

## A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação

Oral health in the Brazilian Family Health Program: from the university to training centers

Patrícia Elizabeth de Souza Matos <sup>1</sup>  
Nilce Emy Tomita <sup>1</sup>

### Abstract

*This study focuses on dentistry professors' and students' concepts concerning the dentist's role in the Family Health Program (FHP) and proposes a contribution to training at the Centers for Continuing Education. A qualitative research method was used to construct a collective subject's discourse, based on taped interviews. The study covered three institutions of higher education in dentistry, located in the municipalities of Lins and Bauru, São Paulo State, Brazil, with two focus groups, consisting of faculty and students, respectively. After the organization of the collective subject's discourse by focus group, it was observed that both faculty and students display concepts-in-progress in relation to the dentist's role in public health. This suggests the need for greater involvement by higher education in public health services, in order to fill some gaps in training and practice by dentists in the FHP.*

*Family Health Program; Oral Health; Higher Education; Qualitative Research*

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil.

#### Correspondência

N. E. Tomita  
Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.  
Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla 9-75, Vila Universitária, Bauru, SP 17012-901, Brasil.  
netomita@usp.br

### Introdução

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) <sup>1</sup>.

Concomitante a isso, o Ministério da Educação delibera sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais fica evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS <sup>2</sup>.

Com base nessas Diretrizes Curriculares, observa-se uma indução ao processo de reforma curricular nos cursos de graduação em Odontologia. Nesse momento histórico, a inserção da saúde bucal no PSF passa a demandar uma reorganização da prática odontológica <sup>2</sup>. Assim como os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família, o cirurgião-dentista necessita ser sujeito de um processo de qualificação profissional, visando a integrar uma equipe e desenvolver ações programáticas inseridas nesta estratégia de intervenção popula-

cional baseada no território com vistas à efetivação do SUS.

Estes movimentos indutores de mudanças passam a ocupar um espaço importante nos setores saúde e educação e, de algum modo, antevê-se a possibilidade de um diálogo que permita uma construção conjunta de mudanças requeridas pelo quadro epidemiológico e pelas necessidades de formação/qualificação de recursos humanos.

Visando a oferecer uma contribuição à compreensão de como estas mudanças foram percebidas e sua possível atuação como indutoras de um novo olhar de profissionais e estudantes vinculados a instituições de ensino superior da área de Odontologia, o presente estudo foi delineado.

## Método

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O cenário do estudo abrange três instituições de ensino superior de Odontologia, sendo duas privadas e uma pública, localizadas nos municípios de Bauru e Lins, Estado de São Paulo, Brasil. Os dois municípios, de médio porte, integram o SUS na forma de gestão semiplena da atenção básica e plena da atenção básica, respectivamente, estando ambos qualificados pelo Ministério da Saúde para implantação do PSF.

Os sujeitos da pesquisa têm como atributo sua vinculação a instituições de ensino superior de Odontologia. No grupo 1 (*Formadores*), participam quatro profissionais vinculados à formação em Odontologia, representados por diretores e coordenadores pedagógicos das instituições selecionadas. No grupo 2 (*Estudantes*), participam trinta acadêmicos definidos por aleatorização, adotando como critério de inclusão estar cursando o quarto ano do curso de graduação em Odontologia, sorteando-se dez alunos em cada instituição.

Foi realizada a entrevista gravada, com base em um roteiro semi-estruturado contendo perguntas específicas para cada um dos dois grupos, visando a coletar depoimentos por meio da fala dos atores sociais que permitissem o acesso a dados da realidade de caráter subjetivo, como idéias, crenças ou maneiras de atuar<sup>3</sup>.

Neste estudo, utilizou-se como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa a construção do Discurso do Sujeito Coletivo<sup>4,5</sup>, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade, agregando em um discurso-síntese os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas. Assim, cada indivíduo entrevistado no estudo, escolhido com base em critérios de representatividade social, contribui com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo<sup>6</sup>.

Este procedimento metodológico pressupõe a definição, baseando-se em uma perspectiva empírica, de que o caráter coletivo do pensamento social é a quantidade de escolhas de um determinado conjunto de indivíduos pertencentes a uma determinada comunidade e, apesar de expresso de forma individualizada, é socialmente compartilhado, traduzindo a natureza do pensamento coletivo<sup>6</sup>.

A ordenação dos achados permitiu uma abordagem descritiva do material empírico. Guardando a confidencialidade, a transcrição de algumas expressões é feita a seguir, com o objetivo de subsidiar a discussão. A identificação dos discursos utiliza as letras X, Y e Z segundo a procedência do indivíduo (uma das três instituições de ensino superior) e, entre parênteses, descreve-se o depoimento como referente ao *Formador* ou *Estudante*.

## Discussão

A premissa que o Brasil tem apresentado, em décadas recentes, um quadro de transformações socioeconômicas e demográficas com importantes repercussões sobre a saúde, e que essas transformações requerem uma reformulação do modelo assistencial<sup>7</sup>, servirá de ponto de partida para a análise dos depoimentos de educadores e estudantes de Odontologia.

É possível que a reformulação do modelo assistencial tenha espaço no cotidiano dos serviços de maneira silenciosa, contudo, é necessário pensar de que maneira os recursos humanos envolvidos neste permanente processo de mudanças são formados no interior das universidades.

O ensino odontológico tem se baseado em conteúdos técnicos fortemente arraigados ao ambulatório das faculdades de Odontologia e a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema freqüentemente discutido entre es-

tudantes e professores<sup>8</sup>. Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia têm sido alvo de modificações, a partir da Resolução CNE/CES nº 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em Odontologia, que ressalta a importância do estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, enfatizando os princípios do SUS<sup>2</sup>.

Uma das instituições de ensino superior visitadas oferece um currículo odontológico reformulado com base nas diretrizes curriculares citadas. As outras duas apresentam um processo de reforma curricular em andamento, iniciado “há 4 anos, procurando acompanhar o que estava acontecendo para a composição das novas diretrizes curriculares” (Formador da Instituição Z). “Atualmente, nós trabalhamos com 2 currículos, (...) o currículo novo foi desenvolvido a partir do projeto pedagógico do curso, e também a partir da Lei de Diretrizes e do Ministério, então o atual currículo é apropriado, já o currículo antigo tinha deficiências que foram sanadas” (Formador da Instituição X).

Nessas duas instituições, os Formadores relatam objetivar o “engajamento do cirurgião-dentista consciente da sua inserção na sociedade, envolvendo os aspectos de promoção de saúde, no seu sentido preventivo e também os aspectos curativistas, havendo primeiramente uma fundamentação biológica, (...) tendo o entendimento da realidade da sociedade em que ele convive” (Instituições X e Z).

Para haver reforma curricular é preciso modificar a prática da educação, por meio da relação entre a teoria e a prática. A discussão deve ir além das escolas, das universidades e dos sistemas escolares<sup>9</sup>.

A necessidade do diálogo institucional é percebida como decorrência da necessidade da reforma. A Lei de Diretrizes e Bases cumpre uma importante função histórica de mediar diálogos, orientar direções, propor metas, enfim, delinear a construção de um projeto pedagógico.

O Formador relata: “nós procuramos compor, ouvindo as diferentes disciplinas para que houvesse a participação, nesse aspecto, mais do social, da formação do profissional cidadão, consciente da realidade do país que ele vive” (Instituição Z).

A leitura destes discursos permite antever uma preocupação em contemplar o perfil proposto pelo Conselho Nacional de Educação<sup>2</sup>, das Novas Diretrizes Curriculares, que é de um “cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício

de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade”.

Contudo, a formação dos acadêmicos de Odontologia segue na contramão das necessidades do país<sup>10</sup>. Struchiner et al.<sup>11</sup> chegam a sugerir que a formação do profissional de Odontologia deva ser repensada, de forma a se afastar do técnico que entende o seu paciente como uma unidade dentária e busque se aproximar da compreensão da historicidade deste ser humano<sup>12</sup>.

Diante desta leitura sobre o processo de formação, buscou-se entender como os Estudantes percebem o quadro de saúde bucal no Brasil, tido como “muito triste, o país é conhecido como o país dos desdentados” (Instituição Y); “nas regiões mais pobres as condições ainda são bem precárias (...)” (Instituição Z).

Esta construção não parece ter embasamento epidemiológico, estando fortemente centrada em experiências vivenciadas em atividades de campo em “vários projetos que a gente viaja para regiões do Norte, por mais que a gente imagine, quando chega lá a gente ainda se surpreende, de tão feia que a coisa está” (Estudante da Instituição Y); ou em “missões indígenas no Mato Grosso, as condições são péssimas, não tem orientação alguma” (Estudante da Instituição X).

É fato que uma parcela importante da população brasileira não tem acesso aos serviços odontológicos, o que é comprovado por dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1998. Foi observado um baixo acesso e utilização dos serviços odontológicos pelos grupos de menor renda, além da pequena participação do SUS nos atendimentos odontológicos em relação à atenção médica<sup>13</sup>.

Estas desigualdades são percebidas pelos Estudantes no contato com a realidade: “a condição de saúde bucal no Norte, Nordeste e até Centro-Oeste é bem crítica, tem muitas cidades que não têm fluoretação da água de abastecimento público” (Instituição X). “É impressionante saber que existem lugares onde as crianças perdem os dentes decíduos super cedo por causa de cárie” (Instituição Z).

Experiências que envolvem o estágio em Odontologia de Saúde Coletiva mostram contribuir para a formação, permitindo a reflexão sobre diferentes aspectos da organização e da dinâmica de um sistema local de saúde<sup>14</sup>.

Algumas atividades com enfoque preventivo e educativo são relatadas pelos Estudantes: “a gente faz estágio nas escolas (Instituições X e

Y); “e tem possibilidade de fazer educação e prevenção” (Instituição Y); “a tendência é melhorar” (Instituição X). “Mas, para isso, tem que ser feito algo que chegue até a massa, por exemplo, utilizar a televisão para educar, explicar como as coisas funcionam” (Instituição Z).

A educação e a prevenção são frequentemente citadas no meio acadêmico e profissional de Odontologia. Entretanto, Narvai<sup>10</sup> adverte sobre a questão do *preventivismo*, uma forma simplista de abordagem da saúde bucal, sem levar em consideração o contexto sócio-econômico e cultural nos quais serão implantadas as medidas preventivas. Ademais, Cordón & Garrafa<sup>15</sup> propõem uma reflexão sobre o uso acrítico de tecnologias preventivas destinadas a populações que delas não necessitam, enquanto grandes contingentes populacionais não têm acesso mínimo a informações sobre a saúde bucal.

Outra forma de expressar desigualdades pode ser vista na equação necessidades de tratamento versus distribuição de profissionais: “a situação no país, em termos de saúde bucal, é precária” (Estudantes das Instituições X e Z); “com muito a se fazer, então tem um campo bem legal para desbravar, não é? É só não ficar restrito ao Estado de São Paulo, às cidades que já têm bastante dentista, bastante faculdade” (Estudante da Instituição X).

Alguns depoimentos revelam um interesse prioritário em servir-se da profissão para atender às necessidades profissionais e não aquelas apresentadas pela população, pois “existe um monte de profissional reclamando que não tem paciente! Então, eu acho que o governo deveria abrir mais concursos públicos, [pois] leva saúde para quem precisa e trabalho para os dentistas, porque a gente sabe que profissional não falta” (Estudante da Instituição Z).

Este discurso é revelador da crise interna pela qual vem passando a profissão, com um mercado de trabalho competitivo, que exclui a *abordagem social*<sup>8</sup>. No esgarçamento da prática social, o *Estudante* revela um aparente conflito entre servir à população e a relação entre capital e trabalho: “eu queria poder ajudar as pessoas, mas eu tenho que ganhar dinheiro” (Instituição Y). “Então, eu vou montar um consultório, depois eu pego um horário da semana e atendo de graça” (Instituições Y e Z).

Possivelmente, como fruto de um processo formativo que desconsidera a prática da cidadania, o atendimento odontológico à população de baixa renda é frequentemente confundido com *filantropia*. O *Estudante* assume a concepção que na Odontologia existe o trabalho no consultório privado – remunerado – e o

trabalho voluntário para a população que não tem acesso aos serviços. “Eu quero fazer alguma coisa na área social, trabalhar para os mais carentes, isso é deixado bem claro aqui na faculdade, não adianta você ser um super profissional e não ajudar as pessoas” (Instituição Y).

Mais que compreender o provimento de cuidados à saúde como uma forma de inclusão social, o discurso do *Estudante* confirma a dificuldade que o cirurgião-dentista tem de relacionar a Odontologia ao *social*. Narvai<sup>10</sup> lembra que o termo “social” é incorretamente associado à idéia de algo precário, sem qualidade, relativo e dirigido aos pobres. A Odontologia Social é vista como uma Odontologia de menor qualidade, voltada para os “carentes”.

A leitura das disciplinas de natureza social, como Saúde Coletiva ou Odontologia Comunitária, pode ser vista sob duas óticas. De um lado, está o *Estudante* que refere uma prática cidadã no serviço público: “eu gosto muito de clínica geral” (Instituição Z); “e trabalhando na área de Saúde Pública, poderia mudar essa visão que o dentista do Posto ou da Prefeitura só vai lá para extrair dente, (...) você pode tentar trabalhar de uma forma diferente, tentar mudar essa visão que a saúde bucal tem hoje” (Instituição Y).

Do outro lado, estão os *Estudantes* que vêm no serviço público uma espécie de porto seguro diante das questões postas pelo mercado de trabalho: “vou fazer um concurso público para garantir o meu salário todo mês” (Instituições Y e Z), “aí eu penso que poderia trabalhar no serviço público num turno e no outro atender no consultório. E tem mais, dizem que atendendo num posto de saúde você fica mais conhecido na cidade, e com o tempo vai formando uma clientela” (Instituição X).

As perspectivas desses *Estudantes* parecem essencialmente voltadas para uma lógica de mercado e, em boa medida, distanciam-se de uma prática de saúde centrada na perspectiva do SUS. Partindo desse diagnóstico, é imprescindível que as instituições de ensino superior façam ajustes curriculares visando a acompanhar as tendências do ensino e da profissão, com base nas determinações das Diretrizes Curriculares.

Aliado a isso, as políticas públicas de saúde, ao inserir as ações de saúde bucal no PSF, propõem uma reorganização na atenção básica de saúde bucal, o que requer uma reflexão sobre o enfoque dado pelas instituições de ensino superior à formação do cirurgião-dentista.

Por um lado, há o *Formador* que relata esforços “no sentido que, a partir do entendimento de um levantamento epidemiológico, ele [alu-

no] possa ter a consciência dos principais envolvimento que tem a família, abordando o indivíduo como um todo” (Instituição Z).

Por outro, quando indagado sobre a necessidade de mudanças no ensino para formar um profissional com habilidades para atuar no serviço público, há o *Formador* que refere: “*não vejo necessidade de mudanças, (...) meus alunos estão preparados, pois aqui temos a disponibilidade de fazer atendimento à população de baixa renda*” (Instituição Y).

Botazzo<sup>8</sup> propõe uma reflexão sobre o exercício diferenciado da Odontologia segundo as classes sociais e a concepção da prática caritativa e assistencialista da Odontologia quando exercida no setor público para atendimento “dos pobres”, a “Odontologia Social” como sinônimo de atendimento ao “carente”, ao portador do não-direito, enquanto Paim & Almeida Filho<sup>12</sup> acrescentam que a saúde coletiva, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e integralidade.

Diante da necessidade de romper com o isolamento que existe entre a esfera teórica e a acadêmica, para que as teorias e elaborações sobre educação e currículo não se limitem a discussões internas, é preciso que haja uma interação entre o meio acadêmico e as organizações populares<sup>9</sup>.

Alguns *Formadores* reconhecem essa necessidade, relatando que “*a decisão de realizar mudanças foi devida às necessidades epidemiológicas da região (...) e um aspecto importante dentro de uma política de saúde do governo seria o estabelecimento de metas para as Universidades, [com a] consciência (...) da necessidade da formação de um profissional mais voltado para realidade do país*” (Instituição Z).

Outro movimento que reforça o olhar para os serviços públicos odontológicos é a “*mudança no perfil, que é atestado, por exemplo, no Provão, e que anteriormente 80% dos alunos iam para a clínica privada e agora inverteu, quer dizer, 80% agora manifestam o desejo de ir para um serviço público*” (*Formador* da Instituição Z).

Tendo na estratégia do PSF um importante avanço no enfrentamento da atenção à saúde, verificou-se que o *Estudante* tem informações escassas: “*O Programa Saúde da Família é aquele para população carente, não é?*” (Instituição X). “*Para ser sincero não conheço muito do assunto*” (Instituições X, Y e Z); “*tenho um conhecimento bem superficial que adquiri através de*

*amigos que já trabalham*” (Instituição X); “*e de colegas que estão querendo prestar o concurso, mas falta para nós, na faculdade, um pouco mais de informações sobre PSF*” (Instituição Z).

De maneira geral, os *Estudantes* concordam que trata-se de um importante passo para a expansão da Odontologia, com repercussões sobre o quadro de saúde da população brasileira. “*Eu acho que é muito importante*” (Instituições X, Y e Z); “*como o próprio nome diz, saúde da família, então seria uma incoerência do governo não colocar a Odontologia no PSF (...) é o que faltava para a equipe de saúde ser perfeita, quantas doenças são diagnosticadas na boca, como câncer, não é?*” (Instituição Y).

“*Porque a saúde bucal é necessária para que o indivíduo tenha saúde geral*” (*Estudante* da Instituição Z). “*Talvez assim as pessoas entendam que, assim como o médico, o dentista cuida de uma parte do corpo que pode causar problemas à saúde geral, quem sabe as pessoas passem a se conscientizar mais, e não venham procurar a gente só quando têm dor*” (*Estudante* da Instituição X).

Reflexões sobre a necessidade de garantir a atenção integral no PSF são pertinentes, visto que existe uma tendência de “*excessiva ênfase em ações preventivas e educativas que, objetivamente, tiram os recursos humanos da assistência aos doentes (...) para ocupá-los com tarefas (...) de baixo impacto resolutivo*”<sup>16</sup>. De alguma maneira, os alunos partilham desta preocupação, acrescentando que “*a população precisa de atendimento*” (*Estudante* da Instituição X), “*é uma oportunidade para as pessoas mais carentes terem acesso ao tratamento odontológico*” (*Estudantes* das Instituições X e Y), “*à educação, à prevenção para as crianças, a família e os idosos, que não recebem instrução, de ter cuidado com a prótese*” (*Estudante* da Instituição Y).

Para mudança do modelo assistencial são necessários profissionais que assumam posturas e práticas profundamente distintas das vigentes, especialmente na atenção básica.<sup>17</sup> Nesse sentido, os *estudantes* apontam a necessidade de um processo de qualificação do cirurgião-dentista para atuar no PSF: “*acho importante o cirurgião-dentista trabalhar juntamente com o médico e o enfermeiro, só que tem que ser um treinamento muito bom e diferenciado para essa área, mesmo porque é um dentista diferente do consultório*” (*Estudante* da Instituição Y).

Diante do desafio de um novo processo ensino-aprendizagem que atenda a estas lacunas de formação, o *Formador* relata: “*vejo ainda com grande preocupação o aspecto específico de formação do profissional, sabendo que quando*

*esse profissional sai para o mercado de trabalho, (...) ele fica preocupado porque não teve exatamente na sua formação uma preparação, uma orientação para o envolvimento com os aspectos sociais e inclusive com o Programa Saúde da Família”* (Instituição Z).

Assim, as instituições envolvidas com o ensino na área de saúde têm a missão de capacitar as lideranças e o pessoal dos serviços para reconversão do modelo na direção das estratégias do governo, assim como de produzir conhecimentos e tecnologias que sustentem este processo<sup>7</sup>. Para tanto, a articulação entre ensino superior e saúde é fundamental e, no âmbito do PSF, tem-se nos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família um importante espaço.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF precisa ser qualificada adequadamente para atuar no “novo modelo de saúde bucal” proposto. E isso impõe aos educadores e profissionais de saúde que seja dada uma maior relevância às práticas ambulatoriais e comunitárias, a diversas formas de integração de ensino com serviços, e ainda à formação de redes de instituições de ensino<sup>18</sup>.

Os *Formadores* concordam com a necessidade de capacitação dos profissionais que irão integrar as ESB, e fazem sugestões: “*uma primeira proposta é a formação de módulos que vão complementar a formação que o cirurgião-dentista deveria ter tido na própria escola*” (Instituição X).

Outras propostas elencadas para o processo de qualificação e educação permanente do cirurgião-dentista, na perspectiva do SUS, partem da identificação de deficiências cotidianas no terreno da *humanização* do atendimento: “*uma das maiores dificuldades que a gente percebe no cirurgião-dentista é o relacionamento das pessoas, sua inserção no contexto social, a gente tem que ver a capacitação mais nesse contexto, precisa trabalhar mais a parte de relacionamento entre as pessoas*” (Formador da Instituição Z).

“*Falta ao cirurgião-dentista, uma boa formação mínima, uma formação cultural e social*” (Estudante da Instituição Y). “*(...) aqui a gente tem aula de filosofia, psicologia, mas falta fazer uma ligação com a Odontologia, eu acho que eles deveriam discutir mais a questão de re-*

*lacionamento com o paciente*” (Estudante da Instituição X).

Fragmentos dos distintos olhares sobre a formação do cirurgião-dentista são reveladores da dificuldade que se encontra na construção da relação com o outro: “*é uma grande falha da educação odontológica, que forma um profissional muito solitário e sem muita interação com profissionais de outras áreas, faltando bastante diálogo*” (Formador da Instituição X).

Contudo, a realidade social não é uma massa de fatos fragmentados e desligados entre si, mas compreende relações, processos e estruturas nem sempre visíveis, que devem ser desvendados, para que essa realidade seja captada em sua totalidade, em movimento, e para que se busque a resolução de suas contradições, criando uma nova realidade ou reinventando a saúde bucal<sup>19</sup>.

### Considerações finais

A articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços públicos de saúde repercute, de algum modo, na formação de recursos humanos na perspectiva do SUS. Esta caminhada, recentemente iniciada, deixa antever que há muito por percorrer.

No presente estudo, a percepção dos *Formadores* mostra espaço para mudanças institucionais visando à adequação do currículo em direção às propostas da Lei de Diretrizes e Bases. Este processo está em andamento e, em uma espécie de agenda em dois tempos, em que as transformações mostram resultados incipientes, pode-se antever na fala dos *Estudantes* uma concepção um pouco mais ampliada de Saúde Coletiva.

É fato que aspectos religiosos e culturais propiciam um campo para vieses na leitura do “coletivo”. Como também é perceptível que as políticas de saúde, a inserção da saúde bucal no PSF e as questões do mercado de trabalho instigam um novo olhar sobre a prática odontológica.

Assim, algumas lacunas importantes necessitam ser (re)construídas no espaço dos Pólos de Capacitação, onde os serviços de saúde e a universidade podem encontrar-se e dialogar em um ponto de interseção.

## Resumo

*O objetivo deste trabalho foi verificar a concepção de formadores e estudantes de Odontologia sobre a atuação do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família (PSF) e oferecer contribuições para sua qualificação em Pólos de Educação Continuada. Fez-se uso do método de pesquisa qualitativa com construção do Discurso do Sujeito Coletivo, com base em entrevistas gravadas. A pesquisa abrangeu três instituições de ensino superior de Odontologia, localizadas nos municípios de Lins e Bauru, São Paulo, Brasil, sendo formados dois grupos focais: grupo 1 – Formadores e grupo 2 – Estudantes. Após a organização dos Discursos do Sujeito Coletivo por grupo focal, observou-se que tanto Formadores como Estudantes apresentam conceitos em construção sobre a atuação do cirurgião-dentista na saúde coletiva. Isso implica a necessidade de maior envolvimento do ensino superior com os serviços públicos de saúde, de modo a complementar algumas lacunas na formação e na prática dos cirurgiões-dentistas no PSF.*

*Programa Saúde da Família; Saúde Bucal; Ensino Superior; Pesquisa Qualitativa*

## Referências

1. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. <http://www.saude.gov.br> (acessado em 25/Mar/2003).
2. Câmara de Educação Superior, Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES032002.pdf> (acessado em 21/Mar/2003).
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO; 2000.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJVT. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Editora Educ; 2003.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O pensamento coletivo como soma qualitativa. <http://hygeia.fsp.usp.br/quali-saude/soma> (acessado em 07/Abr/2004).
7. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 Suppl 2:177-85.
8. Botazzo C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. p. 17-27.
9. Moreira AFB. Propostas curriculares alternativas: limites e avanços. *Educ Soc* 2000; 21:109-38.
10. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
11. Struchiner M, Vieira AR, Ricciardi RMV. Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde

## Colaboradores

P. E. S. Matos participou da realização das entrevistas, transcrição das respostas e participação na discussão dos achados. N. E. Tomita contribuiu no planejamento do estudo, orientação da discussão e redação.

- oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 Suppl 2:55-68.
12. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32:299-316.
13. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.
14. Frazão P, Schneider Filho DA. Integração ensino-serviços: avaliação de estágio de Odontologia em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2001; 2:53-9.
15. Cordón JA, Garrafa V. 1991. Prevenção versus preventivismo. *CEBES* 1991; 6:10-6.
16. Narvai PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? *Jornal do Site* 2001; Maio. <http://www.jornaldo site.com.br> (acessado em 27/Jun/2001).
17. Capistrano Filho D. O cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2000; 1:8.
18. Cardoso ACC, Santos Jr. RQ, Souza LEP, Barbosa MCB. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. *Rev Baiana Saúde Pública* 2002; 26:94-8.
19. Iyda M. Saúde bucal: uma prática social. In: Botazzo C, Freitas SFT, organizadores. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru: Editora Unesp; 1998. p.127-39.

Recebido em 01/Jul/2003

Versão final reapresentada em 12/Abr/2004

Aprovado em 09/Jul/2004