer o Projeto
- Ter disponibilidade “interna” para “sair” do consultório.
- Ter vontade de trabalhar.

Obs : A Unidade discutiu os critérios pré-estabelecidos pelo projeto (documento da Saúde Bucal) mas não conseguiu coloca-lo em pauta. É muito importante haver critérios.



### **Unidade III**

R.1 A Unidade Básica de Saúde baseou-se nos seguintes critérios para inserção dos cirurgiões-dentistas no PSF/Paidéia:

1.1 Perfil do profissional

1.2 Atendendo e compreendendo a solicitação da Associação Nacional de Cirurgiões-Dentistas para a inclusão do Dentista no Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Promoção da Pessoa Humana, considerando o Dentista como detentor de “saberes” e “fazeres” que podem e devem ser coletivizados na perspectiva de exercer um efeito multiplicador destas práticas.

R.2 O principal trabalho do gerente, e o meu, é potencializar as pessoas. O Dentista, até por formação acadêmica é forjado a atuar individualmente, no entanto percebe-se o desejo deste profissional atuar de forma mais ampla e resolutiva. Na medida que o dentista é chamado a participar das Equipes de Referência, observa-se a grande contribuição que este profissional tem a oferecer, agregando valor as ações desenvolvidas pela UBS.

### **Unidade IV**

R.1 Não, ou seja, houve o critério de afinidades pessoais e de compatibilidade de horários de trabalho/horários de reuniões das Equipes de Referências.

R.2 O perfil desejado é de facilidade de trabalho em equipe, e atuação extra-muro e de atitudes propositivas perante a Equipe de Referência.

### **Unidade V**

R.1 No início quando implantado utilizamos textos para leitura. Primeiramente era um dentista de 36 horas para apoiar duas equipes, e outros dois dentistas divididos entre as duas equipes de referência. Essa maneira de inserção ainda continua.

R.2 O dentista para trabalhar na equipe precisa ser articulador, ter olhar amplo, com aspecto voltado para a educação, gostar de trabalhar em projetos com

escolas, creches etc. E muito importante: saber "ouvir" os outros membros da equipe.

### **Avaliação do resultado do questionário**

Podemos a partir da avaliação dos questionários apresentar algumas conclusões:

1- Pode-se perceber a partir das respostas apresentadas pelos gerentes das Unidades de Saúde que o critério mais utilizado foi o de afinidade pessoal, e que este foi decisivo para a inserção dos CDs na Equipes de Referência.

2- Com relação ao perfil dos profissionais para trabalharem no projeto, há na maioria das unidades um forte desejo que o CD seja generalista, que saiba trabalhar em equipe e que seja propositivo no trabalho junto das equipes de referências, além de estar preparado para os trabalhos extra-muros .

3- Embora hajam diretrizes municipais para inserção dos Cirurgiões-Dentistas nas equipes das Unidades de Saúde, observa-se pelas respostas dos gerentes que estas foram parcialmente utilizadas ou não foram decisivas para a escolha dos profissionais.

## Comparando os Critérios de Inserção do Ministério da Saúde com os Critérios de Inserção do Projeto Paidéia de Saúde da Família

Com relação à Saúde Bucal	PSF Ministério da Saúde	Projeto Paidéia
Recursos Humanos- Dentistas	Dentistas em jornada 40 horas/semanais	Dentistas em jornada de 36 horas/semanais de forma horizontalizada de forma que esteja presente diariamente na unidade. Os dentistas de 20 horas também inseridos nas equipes no papel de apoio.
Atribuições específicas do CD	Conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade, realizar a assistência odontológica assegurando a integralidade das ações, realizar urgências, coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, para famílias, indivíduos ou grupos específicos	Acolher a clientela adscrita à sua Equipe de referência resolvendo os problemas de urgência e estabelecendo Projetos Terapêuticos Singulares. Definir prioridades de Assistência Odontológica na Equipe de Referência discutindo e propondo critérios de risco, levando em conta os aspectos específicos de Saúde Bucal, condições sistêmicas, sociais e ambientais. Participar das reuniões das ELR inserir-se nos Núcleos de Saúde Coletiva, desenvolvendo ações de Promoção de Saúde, dentro e fora da unidade em creches, ONGs, casas de idosos etc. Realizar ações em domicílios, desde que haja necessidade e indicação. Desenvolver processos de cunho intersetorial para desencadear ações de promoção de Saúde Bucal.
Perfil do Cirurgião-Dentista	Ter responsabilidade sanitária em relação à população adscrita, desenvolvendo ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção e recuperação da saúde	Resgatar o caráter generalista do CD na Equipe de Referência no sentido de viabilizar vínculo efetivo com as famílias. Na ótica da assistência, desenvolver o perfil de clínico geral, de modo que a especificidade de procedimentos ou priorização de determinadas faixas etárias melhorem a resolutividade e não restrinjam o acesso.

Com relação aos Projetos:	PSF Ministério da Saúde	Projeto Paidéia
Foco	A família e o território	O cidadão, considerando-se o seu caminhar na vida, a sua família e o seu território
Missão	Promoção da saúde através da Vigilância à saúde (vigilância epidemiológica e vigilância sanitária) a clínica é secundária	Resolver problemas de saúde - cuidado longitudinal através da clínica ampliada e saúde coletiva (conceito ampliado de vigilância à saúde)
Responsabilidades	Acesso planejado através de programas (a livre demanda não é bem vista); colaboração intersetorial, participação da comunidade nas ações sobre o território, vínculo, responsabilização	Acesso livre e facilitado (acolhimento), colaboração intersetorial, participação da comunidade nas ações sobre o Território e na gestão dos serviços, vínculo e responsabilização.
Gestão	Importância secundária	A gestão participativa é fundamental para a produção de saúde. Equipes com autonomia. Participação do usuário na gestão. Coordenador tem papel mais horizontal que vertical.
Equipe	Generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários	Generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, pediatra, ginecologista, dentistas, ACDs e THDs. Outros profissionais fazem apoio matricial.

## **Conclusões**

Foram apresentadas as propostas para a inserção dos cirurgiões-dentistas do Projeto de Saúde da Família do Ministério da Saúde, e as propostas para inserção no projeto Paidéia de Saúde da Família. Comparando-as podemos afirmar:

- 1- Que as propostas para inserção do Cirurgião-Dentista no Projeto Paidéia de Campinas no que se refere à jornada de trabalho dos profissionais e algumas atividades do seu processo de trabalho são mais amplas ou mais detalhadas quando comparadas com as atribuições apresentadas no Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde.
- 2- Que nos dois projetos há a necessidade de se estabelecer de fato critérios para inserção do Cirurgião-Dentista, critérios quanto ao perfil dos profissionais para se trabalhar nos projetos e que estes mesmos critérios possam ser testados e avaliados periodicamente.
- 3- Cabe num momento futuro avaliar a inserção dos Cirurgiões-Dentistas no Projeto Paidéia e em cada Equipe de Referência de cada Unidade Básica de Saúde, e a partir desta avaliação poder discutir os principais aspectos relativos ao perfil dos profissionais, jornada de trabalho e o processo de trabalho dos dentistas em suas equipes e o impacto na qualidade de saúde da população atendida.

## **Referências Bibliográficas**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE.** A saúde Bucal no Brasil. Reorganização na atenção básica. Portaria 267/GM, de 6 de março de 2001.

**NARVAI, P. C.,** Saúde bucal nos programas de saúde da família. São Paulo: FSP-USP, 1999. 5p. (Documento técnico de consultoria ao Ministério da Saúde do Brasil).

**COSTA, I. C. C. et al.,** Investindo na promoção da saúde-Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma análise de suas performances em oito municípios brasileiros. Revista da ABOPREV, v.1, n.1, p.30-37, 1998 .

**MOREIRA, L. C. H.,** A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ. O dentista de família. Niterói, 1999, 148 p. Dissertação (mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.

**CHAVES, M. M.,** Odontologia Social 3 edição. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1986.

**MARDEM, R. S. F.,** Modelos Assistências na Saúde-Visão Histórica Texto para debate na implementação do Projeto Paidéia. Campinas-SP-Agosto/2001.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS.** A inserção do CD na Equipe de Referência da UBS do Projeto Paidéia de Saúde da Família. (Documento com propostas para inserção dos CDs nas equipes).Assessoria Saúde Bucal-2001.

**DURHAM, E.,** A família operária: consciência e ideologia. Dados: Ver. De Ciências Sociais, v.23, n.2 , 1980.

**VASCONCELOS, E. M.,** Educação popular e atenção à saúde da família. São Paulo: Editora HUCITEC, 1999.

**SZYMANSKI, H. G.,** Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. Ver. Bras. Cresc. De. Hum., v.4, n.1, 1994.

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.** Oficina de familiarização para apresentação de conteúdos metodológicos do Programa Médico de Família, Niterói/RJ, 1998, não paginado.

**PINTO, M. F. V.,** Saúde pública gratuita e de qualidade. Jornal do Conselho Federal de Odontologia, ano 7, n.40, p.8, set, 2000.

## Anexo

### **Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP Curso de Especialização em Saúde Coletiva**

Tema da Monografia do aluno Edison Martins da Silveira:

A Inserção dos Cirurgiões-Dentistas no Programa Paidéia de Saúde da Família.

#### Questionário para ser respondido pelo Gerente da Unidade Básica de Saúde

Tendo em vista a inserção do Cirurgião-Dentista na Equipe de referência do Projeto Paidéia de Saúde da Família, perguntamos:

- 3) A Unidade de Saúde utilizou algum critério para inserção dos Dentistas e se utilizou qual foi este critério?
  
- 4) Quais os aspectos com relação ao perfil dos Dentistas, que a Unidade entende serem os mais importantes para que o Dentista trabalhe no Projeto Paidéia de Saúde da Família, que tem como foco central às famílias?