



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**Mestrado em Saúde Comunitária**

**Espaço social e práticas de saúde bucal na Estratégia de Saúde  
da Família, em uma capital do nordeste do Brasil**

**Paulo César Alcântara Ribeiro**

**Professora Orientadora: Sônia Cristina Lima Chaves**

Dissertação de Mestrado apresentada ao colegiado do curso  
de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre.

**Março, 2009**

---

R484e Ribeiro, Paulo César Alcântara.

    Espaço social e práticas de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família  
em uma capital do Nordeste do Brasil / Paulo César Alcântara Ribeiro.

- Salvador: P.C.A.Ribeiro, 2009.

    85f.

    Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Cristina Lima Chaves.

    Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal  
da Bahia.

    1. Saúde da Família. 2. Mercado de Trabalho. 3. Perfil Profissional. 4.  
Promoção da Saúde. 5. Modelo Assistencial. I. Título.

CDU 314.6 : 614

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**“PAULO CESAR ALCÂNTARA RIBEIRO”**

**“Espaço Social e Práticas de Saúde Bucal na  
Estratégia de Saúde da Família em uma Capital do  
Nordeste do Brasil”**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 30 de março de 2009.

Banca Examinadora:

Profª Sônia Cristina Lima Chaves-ISC/UFBA

Profª. Maria Isabel Pereira Viana– ISC/UFBA

Prof. Mariângela Silva de Matos – Odonto/UFBA

**Salvador  
2009**

**“O homem não morre  
quando deixa de viver,  
o homem morre quando  
deixa de amar.”**

**Charles Chaplin**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pela dedicação, pelos conhecimentos adquiridos e pela oportunidade de conhecer o mundo da saúde coletiva.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica da Faculdade de Odontologia da UFBA, pelo incentivo, pela referência.

Aos Conselheiros e funcionários do Conselho Regional de Odontologia da Bahia, pelo apoio na realização deste trabalho.

Ao professor Antonio Fernando Pereira Falcão, a minha gratidão pela oportunidade que tive de vivenciar, além dos conhecimentos técnico-científicos, a disponibilidade, a generosidade e a humildade.

A minha orientadora professora Sonia Chaves, pela confiança em mim depositada, pelo incentivo, pelos ensinamentos na elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas cirurgiões-dentistas do serviço público, em Salvador, que gentilmente colaboraram para a realização desta pesquisa.

*A*

*Ananda e Alan, fonte incessante  
de energia, razão da minha  
busca constante por  
novos desafios*

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO.....  | 7  |
| Artigo 1 - O perfil sociodemográfico e ocupacional dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família no município de Salvador ..... | 8  |
| Artigo 2 - Espaço social e práticas dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família: um estudo exploratório.....                  | 43 |

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de Mestrado está apresentada sob a forma de dois artigos inter-relacionados. O primeiro deles trata da descrição do perfil sociodemográfico e ocupacional dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família, no município de Salvador, realizada a partir das informações obtidas através de um questionário estruturado, autoaplicado, sobre as condições sociodemográficas e ocupacionais dos cirurgiões-dentistas na ESF.

O segundo artigo é um estudo exploratório, descritivo das práticas de promoção de saúde, controle de risco e controle de danos, desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família pelos CDs, buscando identificar possíveis fatores relacionados às mesmas.



**Artigo 1 - O perfil sociodemográfico e ocupacional dos cirurgiões-dentistas,  
na Estratégia de Saúde da Família, no município de Salvador**

## Sumário do Artigo 1

|  |    |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO.....  | 7  |
| Artigo 1 - O perfil sociodemográfico e ocupacional dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família no município de Salvador ..... | 8  |
| LISTA DE ABREVIATURAS.....   | 10 |
| RESUMO .....   | 11 |
| ABSTRACT.....  | 12 |
| I. INTRODUÇÃO .....  | 13 |
| II. OBJETIVOS .....  | 17 |
| 2.1 Objetivo geral .....   | 17 |
| 2.2 Objetivos específicos.....   | 17 |
| III. METODOLOGIA.....  | 18 |
| IV. RESULTADOS .....   | 23 |
| V. DISCUSSÃO .....   | 25 |
| VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 28 |
| VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 30 |
| APÊNDICES .....  | 34 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|       |  |
|-------|--|
| ABO   | – Associação Brasileira de Odontologia               |
| ASB   | – Auxiliar de Saúde Bucal                            |
| AIS   | – Ações Integradas de Saúde                          |
| ANS   | – Agência Nacional de Saúde Suplementar              |
| BA    | – Bahia  |
| CD    | – Cirurgião-Dentista                                 |
| CEO   | – Centro de Especialidade Odontológica               |
| CEP   | – Comitê de Ética e Pesquisa                         |
| CFO   | – Conselho Federal de Odontologia                    |
| CLT   | – Consolidação das Leis do Trabalho                  |
| CNS   | – Conselho Nacional de Saúde                         |
| CNSB  | – Conferência Nacional de Saúde Bucal                |
| CROBA | – Conselho Regional de Odontologia da Bahia          |
| CROES | – Conselho Regional de Odontologia do Espírito Santo |
| CROMG | – Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais   |
| DNSB  | – Divisão Nacional de Saúde Bucal                    |
| DF    | – Distrito Federal                                   |
| ESB   | – Equipe de Saúde Bucal                              |
| ESF   | – Estratégia de Saúde da Família                     |
| ISC   | – Instituto de Saúde Coletiva                        |
| INEP  | – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa            |
| MEC   | – Ministério da Educação e Cultura                   |
| MS    | – Ministério da Saúde                                |
| PIA   | – Programa Inversão Atenção                          |
| SESP  | – Serviço Especial de Saúde Pública                  |
| SUS   | – Sistema Único de Saúde                             |
| TSB   | – Técnico em Saúde Bucal                             |
| TPD   | – Técnico em Prótese Dental                          |
| UFBA  | – Universidade Federal da Bahia                      |
| USF   | – Unidade de Saúde da Família                        |

## **O perfil sociodemográfico e ocupacional dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família, no município de Salvador**

### **RESUMO**

**Introdução:** A Estratégia de Saúde da Família tem se consolidado como forma de atuação da atenção primária no Brasil. A inserção de ações de saúde bucal tem sido incentivada desde 2001.

**Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos cirurgiões-dentistas (CDs), inseridos nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Salvador, no ano de 2008.

**Metodologia:** Estudo descritivo de corte transversal. Oitenta e oito profissionais constituíram o universo da pesquisa; setenta e seis CDs concordaram em participar do estudo, havendo uma perda correspondente a 13,6%. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado, autoaplicado com o objetivo de coletar informações sobre as condições socioeconômicas e ocupacionais dos CDs, como acesso à pós-graduação, inserção no setor privado, tempo de trabalho, forma de seleção e contrato de trabalho na ESF.

**Resultados:** A maioria dos cirurgiões dentistas era do sexo feminino (75,0%), com faixa etária predominante entre 35 e 46 anos (36,8%) e com mais de onze anos de graduação (60,6%). Com relação à escolaridade, cursaram o ensino fundamental (75,0%) e médio (75,0%), em escolas privadas. Em relação à graduação, 80,3% realizaram-na em escolas públicas, sendo a UFBA a maior formadora, a qual contribuiu para formação de 67,1% dos CDs. O ingresso na ESF foi por meio de seleção pública (88,2%). Ressalta-se ainda que grande parte não atua no setor privado (73,7%), sendo o serviço público o principal e único empregador.

**Conclusão:** O perfil profissional desse grupo pode ser considerado positivo, haja vista que a inserção no setor privado poderia comprometer as práticas desses profissionais, no setor público. Contudo, a formação específica, na área, pode ser um aspecto para melhoria dos gestores locais.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família, mercado de trabalho, perfil profissional.

## **The Socio-Demographic Profile of the Dental Surgeons on the Family Health Strategy in Salvador City.**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** the family health strategy has been consolidated as a way of action of the primary attention in Brazil. The introduction of mouth health actions have been motivated since 2001.

**Objective:** Identify the socio-demographic and occupational profile of the dentist- surgeons (DSs) in the Mouth Health Groups (MHG) of the Family Health Strategy (FHS) in Salvador city in 2008.

**Methodology:** A transversal cross-sectional descriptive study. Eighty-eight professionals formed the content of the research: Seventy-six of them agreed to participate of it, corresponding to a loss of 13, 6%. The data collect was made through a structured self-applied questionnaire with the aim to collect information about socio-economical and occupational conditions of the DSs, as a kind of formation in the post-graduation, insertion in the private department, work time, selection formation and work contract in the MHG.

**Results:** Most of the dentist-surgeons were female (75,0%), at the average ages of 35 to 46 years old (36,8%), having more the eleven years of graduation (60,6%). Related to school education, they studied at: high school (75,0%) and elementary school (75,0%) in private schools. Related to superior degree, (80,3%) studied at state universities, having UFBA (Federal University of Bahia) as the one which graduated the most of them, the one which contributed to the formation of (67,1%) of the DSs. The entrance to the FHS was through a public selection (88,2%). It is important to be known that most of them do not work at private department (73,7%), having the public service the main and the only one which is the employer.

**Conclusion:** The professional profile of this group can be considered positive once the insertion in the private department could damage the practicing of them in the public department. However, the specific graduation in the field can be an aspect to improve local managers.

**Key-words:** Family Health Strategy, labor market, professional profile.

## I. INTRODUÇÃO

A assistência odontológica pública, no Brasil, esteve em um plano secundário dentro das prioridades das políticas de Estado, em todo período republicano (ASSIS, 2006; GARCIA, 2006). A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas sempre foi pouco priorizada no processo de organização dos demais serviços públicos de saúde, predominando uma assistência odontológica de práticas individuais, com procedimentos cirúrgicos mutiladores, com ênfase nas extrações dentárias, até meados do século passado (RONCALLI, 1999; FREITAS, 2007).

Até o início do século atual, segundo Roncalli (1999), destacaram-se quatro modelos de assistência à saúde bucal no Brasil. O primeiro refere-se à odontologia sanitária e ao sistema incremental de atenção a estudantes entre 6-14 anos do sistema público de primeiro grau, que foram introduzidos, na década de 50, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), serviço este de enfoque curativo, com pouca ênfase em medidas preventivas. O segundo foi o movimento da Odontologia Simplificada e da Odontologia Integral, instituídas ao final dos anos 70, com ações de promoção e prevenção de problemas bucais, com ênfase nas ações coletivas e participação comunitária, com simplificação da prática odontológica e incorporação de pessoal auxiliar. O Programa Inversão da Atenção (PIA) foi um terceiro modelo, originário no sudeste do país, que visava estabilizar os problemas bucais, especialmente cárie dental, através de tecnologias preventivas ditas “modernas”. O modelo atual, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), poderá se consolidar na medida em que incorporou as equipes de saúde bucal, a partir do ano de 2001 (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde Bucal do atual governo, denominada Brasil Sorridente, pode ser considerada um avanço pela ênfase dada à incorporação das ESB na atenção básica, através da ESF e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para o atendimento à média complexidade.

As inserções do cirurgião-dentista (CD), do técnico de Saúde Bucal (TSB) e do auxiliar de Saúde Bucal (ASB), na ESF, ocorreram a partir de 2001 quando começaram a ser implantadas as ESBs (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008a). Até o final de 2008, a ESF no Brasil dispunha de 17.588 ESB, distribuídas em 4.567 municípios, correspondendo a 82,0% das cidades no país. A cobertura potencial dessas equipes chega a 50,0% da população, ou seja, cerca de 92 milhões de habitantes (BRASIL, 2008b). Apesar do aumento significativo de

novos postos de trabalho com a Estratégia de Saúde da Família, estes números ainda são insuficientes para atender às necessidades de saúde bucal da população (CFO, 2003).

A assistência à saúde bucal, na ESF, constitui-se em um novo espaço que exige práticas e relações a serem construídas e uma reorientação do processo de trabalho da saúde bucal, no âmbito dos serviços de saúde na medida em que, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), as ESB devem atender às demandas da população com ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação, por meio de medidas de caráter coletivo e individual, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2006b; CHAVES; VIEIRA-DA SILVA, 2007; BRASIL, 2006c).

Para Roncalli (2006), as mudanças das práticas no serviço, com priorização para as ações coletivas, tendo como eixo os estudos epidemiológicos e a estruturação de mecanismos de avaliação, proporcionariam a consolidação de um modelo que pode produzir resultados significativos.

Rodrigues (2000), ao discutir o perfil dos cirurgiões-dentistas dos serviços de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, aponta que a reorganização das atividades de saúde bucal na atenção básica, oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), só é possível com financiamento e a qualificação de recursos humanos. Segundo a autora, os recursos humanos têm papel fundamental nas transformações necessárias aos serviços, exigindo reflexões e revisões das estruturas, práticas e, principalmente, da atuação desses profissionais. Zanetti (2000) reforça a necessidade de desenvolvimento de habilidades indispensáveis ao serviço público que não são adquiridas na formação acadêmica do profissional.

Em estudo realizado sobre o perfil dos CDs da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Tristão (2002) diz que uma possível explicação para os resultados encontrados, em que a prática nos serviços se mostrou exclusivamente assistencialista e excludente, estaria relacionada ao modelo de formação flexineriano, assistencial, curativo, o que se constitui num dos maiores entraves à inserção da equipe de saúde bucal na ESF.

Baldani e colaboradores (2005), analisando os resultados de uma pesquisa com ESB, envolvendo 105 CDs, distribuídos em 77 municípios no Paraná, revelaram um perfil inadequado, defendendo a necessidade de formação de profissionais generalistas para a ESF.

O possível êxito da ESF dependeria também de uma mudança na *atitude* dos profissionais de saúde bucal que atuam na atenção básica (SILVEIRA, 2002; ARAÚJO, 2006). Essa mudança de atitude se refere ao desenvolvimento de habilidades necessárias ao serviço público que não são adequadamente aprendidas, durante a formação acadêmica do profissional (ZANETTI, 2001; BRASIL, 2004; ENATESPO, 2005).

A conjuntura atual de encolhimento do setor privado odontológico e a expansão dos planos privados de baixa remuneração (COVRE; ALVES, 2002; FALCÃO e colab., 2003), o declínio da prática através do desembolso direto e a baixa renda da população têm elevado a procura dos CDs pelos empregos públicos. Por outro lado, as baixas remunerações e a falta de condições de trabalho, no setor público, não têm estimulado os profissionais a exercerem essa atividade com exclusividade, transformando esse trabalho como complemento, como renda fixa, na expectativa de cumprir com as suas obrigações financeiras mínimas. A questão salarial, segundo UNFER (2001), representa 53,4% das queixas apresentadas pelos cirurgiões-dentistas no serviço público.

A prática, no exercício profissional da odontologia, é predominante no setor privado. Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Odontologia (2003) revelou que 89,6% dos cirurgiões-dentistas exercem sua atividade em consultórios ou clínicas, através de convênios, cooperativas ou prática liberal e que apenas 26,2% deles têm vínculo no serviço público.

Em estudo com 3.191 cirurgiões-dentistas do Estado de Goiás, Pereira e colaboradores (1997) observaram que 51,0% trabalhavam sob a forma liberal, sendo que 48,0% desses atendiam por sistema de convênios. Em outro estudo realizado pelo Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais, com 1.199 cirurgiões-dentistas, foi identificado que 65,9% dos profissionais atuavam como profissionais liberais em consultórios, sendo que 56,2% atendiam, através de convênios e credenciamentos (CROMG, 2000).

Por outro lado, observa-se que, mesmo com o encolhimento do campo privado da saúde bucal, no Brasil, e a grande expansão do campo público pela consolidação do SUS, as aspirações dos alunos da graduação em odontologia continuam voltadas para o setor privado da saúde (MATOS, 2006). A busca por uma atividade profissional liberal - ser um profissional autônomo - é o sonho e a expectativa de boa parte dos graduandos em odontologia, revelada nas investigações realizadas sobre o tema (SLAVUTZKY, 2002; MATOS, 2007).

Em outros países, esta relação entre o setor público e privado também se revela complexa. Estudo de Hancock no Reino Unido (1999), país com sistema de saúde público universal, avaliou a satisfação de 1506 usuários do serviço odontológico público e privado, apontou resultados que indicam que há uma preferência pelo serviço privado, motivada pela dificuldade de acesso ao serviço público e pela qualidade dos serviços privados, com a incorporação de novas tecnologias.

Calnan (2000), numa pesquisa desenvolvida com 1956 CDs, na Inglaterra, revelou a dupla militância dos profissionais no setor público e privado e a preferência destes pela



prática privada, tendo a remuneração como fator principal de suas escolhas, seguido da possibilidade da inovação tecnológica. Tais evidências surpreendem, haja vista ser esse um dos países com sistemas públicos de saúde mais equitativos e universais no mundo ocidental.

Resultados semelhantes foram observados por Watt (2004), com 317 profissionais do setor privado na Inglaterra, que revelaram a maior remuneração e regularidade no atendimento aos pacientes no setor privado, como elementos importantes, motivadores no dia-a-dia do trabalho profissional.

Por outro lado, estudo com abordagens da sociologia reflexiva tem apontado que a posição ocupada pelo agente, no espaço social, influencia suas condutas e suas práticas (BOURDIEU, 1992, 2003). As escolhas e tomadas de decisão desses agentes não estariam determinadas por modelos de intervenção ou influenciadas por motivação econômica. Para o sociólogo francês, as práticas são resultados de uma relação entre a situação e um *habitus*, a que estaria submetido o indivíduo. Para este autor (1996), um conjunto de disposições inconscientes socialmente adquiridas, denominado *habitus*, retrata as características intrínsecas e relacionais do agente, no espaço social em práticas. Com estas considerações, as diferenças de origem e trajetória social influenciam na constituição do *habitus*, mesmo no campo profissional onde o espaço e as posições sociais estariam próximos. Tendo em vista a conformação dos serviços de saúde, esse *habitus* pode retratar diferentes práticas de saúde bucal no campo público, dependendo da situação local da gestão.

A Estratégia de Saúde da Família tem sido vista como proposta ousada, exigindo mudanças substanciais nos modelos de atenção, podendo-se verificar o avanço no número de ESB em curto espaço de tempo. Nesta perspectiva e por entender a importância dos recursos humanos na implementação das políticas de saúde, este estudo visa conhecer o perfil dos cirurgiões-dentistas inseridos nas ESB, na capital do Estado da Bahia.

Assim, este estudo buscou investigar as características sociodemográficas e ocupacionais e as principais dificuldades enfrentadas pelos cirurgiões-dentistas, inseridos na ESF do município de Salvador, visando contribuir com o processo de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever o perfil dos cirurgiões dentistas inseridos na ESF, em Salvador-BA.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever as características sociodemográficas dos profissionais que atuam na ESF, no município de Salvador-BA;
2. Descrever as características ocupacionais (dupla-militância, forma de contratação, nível salarial, etc.) dos profissionais dessas ESF;
3. Caracterizar a origem social desses profissionais, identificando suas trajetórias sociais;
4. Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos CDs, nesse espaço de atuação profissional.

### III. METODOLOGIA

Este foi um estudo descritivo de corte transversal, junto aos CDs inseridos na ESF, no município de Salvador-BA, no ano de 2008. Foram incluídos todos os profissionais CDs com registro no Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CROBA) que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS).

A pesquisa foi registrada sob nº 009-08, no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e aprovada através do parecer nº 016-08 de 27 de maio de 2008.

Oitenta e oito profissionais constituíram o universo da pesquisa, sendo que destes, setenta e seis concordaram em participar da pesquisa, correspondendo a uma perda de 13,6%.

A coleta de dados foi feita, utilizando um questionário estruturado e validado (Apêndice B), adaptado de Silva (2002), para obter informações sobre as condições socio-demográficas e ocupacionais dos cirurgiões-dentistas na ESF.

O questionário (Apêndice B) foi dividido em quatro grupos de questões: o primeiro refere-se a informações sobre as condições sociodemográficas e ocupacionais (formação, dupla-militância, forma de contratação, capacitação prévia, nível salarial) dos cirurgiões-dentistas, objeto dessa investigação. As informações referentes às principais dificuldades foram descritas livremente, em espaço reservado, ao final do questionário.

Foi realizado um pré-teste do questionário junto a dez CDs da ESF, no município de Camaçari, região metropolitana de Salvador, para uma avaliação prévia sobre o nível de entendimento dos profissionais às questões colocadas e verificação das necessidades para possíveis ajustes. Neste pré-teste, os profissionais corresponderam com mais de 90,0% de respostas às questões formuladas.

O perfil profissional, nesse estudo, refere-se às características sociodemográficas e ocupacionais do profissional que poderiam se constituir num potencial facilitador de práticas adequadas ao campo da saúde pública.

As características sociodemográficas foram as seguintes:

1. Gênero – Refere-se a homens ou mulheres;
2. Faixa Etária - Foram estabelecidas três faixas etárias: 1) de 26 a 34 anos 2) de 35 a 46 anos 3) de 47 a 61 anos;

3. Estado civil – Refere-se à situação civil do profissional: se solteiro, casado/convivente, viúvo ou divorciado;
4. Ensino Fundamental – Verificou-se a formação escolar do profissional no ensino fundamental, se esta foi em escola pública ou privada;
5. Ensino Médio – Trata-se da formação escolar no ensino médio do profissional: em escola pública ou privada;
6. Ensino Superior – Refere-se à instituição onde o indivíduo se graduou: se em universidade pública ou privada;
7. Tempo de graduação – Observou-se o tempo de graduação dos profissionais. Foram considerados três grupos: 1) entre 1 e 10 anos; 2) entre 11 e 26 anos; 3) entre 23 e 28 anos;
8. Tipo de Especialização – Refere-se ao tipo de especialização concluída, ou seja, especialização em clínica, saúde coletiva ou outras áreas de atuação;
9. Escolaridade do Pai - Informação sobre a formação escolar do pai. Dividiu-se em dez categorias: 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino básico incompleto 4. Ensino básico completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Superior incompleto 8. Superior completo 9. Pós-graduação 10. Não freqüentou a escola;
10. Escolaridade da Mãe – Informação sobre a formação escolar da mãe. Dividiu-se em dez categorias: 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino básico incompleto 4. Ensino básico completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Superior incompleto 8. Superior completo 9. Pós-graduação 10. Não freqüentou a escola;
11. Origem escolar familiar – Os CDs que tinham um dos pais com formação superior foram considerados como de origem social alta. Aqueles que tinham os pais com nível de escolaridade até o segundo grau foram considerados de origem social baixa;
12. Trajetória social – Os CDs que tinham os pais com formação escolar até o ensino médio foram considerados de trajetória ascendente. Aqueles cujos pais já possuíam formação superior foram incluídos no grupo de trajetória social estável.
13. Atividade ocupacional do pai – Informação sobre a atividade ocupacional do pai. Dividiu-se em três categorias: 1. Qualificado - Profissionais liberais, empresários, fazendeiros, diretores de empresas, dirigentes da administração pública, administradores em organizações. 2 – Intermediário -autônomos ou empregados, especialistas qualificados em profissões de menor poder profissional, técnicos de nível médio nas diversas áreas. 3. Elementar -

autônomos ou empregados com tarefas de trabalho elementares, na indústria ou nos serviços (Santos, 2005).

14. Atividade ocupacional da mãe – Informação sobre a atividade ocupacional da mãe. Dividiu-se em três categorias: 1. Qualificado - Profissionais liberais, empresárias, fazendeiras, diretoras de empresas, dirigentes da administração pública, administradoras em organizações. 2 – Intermediário -autônoma ou empregada, especialista qualificada em profissões de menor poder profissional, técnicas de nível médio nas diversas áreas. 3. Elementar - autônoma ou empregada com tarefas de trabalho elementares na indústria ou nos serviços (Santos, 2005).

15. Capital ocupacional familiar dos CDs na ESF – Organizaram-se os cirurgiões-dentistas em duas categorias, de acordo com a atividade ocupacional dos pais. 1. Alto - para aqueles que possuíam pelo menos um dos pais em atividade ocupacional qualificado. 2. Baixo - para aqueles cujos pais possuíam atividade ocupacional intermediária ou elementar. De acordo com os critérios estabelecidos nas co-variáveis de número 13 e 14.

As principais características ocupacionais foram as seguintes:

1. Ingresso na ESF - Procurou-se identificar a forma de acesso dos profissionais ao serviço, se por concurso público, seleção pública, indicação, convite ou outra forma de ingresso;
2. Forma de contratação - Verificou-se a forma de contrato dos profissionais com o município, se eram profissionais com carteira de trabalho assinada, servidores públicos estatutários ou prestadores de serviço;
3. Carga horária na ESF – Trata-se da carga horária de trabalho semanal do cirurgião-dentista no serviço;
4. Distrito Sanitário de atuação - A cidade de Salvador é dividida em 12 distritos sanitários e os profissionais estão assim distribuídos: Cabula-Beiru, Itapajipe, Subúrbio Ferroviário, Boca do Rio, Itapuã, Centro Histórico, Liberdade, Brotas, Barra-Rio-Vermelho, Cajazeiras, Pau da Lima e São Caetano-Valéria;
5. Treinamento na ESF – Informação se o profissional participou de treinamento para atuação no serviço;
6. Propriedade de consultório privado – Informa a condição do consultório privado do profissional, se próprio ou alugado;
7. Trabalho por porcentagem – Refere-se ao tipo de remuneração dos profissionais não proprietários de consultório, se a remuneração era por porcentagem ou outro tipo;
8. Saúde suplementar – observou-se se o profissional atendia a convênios no consultório particular;

9. Renda mensal no setor privado – Informa sobre o rendimento do cirurgião-dentista no serviço privado. Foram consideradas três faixas salariais: 1. Até cinco salários mínimos (SM) 2. Maior que cinco e menor que dez salários mínimos (SM) 3. Maior que dez salários mínimos (SM);
10. Renda mensal no setor público – Informa sobre o rendimento do cirurgião-dentista no serviço público. Foram consideradas três faixas salariais: 1. Até cinco salários mínimos (SM) 2. Maior que cinco e menor que dez salários mínimos (SM) 3. Maior que dez salários mínimos (SM);
11. Tipo de inserção profissional - Foram considerados exclusivos do setor público aqueles que atuam no serviço público com exclusividade e, com dupla militância, aqueles que atuam no setor serviço público e privado;
12. Tempo no Serviço na ESF – Refere-se ao tempo no serviço, na ESF de Salvador. Foram criadas duas faixas: até cinco anos e superior a cinco anos no serviço.

Sobre a formação profissional, as informações solicitadas foram:

1. Origem da Graduação – Refere-se à instituição em que o CD concluiu o curso de odontologia. Dividiu-se em duas categorias: 1. pública, para os CDs que realizaram o curso em universidade pública 2. privada, para os CDs que realizaram o curso em universidade privada.
2. Pós- graduação - Informa se realizaram cursos de pós-graduação. Dividiu-se em duas categorias: 1. Sim, para os que realizaram 2. Não, para os que não possuíam o curso de pós-graduação.
3. Tipo de pós-graduação – Informações sobre a pós-graduação realizada. Dividiu-se em três categorias: 1. especialização 2. mestrado 3. doutorado.
4. Área de pós-graduação – Refere-se à área de pós-graduação. Dividiu-se em três categorias: 1. Saúde pública 2. Clínica/Prótese 3. Outras áreas.
5. Capacitação para a ESF - Informa se realizaram capacitação para a ESF. Dividiu-se em duas categorias: 1. Sim, para os que realizaram 2. Não, para os que não possuíam o curso de capacitação.
6. Tipo de Capacitação – Informações sobre a capacitação realizada. Para os que disseram ter realizado, dividiu-se em duas categorias: 1. Introdutório à ESF 2. Outros cursos.

Perguntou-se aos CDs sobre as principais dificuldades enfrentadas no setor público.

As respostas eram livres e abertas. Estas respostas foram categorizadas em cinco grupos:

1. Dificuldades de infra-estrutura
2. Dificuldades de ordem trabalhista

3. Dificuldades de organização do serviço
4. Dificuldades do processo de trabalho da equipe
5. Outros

O questionário (Apêndice B) foi aplicado, no período de março a julho de 2008, com uma Carta de Apresentação da Pesquisa (Apêndice C) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Os dados foram digitados no programa Epi 6.0 e, para análise estatística, foi utilizado o SPSS Win 11.0. Foram calculadas as frequências simples e relativas.

## IV. RESULTADOS

A pesquisa revelou que, dos CDs inseridos na ESF, no município de Salvador, grande parte era do sexo feminino (75%), casados (65,8%), com faixa etária predominante entre 35 e 46 anos (36,8%) e mostrou ainda que a maioria dos profissionais possuem mais de onze anos de graduação (60,6%). Predominantemente, os CDs cursaram o ensino fundamental (75,0%) e médio (75,0%), em escolas privadas (Tabela 1). Essa mesma tendência foi observada para a graduação em odontologia, a qual revela que 80,3% dos profissionais são oriundos de Instituições Públicas, sendo que a UFBA foi a Instituição mais representativa, respondendo pela formação de 67,1% desses profissionais. Chamou a atenção que a maioria referiu ter realizado cursos de pós-graduação, em nível de especialização (73,7%) e destes 71,5%, na área de saúde coletiva (Tabela 3).

O ingresso, no serviço, fez-se através de seleção pública (88,2%), com carga horária de 40 horas semanais e apresenta contrato de trabalho de acordo com as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (65,8%). O tempo no serviço na ESF foi menor que cinco anos para 89,4% dos profissionais, sendo que a maioria dos participantes (71,2%) atua nos distritos ferroviários, São Caetano, Valéria, Cajazeiras e Barra-Rio Vermelho (Tabela 2).

Do total de CDs, 73,7% atuam exclusivamente no serviço público, com renda entre cinco e dez salários mínimos (69,8%). Entre aqueles que exercem também a clínica privada (26,3%), metade são proprietários do consultório e metade trabalha por percentagem (40,0%). A maioria não atende a convênios, limitando-se aos pacientes de desembolso direto (60,0%). Os resultados apontam ainda que a renda auferida, no setor privado, é menor que a do serviço público para grande parte dos profissionais com dupla militância, ou seja, a renda no setor público ficou entre cinco e dez salários mínimos (69,8%) e, no setor privado, é de até cinco salários mínimos (45,0%) (Tabela 2).

As principais dificuldades relatadas, referentes à infra-estrutura, foram: irregularidades na manutenção e fornecimento de materiais (76,3%), a falta de equipamentos (sugador, cadeiras, mangueiras, fotopolimerizador e autoclaves) (26,3%), falta de carro para deslocamento na unidade (18,42%), precárias instalações da USF (infiltração no telhado, com vários ambientes isolados) (9,2%), falta de manutenção do consultório (5,3%) e a falta de consultório instalado (3,9%). Os problemas de ordem trabalhista foram referentes à falta de



vínculo no emprego, gerando insegurança aos profissionais (26,3%) e o atraso no pagamento dos salários (7,9%). As dificuldades apontadas, relacionadas àquelas da organização do serviço de saúde, referiram-se ao atendimento de uma grande demanda reprimida, sendo um CD para duas equipes na ESF (25,0%), insuficiência de material educativo (9,2%), falta de supervisão no serviço (7,9%), falta do conselho de saúde na unidade (5,3%), fraca conscientização da comunidade a respeito dos serviços ofertados pela USF (3,9%), deficiência de locais de referência para os procedimentos de média complexidade (2,6%), falta de um programa de gerenciamento de resíduos/vigilância sanitária (2,6%), e a má qualidade dos materiais fornecidos (2,6%). As dificuldades do processo de trabalho foram menos referidas. Destacaram-se a falta de cursos de capacitação (9,2%), ausência de ações com a equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros e ACS (7,9%), desinteresse da ASB por atividades em campo (1,3%) e poucas atividades interdisciplinares (1,3%). Outros fatores foram referidos pelos CDs, como dificuldade para o exercício na ESF: a violência na área, prejudicando as ações coletivas (1,3%) e o desconhecimento dos órgãos públicos sobre a verdadeira situação da saúde, em Salvador (1,3%). Os CDs disseram estar proibidos de realizar quaisquer atividades, fora da USF, por determinação da SMS (1,3%) e destacaram a distância da Unidade para o centro da cidade de Salvador (1,3%).

## V. DISCUSSÃO

O estudo revelou algumas características predominantes nos CDs inseridos, na ESF. A maioria é do sexo feminino (75,0%), apresentando um quadro de feminilização na profissão, já demonstrado também nos estudos de Bastos (2002), Araújo (2006), Matos (2006), Maciel (2006) e Macedo (2007).

A faixa etária predominante foi de 26 a 46 anos (72,4%), demonstrando um grupo considerado jovem na cadeia produtiva, podendo isso ser um elemento importante para implementação de um novo modelo de atenção que priorize a atenção primária, com ênfase nas práticas coletivas (BRASIL, 2006b). Tais atividades vêm sendo incluídas nos currículos de graduação das universidades, o que contempla a formação dos profissionais graduados mais recentemente.

Os CDs, em sua maioria, têm dedicação exclusiva ao serviço público (73,7%), no principal vínculo empregatício pelas normas da CLT (65,8%) e, à semelhança das evidências dos resultados obtidos no estudo de Girardi e colaboradores (2003), o ingresso no serviço se deu por seleção pública (88,2%). Contudo, há uma proporção considerável de profissionais como prestadores de serviços (34,2%), sem os direitos trabalhistas previstos na CLT. Os contratos de trabalho, celebrados com empresas terceirizadas, ainda que no regime CLT, apontam para a precariedade e a instabilidade das relações de trabalho destes profissionais. Isso foi identificado como uma das principais dificuldades enfrentadas na atenção primária, em Salvador, podendo contribuir para a desmotivação e insatisfação do profissional, comprometendo, dessa forma, a qualidade e continuidade da assistência à saúde, prestada à população.

Souza (2005), ao avaliar a incorporação da saúde bucal, na ESF do Rio Grande do Norte, apontou para as precárias relações de trabalho, em que os profissionais firmam contratos temporários com os municípios e afirmou que somente aqueles CDs que já faziam parte do serviço como estatutários e foram remanejados para as ESB, mantiveram a estabilidade. Este estudo também observou o não cumprimento da carga horária contratada por parte dos profissionais, baixa remuneração salarial e, diferentemente do presente estudo, contratação através da indicação.

No estudo de Girard e colaboradores (2003), a maioria dos contratos dos CDs nas ESF foi de livre contratação (61,3%), sendo que 45,0% destes foram contratos temporários. Os

resultados apontam ainda que a renda auferida, no setor privado, seja menor que a do serviço público para grande parte dos profissionais com dupla militância. Estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007) revelou que, apesar da baixa remuneração no setor privado, a dupla militância se mantém por fatores que vão além da motivação econômica, como questões relacionadas às disposições dos agentes dentro do campo onde se inserem. O exercício da odontologia é predominante no campo privado, e dentro do conceito de habitus, disposições inconscientes do sociólogo Pierre Bourdieu, é de se esperar esta preferência dos agentes pelo campo privado no exercício da odontologia.

Chamou a atenção que, na ESF de Salvador, a maioria dos profissionais está atuando exclusivamente no serviço público (73,7%). Este é um aspecto positivo, pois o exercício, no setor privado, pode ser até mais motivador, pela possibilidade de uma melhor remuneração, maior facilidade na implementação de inovações tecnológicas, mas provavelmente iria comprometer as atividades e o interesse pelo serviço público, o qual apresenta uma lógica própria, com diferenças no modelo de atenção com ênfase nas ações coletivas, no controle de riscos, exigindo profissionais com formação generalista e com menor fragmentação.

Outro aspecto de relevância foi a remuneração dos profissionais na ESF. A maioria relatou uma renda superior no setor público, em relação ao setor privado. Isto ratifica o trabalho de Covre e Alves (2002), que demonstrou o encolhimento do setor privado odontológico, a dificuldade do exercício profissional, no subcampo privado, pelo avanço da odontologia de mercado, com o assalariamento progressivo dos CDs, realidade já verificada no campo médico, desde a década de 70, com a expansão dos planos privados de saúde (DONNANGELO, 1975).

Em Salvador, as ESBs foram inseridas, na ESF, a partir do ano 2001. Portanto, o serviço no município tem apenas sete anos da sua implantação e, por se tratar de uma nova abordagem na assistência à saúde com prioridade para práticas de promoção a saúde, (sugestão: para práticas de promoção ao bem estar do cidadão) envolve novos saberes e práticas dos profissionais, bem como exige novas formas de relação com a comunidade.

Chamou a atenção que 39,5% dos CDs possuem até cinco anos de graduação. Tal característica aponta para uma busca dos mais jovens pelo serviço público, possivelmente por identificá-lo como um novo mercado de trabalho, o que se deve também pelo aumento dos postos de trabalho no SUS. Contudo, como alerta Matos (2006), as aspirações dos CDs ainda estão relacionadas ao campo privado. Em seu estudo, as aspirações dos alunos de trabalhar no serviço público, no início da carreira, foram claramente associadas a uma oportunidade de

remuneração fixa que pudesse bancar economicamente o acesso a uma melhor qualificação que os possibilitasse ampliar as chances de competitividade para inserção na esfera privada.

Dentre as dificuldades para a assistência à saúde bucal, no município de Salvador, Soares (2007) aponta a falta de uma política de educação permanente para o cirurgião-dentista e pessoal auxiliar, a falta de planejamento e programação, nas ESB, e a falta de utilização da epidemiologia como ferramenta para organizar os serviços.

Facó (2005) argumenta que a Universidade, como centro formador por excelência de recursos humanos odontológicos, não tem proporcionado elementos técnicos que permitam aos estudantes compreender a realidade social da profissão, graduando-os num modelo que atende ao serviço privado, porém distante para atender às necessidades do serviço público.

Para Aerts, e colaboradores (2004), é necessária a readequação dos cursos de odontologia para formar profissionais a exercerem uma prática que atenda ao SUS e à contínua capacitação dos profissionais já graduados atuando no sistema.

Esse estudo revelou uma grande proporção de CDs com pós-graduação, na área da saúde coletiva. Tal evidência pode ser considerada favorável para o bom desempenho profissional na ESF. Araújo (2006) realizou uma pesquisa com vinte e um cirurgiões-dentistas da ESF do Rio Grande do Norte, a qual revelou que os CDs entrevistados apresentam um perfil profissional voltado para a clínica e que, na sua formação, os cursos realizados por eles foram voltados para as especialidades de Prótese, Dentística, Periodontia e Cirurgia, não havendo relação com a saúde pública, demonstrando uma inadequação para atuação no PSF. Resultado semelhante foi revelado na pesquisa realizada com os CDs do estado do Espírito Santo (CROES, 2002), que manifestaram suas preferências, na pós-graduação, pelas áreas de Prótese (15,5%), Ortodontia (14,1%) Dentística (14,1%) e Endodontia (13,4%). Para Capel (1991), o serviço público precisa dispor de uma política de recursos humanos para a atenção à saúde bucal e deve ser dotado de profissionais que atendam às necessidades da população, com uma prática orientada à promoção da saúde.

Diferente dos estudos citados, o resultado dessa pesquisa sobre a formação profissional, em Salvador, revelou que o perfil encontrado dos cirurgiões-dentistas estava relativamente adequado a um grande número de especialistas em saúde coletiva, embora não se conheça a origem dessa formação e sugere que se considerem as idéias do filósofo francês Pierre Bourdieu (1992) quando este afirma que a escola simplesmente não teria a capacidade de promover estas transformações nos indivíduos, destacando a importância da origem social e cultural, a qual os agentes trazem consigo durante o seu desenvolvimento escolar e profissional. Essa mesma perspectiva é corroborada por Macedo (2007) quando esse admite

que a Estratégia de Saúde da Família requer uma visão ampliada da saúde, com atendimento multidisciplinar, pressupostos da saúde coletiva.

A origem social dos profissionais de odontologia é diferenciada e acima da média dos padrões da população, em nosso país. Os dados coletados ratificam a pesquisa INEP/MEC (2006), revelando que 51,3% dos profissionais têm origem escolar familiar com nível superior, o que explica uma trajetória social estável destes profissionais. O capital ocupacional acompanhou a origem social familiar, apresentando 53,9% dos cirurgiões-dentistas com origem sócio-ocupacional dos pais com nível alto, considerando os padrões brasileiros.

## **VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diferentemente dos estudos encontrados na literatura sobre o tema, os resultados apresentados nesta pesquisa sobre o perfil dos cirurgiões-dentistas, inseridos na ESF, no município de Salvador, revelaram profissionais com bom potencial e condições técnicas para o trabalho na ESF. Apesar dos graves problemas político-administrativos da gestão da saúde, no município de Salvador, no período analisado, como a falta de manutenção de equipamentos, de materiais para o serviço, inclusive a quebra dos contratos de trabalho, com atraso de salários constantes, encontrou-se um grupo de cirurgiões-dentistas cuja maioria possui dedicação exclusiva ao serviço público e com relativa formação em saúde coletiva. Estes elementos são diferenciados e podem ser potencialmente facilitadores para a implementação e desenvolvimento deste modelo de assistência à saúde, que exige um profissional generalista, relacionado com a atenção primária, com foco nos procedimentos coletivos, com visão ampliada do conceito de saúde, em que os aspectos sociais são vistos como determinantes do processo saúde-doença.

As dificuldades apontadas pelos profissionais para o exercício do trabalho, na ESF, como as questões de infra-estrutura e de organização do serviço, a falta da supervisão, do planejamento da gestão e da avaliação de resultados, são entraves para o bom desenvolvimento do serviço e podem comprometer, de forma substancial, o processo de trabalho e a motivação dos profissionais.

Os estudos sobre o tema e esta investigação, em particular, reafirmam a necessidade de melhor qualificação da gestão e da formação profissional para o êxito na implementação do modelo de atenção, proposto pela Estratégia de Saúde da Família.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assis LN (2006). *Políticas de Saúde Bucal no período Pós Constituinte (1988-2004)*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia.
2. Aerts D, *et al.* (2004). O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):131-138.
3. Araújo YP, Dimenstein M (2006). Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):219-227.
4. Bourdieu P (1992). Estruturas, habitus e práticas. In: Bourdieu P (Org.). *Esboço de uma teoria da prática*. São Paulo: Ática; 1992. p.60-81.
5. Bourdieu P (2003). *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand; 17.2(2):7-29.
6. Bourdieu P (1996). *Espaço social e espaço simbólico*. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, São Paulo: 13-34.
7. Brasil (1990). *Lei 8.080/90*. Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 19 de setembro de 1990.
8. Brasil (2001). Ministério da Saúde. *Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001 publicada no diário oficial da união de 07 de março de 2001, seção 1, p. 67, Brasília, DF.
9. Brasil (2006a), Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde bucal*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 92 p. il. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília- DF.
10. Brasil (2006b). Ministério da Saúde. *Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, Brasília, DF.
11. Brasil (2006c). *Organização Pan-Americana da Saúde*. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Costa JFR, Chagas, LD, Silvestre RM (Orgs.). Brasília, DF. 67p.: il.
12. Brasil (2006 d). INEP/MEC. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Hadad AE e outros (Org.). Brasília, DF.
13. Brasil (2008a). *Lei No 11.889*. Regulamenta as profissões auxiliares da odontologia. Em 24 de dezembro de 2008, Brasília, DF.
14. Brasil (2008b), Ministério da Saúde, DAB. *Credenciamento e Implantação da Estratégia de Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

15. Calnan M, Silvester S, Manley G, Taylor, GP (2000). Doing business in the NHS: exploring dentists' decisions to practice in the public and private sectors. *Sociology of Health & Illness*, 22(6):742-64.11.
16. Conselho Federal de Odontologia (CFO) (2003). *Perfil profissional*. Inbrape pesquisas. Disponível em: <[http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil\\_CD.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_CD.pdf)>. Acesso em: 23 dez. 2007.
17. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CROMG) (2000). *Perfil do profissional de odontologia de Minas Gerais*. Disponível em: <<http://www.cromg.org.br>>. Acesso em: 04 nov. 2008.
18. Conselho Regional de Odontologia do Espírito Santo (CROES) (2002). *Perfil sócio-econômico do cirurgião-dentista do Espírito Santo*. Disponível em: <<http://www.croes.org.br>>. Acesso em: 12 nov. 2008.
19. Chaves SC, Silva LMV (2007). As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6):1697-1710.
20. Covre E, Alves S (2002). *Regulação e saúde: planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
21. Donnangelo, MCF (1975). *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.
22. Facó EF, Viana, BN (2005). O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará RBPS 2005; 18(2):70-77.
23. Falcão AFP, Ribeiro, PCA, Silva CAL, Cruz RCW (2001). *Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco*, 4(2)107-116, jul./dez.
24. Freitas CHSM (2007). Dilemas no exercício profissional da odontologia: a autonomia em questão. *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, 11(21)25-38, jan./abr.
25. Garcia DV (2006). *A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UFRJ, RJ.
26. Girardi SN, Carvalho CL (2003). Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: Falcão, A.; Santos Neto, PM., Costa, PS., Belisário, SA. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 1-460.
27. Hancock M, Calnan M, Manley G (1999). Private or NHS General Dental Service care in the United Kingdom? A study of public perceptions and experiences *Journal Public Health Med*. 21(4):415- 420.



28. Macedo CLSV, Martelli PJJ, Medeiros KR, Silva SF, Cabral APS, Pimentel FC, Monteiro IS (2007). Perfil do Cirurgião Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos>>. Acesso em: 23 nov. 2008.
29. Maciel CF, Barcellos A, Miotto MHMB (2006). Perfil dos cirurgiões-dentistas do Programa de Saúde da Família da grande Vitória. UFES. *Revista odontológica*, 8(3)31-37.
30. Matos M (2007). *Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de Odontologia da Bahia*. Dissertação (Doutorado) - Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia.
31. Pereira MF, Botelho TL (1997). Perfil do cirurgião-dentista no Estado de Goiás – parte I. *Rev. Fac. Odontol.U.F.G.*, 1(1):37-40.
32. Roncalli AG, Arciere RM, Unfer B, Costa ICL, Moraes E, Saliba NA (1999). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*: II(1):jan./mar.
33. Roncalli AG (2006) Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):105-114.
34. Santos JAF (2005). Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *RBCS*, 20(58)jun.
35. Silva AP (2002). *A prática da equipe no programa de saúde da família*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
36. Soares CLM (2007). *A política nacional de saúde bucal no âmbito municipal*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - ISC/UFBA.
37. Souza TMS (2005). *A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial*. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
38. Tristão SK (2002). *Perfil dos cirurgiões dentistas da atenção básica interessados pelo programa saúde da família da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro*. In: CONGRESSO DA ABRASCO. Trabalho apresentado como comunicação coordenada.
39. Unfer B, Saliba O (2001). O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 2(2):45-51.
40. Zanetti CHG (2000). A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. *Ação Coletiva*, Brasília:ABOSC, DF, 2.1(6).
41. Zanetti CHG (2001). *A crise e a perda da sustentabilidade da odontologia brasileira: perspectivas para uma Agenda 21 da Saúde Bucal*. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>>. Acesso em: 09 dez. 2007.

42. Watt R, Macglone P, Evans D, Boulton S, Jacobs J, Graham S, Appleton T, Perry S, Sheiham A (2004). The facilitating factors and barriers influencing change in dental practice in a sample of english general dental practitioners. *British Dent. Journal* 197(8):485-89.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Modelo de questionário perfil dos CD's.

|  |   |
|--|---|
| <b>INSTITUTO DE SAUDE COLETIVA DA UFBA</b><br><b>Perfil e práticas dos CDs na ESF em Salvador-Ba</b> | <b>QUESTIONÁRIO</b><br><b>PERFIL DOS CD'S</b> |
|--|---|

Orientação: Este questionário tem como objetivo conhecer o perfil de capacitação dos cirurgiões dentistas da ESF, em Salvador-Ba. Por favor, responda a todos os itens. Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Na dúvida, opte pela primeira alternativa que pensou. Tenha em mente as suas próprias percepções ao responder ao questionário. Nós estamos perguntando o que você acha de acordo com os seus sentimentos e não como deveriam ser os serviços. A sua informação será mantida em sigilo, sendo impossível recuperar a identidade do respondente. Os procedimentos de acordo Portaria nº 648/GM de 2006 (BRASIL, 2006).

#### 1. Características sócio-ocupacionais

|   |
|---|
| Sexo: M__ F__ Data de nascimento ___/___/___ Data preenchimento questionário: ___/___/08<br>Estado civil: solteiro <input type="checkbox"/> casado/convivente <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> Ano da Graduação _____  |
| Ano admissão na ESF _____ <input type="checkbox"/> Horas por semana na ESF _____  |
| 1.1 Qual a forma de ingresso na ESF?<br>Concurso público <input type="checkbox"/> Seleção pública <input type="checkbox"/> Indicação <input type="checkbox"/> Convite <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____   |
| 1.2 Qual é o tipo de vínculo empregatício?<br>CLT (carteira assinada c/benefícios) <input type="checkbox"/> Estatutário (servidor público) <input type="checkbox"/> Prestador de serviço <input type="checkbox"/>   |
| 1.3 Instituição onde se formou<br>UFBA <input type="checkbox"/> UEFS <input type="checkbox"/> FBDC <input type="checkbox"/> FTC <input type="checkbox"/> UNIME <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____ (especificar estado)   |
| 1.4 Profissão/ocupação (passada ou atual) do pai _____<br>1.5 Qual a escolaridade do pai?<br>1. Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 2. Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino básico incompleto <input type="checkbox"/><br>4. Ensino básico completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino médio completo <input type="checkbox"/><br>7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação <input type="checkbox"/><br>10. Não freqüentou a escola <input type="checkbox"/> 11. Sem informação |
| 1.6 Profissão/ocupação (passada ou atual) da mãe _____  |
| 1.7 Qual a escolaridade da mãe?<br>1 Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 2. Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino básico incompleto <input type="checkbox"/><br>4. Ensino básico completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino médio completo <input type="checkbox"/><br>7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 10. Não freqüentou a escola <input type="checkbox"/> 11. Sem informação   |
| 1.8 Você fez o curso fundamental em? 1.9 Você fez o curso médio em?<br>Escola pública <input type="checkbox"/> Escola privada <input type="checkbox"/> Escola pública <input type="checkbox"/> Escola privada <input type="checkbox"/>  |
| 1.10 Possui Pós-graduação?<br>Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/><br>Qual ? _____  |

1.11 Realizou capacitação para atuar no PSF ? Sim  Não  Quais? \_\_\_\_\_

1.12 Trabalha em clínica privada ? Sim  Não  Horas por semana na clinica privada \_\_\_\_\_

1.13 Atende a convênios ou planos de saúde? Sim  Não

1.14 Quais os principais? Cite três \_\_\_\_\_

1.15 É proprietário do consultório? Sim  Não

1.16 Aluga turnos em consultório de outra pessoa? Sim  Não

1.17 Trabalha por percentagem? Sim  Não

1.18 Qual o rendimento mensal no setor público em Salários Mínimos (415 reais)?  
 1)Sem rendimento  2)Até 1 SM  3)Mais de 1 a 2 SM  4)Mais de 2 a 3 SM   
 5)Mais de 3 a 5 SM  6)Mais de 5 a 10 SM  7)Mais de 10 a 20 SM  8)Mais de 20 SM  9)Sem Informação

1.19 Qual o rendimento mensal no setor privado em Salários Mínimos ( 415 reais)?  
 1)Sem rendimento  2)Até 1 SM  3)Mais de 1 a 2 SM  4)Mais de 2 a 3 SM  5)Mais de 3 a 5 SM   
 6)Mais de 5 a 10 SM  7)Mais de 10 a 20 SM  8)Mais de 20 SM  9) Sem Informação

Nos módulos 2, 3 e 4, para identificar a freqüência das ações, disponibilizamos os termos: ***nunca, raramente, freqüentemente e sempre***. Observe que existem procedimentos, como “FEIRA DE SAÚDE”, que, se realizados trimestralmente, entendemos como resposta adequada “ S= sempre”. Entretanto, as AÇÕES COLETIVAS que devem estar no programa semanal de atividades, se realizadas trimestralmente, entendemos como resposta adequada “Raramente”.

## 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – PROMOÇÃO A SAÚDE

| LEGENDA:   | N = Nunca realiza | R = Raramente realiza | F = Freqüentemente realiza | S = Sempre realiza |
|--|-------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|
| ATIVIDADES DE PROMOÇÃO À SAÚDE (PRÁTICAS COLETIVAS)  | N                 | R                     | F                          | S                  |
| 2.1 PARTICIPA DE FEIRA DE SAÚDE  |                   |                       |                            |                    |
| 2.2 AÇÕES COLETIVAS DE CUIDADOS A SAÚDE EM ESCOLARES   |                   |                       |                            |                    |
| 2.3.AÇÕES COLETIVAS DE CUIDADOS COM A SAÚDE EM GRUPOS (IDOSOS, GESTANTES...)   |                   |                       |                            |                    |
| 2.4.TRABALHO COM ORIENTAÇÃO A HÁBITOS SAUDÁVEIS (higiene bucal, condicionamento físico)  |                   |                       |                            |                    |
| 2.5.TRABALHO COM ORIENTAÇÃO ALIMENTAR  |                   |                       |                            |                    |
| 2.6 REALIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR REGULAR  |                   |                       |                            |                    |
| 2.7 REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO PARA O PLANEJAMENTO E A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES  |                   |                       |                            |                    |
| 2.8 REALIZAÇÃO DE SUPERVISÃO TÉCNICA DO THD E ACD.   |                   |                       |                            |                    |
| 2.9 PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE  |                   |                       |                            |                    |
| 2.10 ACOMPANHAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES REFERENTES À SAÚDE BUCAL COM OS DEMAIS MEMBROS DA ESF, BUSCANDO APROXIMAR E INTEGRAR AÇÕES DE SAÚDE DE FORMA MULTIDISCIPLINAR. |                   |                       |                            |                    |

### 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – CONTROLE DE RISCOS

| LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza<br>F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| ATIVIDADES DE PREVENÇÃO A DOENÇAS (PRÁTICAS NO CONSULTÓRIO)                                       | N | R | F | S |
| 3.1 APLICAÇÃO DE FLUOR  |   |   |   |   |
| 3.2 APLICAÇÃO DE SELANTE  |   |   |   |   |
| 3.3 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO   |   |   |   |   |
| 3.4 CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (C/REVELAÇÃO DE PLACA)   |   |   |   |   |
| 3.5 HIGIENE BUCAL SUPERVISIONADA NA CADEIRA ODONTOLÓGICA  |   |   |   |   |
| 3.6 DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CANCER BUCAL   |   |   |   |   |
| 3.7 PROFILAXIA  |   |   |   |   |

### 4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – CONTROLE DE DANOS

| LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza<br>F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| ATIVIDADES CLÍNICAS NA USF (PRÁTICAS INDIVIDUAIS)  | N | R | F | S |
| 4.1 CONSULTA ODONTOLÓGICA  |   |   |   |   |
| 4.2 CAPEAMENTO PULPAR (DIRETO OU INDIRETO)   |   |   |   |   |
| 4.3 CIRURGIA ORAL MENOR  |   |   |   |   |
| 4.4 CURETAGEM SUPRAGENGIVAL  |   |   |   |   |
| 4.5 CURETAGEM SUBGENGIVAL  |   |   |   |   |
| 4.6 EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS   |   |   |   |   |
| 4.7 EXODONTIA DE DENTES PERMANENTES  |   |   |   |   |
| 4.8 RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO   |   |   |   |   |
| 4.9 RAIOS X PERIAPICAL   |   |   |   |   |
| 4.10 RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA   |   |   |   |   |
| 4.11 RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL   |   |   |   |   |
| 4.12 URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS  |   |   |   |   |
| 4.13 ENCAMINHA USUÁRIOS A OUTROS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA (referência), RESPONSABILIZANDO-SE POSTERIORMENTE PELO ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO E O SEGUIMENTO DO TRATAMENTO (contra-referência) |   |   |   |   |

### 5. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR VOCÊ NA USF?

---



---



---



---

**APÊNDICE B – Carta de apresentação da pesquisa.**

|  |   |
|--|---|
| <b>INSTITUTO DE SAUDE COLETIVA DA UFBA<br/>Perfil e práticas dos CDs no ESF em Salvador-Ba</b> | <i>Carta Apresentação<br/>da Pesquisa</i> |
|--|---|

**Paulo Cesar Alcântara Ribeiro – Mestrando  
Profa. Sonia Cristina Lima Chaves – Orientador**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA**

Salvador 27 de fevereiro de 2008

**Caro (a) Cirurgião-dentista (a)**

Eu, Paulo Cesar Alcântara Ribeiro, aluno do curso de mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA estou desenvolvendo um projeto para avaliar o perfil e as práticas dos cirurgiões-dentistas da ESF do Estado da Bahia. Visando adquirir subsídios para este trabalho, contamos com a sua prestimosa colaboração no sentido de que nos forneça as informações solicitadas no questionário em anexo.

Informamos que o referido questionário pode ser retornado por meio do cartão resposta, sem qualquer ônus.

Certo de sua atenção, agradeço antecipadamente.

---

Paulo César Alcântara Ribeiro -CD  
Aluno do Curso

## APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

|  |   |
|--|---|
| <b>INSTITUTO DE SAUDE COLETIVA DA UFBA</b><br><b>Perfil e práticas dos CDs no ESF em Salvador-Ba</b> | <i>Carta Apresentação<br/>da Pesquisa</i> |
|--|---|

**Paulo Cesar Alcântara Ribeiro – Mestrando**  
**Profa. Sonia Cristina Lima Chaves – Orientador**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações, aqui contidas, foram fornecidas para o cirurgião-dentista Paulo César Alcântara Ribeiro, objetivando firmar acordo por escrito, mediante o qual o (a) cirurgião-dentista, abaixo identificado, autoriza a utilização das informações fornecidas, com livre arbítrio e sem coação.

- 1.Título da pesquisa:** Perfil e práticas dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família, no município de Salvador
- 2.Objetivo principal:** Avaliar o perfil e práticas dos cirurgiões-dentistas, lotados na Estratégia de Saúde da Família, no município de Salvador.
- 3.Metodologia:** Coleta de dados realizada por meio de questionários, os quais serão respondidos pelos cirurgiões-dentistas participantes da ESF, no município de Salvador.
- 4.Benefícios:** Os resultados da pesquisa permitirão conhecer o perfil e as práticas dos cirurgiões-dentistas, lotados na Estratégia de Saúde da Família, no município de Salvador, estado da Bahia, visando contribuir com a construção do SUS.
- 5.Risco:** Não há riscos envolvidos com a participação na presente pesquisa.
- 6.Garantia de sigilo de identidade:** Os dados obtidos serão sigilosos e as instituições não serão identificadas em nenhuma hipótese.
- 7.Ressarcimento financeiro:** Nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação na pesquisa.
- 8.Retirada do consentimento:** Os profissionais que desejarem podem deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade.

Eu, \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_, certifico que, após leitura desse documento, estou de acordo com a realização do estudo e, em caso de dúvidas, posso me reportar ao pesquisador, CD – Paulo César Alcântara Ribeiro, tel.: (71) 3353-9898, (71) 8718-1954 e/ou e-mail: paulloribeiro@hotmail.com

Salvador, 27 de fevereiro de 2008

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – Quadro e tabelas.

**Quadro 1 - Dificuldades referidas pelos CDs (n=76) em número de relatos, para executar as atividades da ESF em Salvador, Bahia. 2008.**

| Principais dificuldades  | n(%)       |
|--|------------|
| <b>Intra-estrutura</b>   |            |
| Irregularidades na manutenção e fornecimento de materiais.   | 58(76,3%)  |
| Equipamentos quebrados ou ausência (sugador, cadeiras, mangueiras, fotopolimerizador, autoclaves). | 20(26,3%)  |
| Falta de carro na unidade.   | 14(18,42%) |
| Estrutura da USF precária (infiltração no telhado, ficando vários ambientes isolados).             | 7(9,2%)    |
| Manutenção do consultório inexistente.   | 4(5,3%)    |
| Consultório ainda não instalado.   | 3(3,9%)    |
| <b>Questões trabalhistas</b>   |            |
| Insegurança quanto à manutenção do emprego devido à falta de vínculo.                              | 20(26,3%)  |
| Atraso de salários.  | 6(7,9%)    |
| <b>Organização do serviço</b>  |            |
| Dificuldade de atender a uma demanda reprimida de 2 equipes por CD.                                | 19(25,0%)  |
| Insuficiência de material educativo e cópias.  | 7(9,2%)    |
| Supervisão inexistente.  | 6(7,9%)    |
| Não existe conselho de saúde na comunidade.  | 4(5,3%)    |
| Fraca conscientização da comunidade a respeito de serviços ofertados pela USF.                     | 3(3,9%)    |
| Falta de locais de referência p/ procedimentos de alta complexidade.                               | 2(2,6%)    |
| Falta um programa de gerenciamento de resíduos/vigilância sanitária.                               | 2(2,6%)    |
| Má qualidade dos materiais fornecidos.   | 2(2,6%)    |
| <b>Processo de trabalho da equipe</b>  |            |
| Falta de cursos de capacitação.  | 7(9,2%)    |
| Ausência de ASB, TSB, ACS, médicos e enfermeiros.  | 6(7,9%)    |
| Desinteresse da ASB por atividades em campo.   | 1(1,3%)    |
| Pouca interdisciplinaridade.   | 1(1,3%)    |
| <b>Outros</b>  |            |
| Atividades educativas são prejudicadas devido à violência na área.                                 | 1(1,3%)    |
| Desconhecimento dos órgãos públicos sobre a verdadeira situação da saúde, em Salvador.             | 1(1,3%)    |
| Proibição de realizar quaisquer atividades fora da USF por determinação da SMS.                    | 1(1,3%)    |
| Unidade distante do centro de Salvador.  | 1(1,3%)    |



**Tabela 1 - Indicadores sociodemográficos dos cirurgiões-dentistas, inseridos na Estratégia de Saúde da Família (n=76), em Salvador, Bahia, 2008.**

| <b>Co-variável</b>                  | <b>n(%)</b> |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>Sexo</b>                         |             |
| Masculino                           | 19(25,0)    |
| Feminino                            | 57(75,0)    |
| <b>Faixa-etária</b>                 |             |
| De 26 a 34 anos                     | 27(35,6)    |
| De 35 a 46 anos                     | 28(36,8)    |
| De 47 a 61 anos                     | 21(27,6)    |
| <b>Estado Civil</b>                 |             |
| Solteiro                            | 26(34,2)    |
| Casado                              | 50(65,8)    |
| <b>Ensino fundamental</b>           |             |
| Público                             | 19(25,0)    |
| Privado                             | 57(75,0)    |
| <b>Ensino médio</b>                 |             |
| Público                             | 11(25,0)    |
| Privado                             | 65(75,0)    |
| <b>Tempo de Graduação</b>           |             |
| De 1 a 10 anos                      | 30(39,4)    |
| De 11 a 22 anos                     | 23(30,3)    |
| De 23 a 38 anos                     | 23(30,3)    |
| <b>Escolaridade do pai</b>          |             |
| Até o primeiro grau incompleto      | 11(14,5)    |
| Até o segundo grau incompleto       | 26(34,2)    |
| Até o superior incompleto           | 10(13,2)    |
| Superior                            | 29(38,2)    |
| <b>Escolaridade da mãe</b>          |             |
| Até o primeiro grau incompleto      | 7(9,2)      |
| Até o segundo grau incompleto       | 13(17,1)    |
| Até o superior incompleto           | 28(36,8)    |
| Superior                            | 28(36,8)    |
| <b>Origem escolar familiar</b>      |             |
| Alta                                | 39(51,3)    |
| Baixa                               | 37(48,7)    |
| <b>Atividade ocupacional do pai</b> |             |
| Qualificado                         | 29(38,2)    |
| Intermediário                       | 32(42,1)    |
| Elementar                           | 15(19,7)    |
| <b>Atividade ocupacional da mãe</b> |             |
| Qualificado                         | 28(36,8)    |
| Intermediário                       | 22(28,9)    |
| Elementar                           | 26(34,2)    |
| <b>Capital ocupacional familiar</b> |             |
| Alto                                | 41(53,9)    |
| Baixo                               | 35(46,1)    |
| <b>Trajatória social</b>            |             |
| Estável                             | 39(51,3)    |
| Ascendente                          | 37(48,7)    |

**Tabela 2 - Formação dos cirurgiões-dentistas, inseridos na Estratégia de Saúde da Família (n=76), em Salvador, Bahia. 2008.**

| <b>Co-variável</b>                            | <b>n(%)</b> |
|---|-------------|
| <b>Graduação em Universidade</b>              |             |
| Pública                                       | 61(80,3)    |
| Privada                                       | 15(19,7)    |
| <b>Realizou pós- graduação</b>                |             |
| Sim   | 56(73,7)    |
| Não   | 20(26,3)    |
| <b>Tipo de pós- graduação (n=56)</b>          |             |
| Especialização                                | 56(100,0)   |
| Mestrado                                      | 0(0,0)      |
| Doutorado                                     | 0(0,0)      |
| <b>Área de pós-graduação realizada (n=56)</b> |             |
| Saúde pública                                 | 40(71,5)    |
| Clínica/Prótese                               | 12(21,4)    |
| Outra   | 4(7,1)      |
| <b>Capacitação para ESF</b>                   |             |
| Realizou treinamento para capacitação         | 65(85,5)    |
| Não realizou treinamento para capacitação     | 11(14,5)    |
| <b>Tipo de Capacitação (n= 65)</b>            |             |
| Introdutório a ESF                            | 49(75,3)    |
| Outros cursos                                 | 16(24,7)    |

**Tabela 3 - Indicadores ocupacionais dos cirurgiões-dentistas, inseridos na Estratégia de Saúde da Família (n=76), em Salvador, Bahia. 2008.**

| Co-variável                              | n(%)       |
|--|------------|
| <b>Ingresso na ESF</b>                   |            |
| Concurso                                 | 2(2,6)     |
| Seleção pública                          | 67(88,2)   |
| Indicação                                | 1(1,3)     |
| Seleção interna                          | 6(7,9)     |
| <b>Vínculo empregatício</b>              |            |
| CLT                                      | 50(65,8)   |
| Estatutário                              | 0(0,0)     |
| Prestador de serviços                    | 26(34,2)   |
| <b>Carga horária na ESF</b>              |            |
| 40 hs/semana                             | 76(100,00) |
| <b>Tempo no Serviço</b>                  |            |
| Até cinco anos                           | 68(89,4)   |
| Mais de cinco anos                       | 8 (10,6)   |
| <b>Treinamento para a ESF</b>            |            |
| Sim                                      | 64(84,2)   |
| Não                                      | 12(15,8)   |
| <b>Distritos sanitários de atuação</b>   |            |
| Centro Histórico                         | 1(1,3)     |
| Itapajipe                                | 4(5,3)     |
| São Caetano/Valéria                      | 16(21,1)   |
| Liberdade                                | 3(3,9)     |
| Brotas                                   | 2(2,6)     |
| Barra/Rio Vermelho                       | 8(10,5)    |
| Boca do Rio                              | 2(2,6)     |
| Itapuã                                   | 6(7,9)     |
| Cabula/Beiru                             | 3(3,9)     |
| Pau da Lima                              | 1(1,3)     |
| Ferroviário                              | 17(22,4)   |
| Cajazeiras                               | 13(17,1)   |
| <b>Trabalha em clínica privada</b>       |            |
| Sim                                      | 20(26,3)   |
| Não                                      | 56(73,7)   |
| <b>Renda no serviço público</b>          |            |
| Até 5 SM                                 | 9(11,8)    |
| Entre 5 a 10 SM                          | 53(69,8)   |
| Entre 10 a 20 SM                         | 13(17,1)   |
| Sem informação                           | 1(1,3)     |
| <b>Propriedade de consultório (n=20)</b> |            |
| Sim                                      | 10(50,0)   |
| Não                                      | 10(50,0)   |
| <b>Trabalho por percentagem (n=20)</b>   |            |
| Sim                                      | 10(40,0)   |
| Não                                      | 10(60,0)   |
| <b>Atende a convênios (n=20)</b>         |            |
| Sim                                      | 8(40,0)    |
| Não                                      | 12(60,0)   |
| <b>Renda na clínica privada (n=20)</b>   |            |
| Até 5 SM                                 | 9(45,0)    |
| Entre 5 a 10 SM                          | 8(40,0)    |
| Entre 10 a 20 SM                         | 2(10,0)    |
| Sem informação                           | 1(5,0)     |

**Artigo 2 - Espaço social e práticas dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família: um estudo exploratório**

## Sumário do Artigo 2

|  |    |
|--|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS.....             | 45 |
| RESUMO .....                           | 46 |
| ABSTRACT .....                         | 47 |
| <br>                                   |    |
| I. INTRODUÇÃO .....                    | 48 |
| <br>                                   |    |
| II. OBJETIVOS .....                    | 52 |
| 2.1 Objetivo geral .....               | 52 |
| 2.2 Objetivos específicos.....         | 52 |
| <br>                                   |    |
| III. MARCO REFERENCIAL .....           | 53 |
| 3.1 O mercado de trabalho.....         | 53 |
| 3.2 Os modelos assistenciais .....     | 54 |
| 3.3 A promoção de saúde .....          | 56 |
| 3.4 Espaço social e práticas .....     | 57 |
| <br>                                   |    |
| IV. METODOLOGIA .....                  | 59 |
| <br>                                   |    |
| V. RESULTADOS .....                    | 66 |
| <br>                                   |    |
| VI. DISCUSSÃO.....                     | 69 |
| <br>                                   |    |
| VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....         | 72 |
| <br>                                   |    |
| VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 73 |
| <br>                                   |    |
| APÊNDICES .....                        | 76 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|       |  |
|-------|--|
| ABO   | – Associação Brasileira de Odontologia               |
| ASB   | – Auxiliar de Saúde Bucal                            |
| AIS   | – Ações Integradas de Saúde                          |
| ANS   | – Agência Nacional de Saúde Suplementar              |
| BA    | – Bahia  |
| CD    | – Cirurgião-Dentista                                 |
| CEO   | – Centro de Especialidade Odontológica               |
| CEP   | – Comitê de Ética e Pesquisa                         |
| CFO   | – Conselho Federal de Odontologia                    |
| CLT   | – Consolidação das Leis do Trabalho                  |
| CNS   | – Conselho Nacional de Saúde                         |
| CNSB  | – Conferência Nacional de Saúde Bucal                |
| CROBA | – Conselho Regional de Odontologia da Bahia          |
| CROES | – Conselho Regional de Odontologia do Espírito Santo |
| CROMG | – Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais   |
| DNSB  | – Divisão Nacional de Saúde Bucal                    |
| DF    | – Distrito Federal                                   |
| ESB   | – Equipe de Saúde Bucal                              |
| ESF   | – Estratégia de Saúde da Família                     |
| ISC   | – Instituto de Saúde Coletiva                        |
| INEP  | – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa            |
| MEC   | – Ministério da Educação e Cultura                   |
| MS    | – Ministério da Saúde                                |
| PIA   | – Programa Inversão Atenção                          |
| SESP  | – Serviço Especial de Saúde Pública                  |
| SUS   | – Sistema Único de Saúde                             |
| TSB   | – Técnico em Saúde Bucal                             |
| TPD   | – Técnico em Prótese Dental                          |
| UFBA  | – Universidade Federal da Bahia                      |
| USF   | – Unidade de Saúde da Família                        |

## **Artigo 2 - Espaço social e práticas dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família: um estudo exploratório**

### **RESUMO**

**Introdução:** A inserção da saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família, tem exigido diferentes propostas de mudanças na organização dos serviços odontológicos, buscando incorporar um dos elementos fundamentais defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira que é a mudança nas práticas da assistência à saúde, especialmente aquelas voltadas para o controle de risco e determinantes da saúde.

**Objetivo:** Descrever as práticas desenvolvidas na ESF pelos CDs das Equipes de Saúde Bucal (ESB), no município de Salvador, identificando possíveis fatores relacionados.

**Metodologia:** Este foi um estudo exploratório de corte transversal, junto aos cirurgiões-dentistas, inseridos na Estratégia Saúde da Família, no município de Salvador-Ba, no ano de 2008. Oitenta e oito profissionais constituem o universo dos CDs nas Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo que destes, setenta e seis concordaram em participar da pesquisa, correspondendo a uma perda de 13,6%. A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado autoaplicado, para obter informações sobre as práticas de promoção da saúde, controle de risco e danos.

**Resultados:** O estudo revelou que, entre as práticas de saúde propostas para a ESF, aquelas mais comuns são as de controle de danos, incluindo especificamente as atividades clínicas tradicionais. Entre os resultados observados, chamou a atenção que os profissionais, com trajetória social ascendente, ou seja, com origem social baixa, realizam mais atividades de promoção da saúde, em relação àqueles com trajetória social estável ( $p= 0,007$ ). Foram encontradas também diferenças nas práticas de promoção da saúde e controle de risco entre os diferentes distritos sanitários, o que aponta para uma provável influência da gestão local, na prática dos profissionais.

**Conclusão:** A gestão, a origem e trajetória social revelaram-se, para este universo de profissionais, como elementos significantes nas práticas realizadas no serviço da ESF. A literatura especializada não apresenta estudos sobre a relação entre a origem social e as práticas realizadas pelos cirurgiões-dentistas. Novas pesquisas sobre o tema são recomendadas.

**Palavras-chave:** estratégia de saúde da família, promoção de saúde, modelo assistencial, perfil profissional.

## **Exploratory study of the practices developed on the Family Health Strategy By the DSs in Salvador City**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** The introduction of the mouth care in the Family Health Strategy has demanded different changing proposals on the dentistry service organization. One of the fundamental elements which were defined by the Brazilian Health Care Reformation is the changing of the practice of health assistance, especially those one directed to risk control and health determiners.

**Objective:** To describe the developed practices in the FHS by the DSs of the Mouth Health Groups (MHG) in Salvador city, identifying possible related factors.

**Methodology:** This was an exploratory study with transversal cross-sectional done together with the Dentist-Surgeons inserted in the Family Health Strategy in Salvador city/ Bahia in 2008. Eighty-eight professionals take part of this amount of DSs in the Mouth Health Groups (MHG), having seventy-six of them agreed to participate of the research, corresponding to a loss of 13,6%. The data collect was made through a structured self-applied questionnaire with the aim to get information about the practices of health promotion, risk control and damages.

**Results:** The study revealed that among the proposed health practices to FHS, the most commons are the damages control, including specifically the traditional clinic activities. Among the observed results, it was emphasized the professional who were socially growing, it means; they had low class but they develop more health promotion activities than the ones who have a stable social class ( $p=0,007$ ). They were also found differences in the health promotion practices and risk control among different sanitary districts, which points to a possible local management influence on the professionals' practice.

**Conclusion:** The management, the origin and social direction reveal these professionals as meaningful elements in practices made in the service of FHS. The specialized literature does not present studies about relation between social origin and the practices already made by the dentist-surgeons, new research about the theme are recommended.

**Key-words:** family health strategy, health promotion, health care model, professional profile



## I. INTRODUÇÃO

A crise no modelo médico assistencial hegemônico, redimensionada pelo pensamento sanitário e pela Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (OMS, 1978), na qual a atenção primária em saúde passa a ser adotada como estratégia para ampliar o acesso de modo a atender a todos com igualdade, forma os argumentos norteadores para a proposta idealizadora do SUS, que tem, como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade e a integralidade (PAIM, 2008). Após a constituição de 1988 que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, os anos 90 apontam para um aprofundamento nas políticas, com a regulamentação do SUS (BRASIL, 1990). Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) formula o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia para reorganizar a atenção básica, tendo a família como unidade de ação programática : uma atenção centrada na figura do médico de família, com ênfase na necessidade de humanização e no combate ao “especialismo” (VIANNA; DAL POZ, 1998).

Dentro da política de saúde do país, o governo federal, em dezembro de 2000, através da Portaria nº. 1444/GM, estabeleceu diretrizes para o incentivo financeiro à reorganização da atenção à saúde bucal, prestada pelos municípios na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2000). Em março de 2001, o Ministério da Saúde regulamentou a inserção dos CDs, do técnico de saúde bucal (TSB) e do auxiliar de saúde bucal (ASB) na ESF, reorganizando a assistência na atenção básica, buscando assim ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação. O principal objetivo explicitado é o de melhorar os índices epidemiológicos, procurando atender às necessidades nessa área (BRASIL, 2001).

A Portaria nº. 648/GM de março de 2006 estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), determinando atribuições mínimas para o cirurgião-dentista. São consideradas ações de saúde bucal, na ESF, a realização de diagnóstico epidemiológico para o planejamento, procedimentos clínicos, urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, atenção integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação individual e coletiva a todas as famílias). A realização de ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, atividades multiprofissionais com os demais membros da equipe e aquelas de

educação permanente do TSB e ASB, com supervisão técnica, são incentivadas (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008).

O principal objetivo da inclusão dos serviços odontológicos, na atenção primária, é de ampliar as ações de promoção da saúde, reduzindo a hegemonia de uma prática assistencial focada na doença, em procedimentos individuais e curativos. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a atenção básica deveria priorizar as ações de promoção à saúde, que visam à redução da vulnerabilidade e riscos por meio da construção de políticas públicas saudáveis. Estas políticas deveriam se concentrar nas condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais como a saúde (BRASIL, 2006a).

A mudança do modelo de atenção, priorizando as ações de promoção e vigilância da saúde, exige a capacitação dos profissionais para as novas ações e serviços, o que, por sua vez, reflete-se na necessidade de mudança do perfil do trabalhador de saúde no seu processo de trabalho (TEIXEIRA, 2002).

Para Teixeira e colaboradores (2002), estas novas formas de organização das práticas exigem dos profissionais novas maneiras de pensar o processo de trabalho no setor. Isto significa a reconceituação das práticas de saúde e formulação de indagações sobre a pertinência, consistência ou efetividade dos meios de trabalho e do trabalho propriamente dito, utilizados para a apreensão e/ou transformação desse objeto, que é a saúde. A redefinição do objeto de trabalho exige novos conhecimentos e tecnologias e a diversificação de ações e serviços, que se refletem na necessidade de mudança no perfil dos agentes do processo de trabalho (PAIM, 2008).

Bastos (2003) apontou a pouca importância atribuída pelos CDs à educação e à prevenção em saúde, principalmente em nível coletivo. Pereira (2003), em Feira de Santana, na Bahia, verificou que o setor de odontologia continuava exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à saúde bucal tradicional/mutilador, com poucos avanços na questão da prevenção, permanecendo como uma prática individual, curativa, tecnicista e autônoma. Para Zanetti (2000), os CDs têm demonstrado uma enorme incapacidade de ultrapassar o limite da ação individual para alcançar a ação coletiva.

Estudo de Vilarinho e colaboradores (2007) com cirurgiões-dentistas, integrantes das ESB, em Teresina, no Piauí, evidenciou que os procedimentos curativos continuam predominando nas ações da ESB. Este fato é atribuído à grande demanda reprimida que impede a substituição do modelo tradicional de atendimento por aquele centrado nos princípios da prevenção e promoção à saúde. O mesmo foi observado por Rodrigues (2005), em pesquisa na ESF em Alagoinhas, na Bahia, quando este identificou que, na prática, o CD

nem sempre se consegue atuar conforme as normas e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal na ESF, porque considera que se atribui ao CD a responsabilidade de assegurar a integralidade do tratamento para a população, porém existe uma grande demanda reprimida que não o possibilita atender aos objetivos do Programa. Baldani (2005), em pesquisa com os cirurgiões-dentistas da ESF, no Paraná, ressalta ainda as dificuldades no trabalho das equipes de saúde bucal, decorrentes da formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica.

Teixeira (2006) adverte que o trabalho do CD não vem se inserindo em práticas multidisciplinares com profissionais de outras áreas, na ESF, o que demonstra pouca sintonia com o trabalho em equipe. As práticas realizadas têm sido isoladas e com divisão do trabalho, através de especialidades. Tais práticas possivelmente estão associadas ao ensino e à formação do CD pelas universidades, que ainda priorizam o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de qualquer possibilidade de integração das disciplinas.

Para Matos (2006), a ESF exige uma formação mais ampla do CD para que possa trabalhar em equipe, conhecer os determinantes socioeconômicos e culturais das doenças bucais e incorporar um novo espaço de trabalho, diferentemente daquele modelo de assistência individual, para um trabalho com ênfase as ações coletivas. Seu estudo, que investigou alunos de graduação de dois cursos de odontologia, um público e um privado, chama a atenção para o grande interesse por disciplinas e temas da área clínica (74,8% e 74,4%, respectivamente) e a baixa motivação pelas disciplinas e temas das áreas de ciências humanas (0,8%) e saúde coletiva (8,4%).

As críticas ao perfil do CD na ESF têm suscitado discussões, por diversos autores, sobre a necessidade de mudanças dos organismos formadores dos cirurgiões-dentistas para adequação ao trabalho. Estudos apontam que a Universidade tem oferecido um modelo de ensino orientado para o atendimento individual, com foco voltado para a doença, para as ações curativas, privilegiando uma odontologia de alto custo, verticalizada, excludente, de baixo impacto epidemiológico (RONCALLI, 1999).

Entretanto, para Bourdieu (1992) a escola simplesmente não teria a capacidade de promover transformações nos indivíduos e destaca a importância da origem social e cultural que os agentes trazem consigo, durante o seu desenvolvimento.

A herança familiar, agregada ao capital cultural adquirido, são elementos estruturantes da posição do indivíduo, no espaço social. O sociólogo francês traz para a discussão a idéia de que a posição ocupada pelo indivíduo no espaço social está diretamente relacionada a dois fatores. O primeiro seria o capital cultural, representado pela origem familiar por um lado, e pela escolaridade adquirida, por outro. O segundo seria o capital econômico, representado

pela riqueza material. Além disso, o capital social, que se refere às relações sociais do indivíduo, no espaço social, e o capital simbólico, formado pelo conjunto de signos e símbolos que permitem situar os agentes, no espaço social, são características relevantes em subespaços específicos, denominados campos. Assim, o espaço social é constituído de campos – econômico, político, cultural etc. - com interesses específicos, autonomia e leis próprias, capazes de impor sua lógica a todos os agentes que nele se incluem.

Para o sociólogo francês, o sucesso, o desenvolvimento e os valores do indivíduo não podem ser explicados apenas por seus talentos pessoais, relacionados à sua constituição biológica, mas por sua origem social, que o colocaria em condições mais ou menos favoráveis, diante das exigências situacionais. O lugar e a evolução de cada indivíduo no espaço social relacionam-se ao volume global do capital que ele detém: econômico, social, cultural e simbólico. Além disso, segundo Bourdieu (1996), nenhuma ação pode ser relacionada apenas à posição dos seus agentes, pois estará sempre relacionada às regras específicas do campo no interior no qual estes se situam. Dentro deste espaço de conflitos e de disputas, os agentes lutam para estabelecer o monopólio do capital pertinente ao campo.

Dessa forma, a ação do indivíduo e sua tomada de posição estão relacionadas ao *habitus* que é de um conjunto de disposições duráveis, inconscientes e socialmente adquiridas, que influenciam suas preferências e práticas, no espaço social e nos campos específicos.

Dentro deste pensamento, as mudanças necessárias para a implementação de políticas sociais, no caso de um novo modelo contra-hegemônico de atenção à saúde, são muito mais amplas e passam necessariamente por todo o ambiente social onde se insere o indivíduo. Para que estas transformações ocorram, as exigências são maiores que apenas as alterações nos currículos das universidades.

Assim, esse estudo visou investigar, em caráter exploratório, as práticas dos cirurgiões-dentistas, na ESF, em Salvador, Bahia, em relação às suas características sociais (origem, capital, e trajetória social) e ocupacionais (tipo de inserção profissional, distrito sanitário de atuação, local e tempo de formação, tipo de especialização).

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as práticas desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas, na ESF, em Salvador-BA, e identificar as possíveis relações com as características sociodemográficas desses profissionais.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever as práticas de promoção de saúde.
2. Descrever as práticas de controle de risco.
3. Descrever as práticas clínicas de controle de danos.
4. Discutir a relação entre as práticas desenvolvidas e as características sociais e ocupacionais desses profissionais.

### **III. MARCO REFERENCIAL**

Consideram-se, como possíveis fatores que influenciariam as práticas e o perfil profissional, aqueles relacionados ao mercado de trabalho, aos modelos assistenciais, à formação acadêmica e à origem e trajetória social do indivíduo, relacionadas à posição ocupada no espaço social (Apendice D).

#### **3.1 O mercado de trabalho**

O mercado de trabalho para o Cirurgião-Dentista, no subcampo privado, local principal de suas práticas, tem sofrido uma forte redução, sinalizando para o esgotamento, em função de um modelo de assistência de alto custo, centrado na ação curativa e individual (ZANETTI, 2000).

O desenvolvimento tecnológico, com a inserção do flúor, nas estações de abastecimentos de água dos municípios e nos cremes dentais, a prevenção dos problemas de saúde bucal incorporada pelos odontopediatras, no setor privado a partir da década de 70, a inclusão de procedimentos coletivos de prevenção e promoção à saúde bucal, no setor público e a socialização do conhecimento através da informação dos cuidados com a saúde bucal, nas escolas de nível fundamental, são componentes que têm sido relacionados com a redução da cárie no Brasil, especialmente junto aos estratos sociais usuários dos serviços odontológicos privados. Além disso, a crescente elevação dos custos, propiciada pela implementação de novos recursos tecnológicos no setor, levou a prática privada da odontologia a uma grande crise, com o encolhimento do mercado e o crescimento dos planos e seguros de saúde odontológicos. Tal conjuntura pode ter aumentado o interesse dos profissionais pelo setor público.

O campo de trabalho sofreu modificações, tornando-se também mais competitivo pelo aumento do número de cursos de graduação em odontologia, os quais disponibilizaram um grande número de profissionais, causando um aumento da oferta de mão de obra, sem contudo, haver uma política que viabilizasse um maior acesso da população aos serviços odontológicos. Os serviços públicos são incipientes para atender à demanda das necessidades

de saúde e os serviços privados exigem gastos que a população, que precisa dos serviços, não tem recursos para atendê-los. (estes custos). Esta situação fez crescer a oferta dos serviços odontológicos, através de convênios, com tabelas de honorários com valores que, muitas vezes, não atendem aos custos dos serviços e ainda uma relação irregular de trabalho entre profissionais e empresários do setor. Para Zanetti (2000), a odontologia de mercado vem passando por um processo de mudanças estruturais, esgotando-se na forma em que foi originalmente concebida, para o exercício clínico liberal tradicional. Apesar da redução do subcampo privado, os estudos revelam um perfil do CD voltado para a clínica privada, de assistência individual e prática especializada.

Hoje o Brasil dispõe de 223 mil CDs e cerca de 188 cursos de graduação em odontologia (CFO, 2008). Contudo, pela dificuldade do exercício na clínica privada e pelas oportunidades oferecidas com o aumento de postos de trabalho no setor público, a ESF tornou-se atrativa e um caminho para o exercício profissional do CD. Cabe refletir quais modelos assistenciais competem em diferentes campos, podendo ser decisivos nas práticas dos CDs da atenção primária a saúde.

### **3.2 Os modelos assistenciais**

Até o século passado, a prática odontológica teve seu eixo principal de atuação voltado para o setor privado. As políticas públicas de saúde bucal privilegiaram a prática individual, com foco na cárie dental, limitando-se ao atendimento a escolares. Este modelo de alto custo, pouca resolutividade e de baixo impacto contribuiu para a manutenção de indicadores desfavoráveis, no último inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal, denominada Brasil Sorridente, formulou uma proposta de mudança do modelo assistencial com práticas que tem, nas ações da atenção primária, seu eixo principal para atender as necessidades em saúde bucal, através de procedimentos que atuam na proteção à saúde, baseados também nos conceitos de vigilância da saúde (BRASIL, 2006c). Este modelo exige uma redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária (TEIXEIRA, 2002).

Para Paim (2008), os modelos assistenciais em saúde não podem ser entendidos como um padrão a serem seguidos de maneira rígida, mas, sim, como formas de articulação das relações entre os trabalhadores de saúde e usuários, mediados por tecnologias utilizadas no processo de trabalho. Os modelos de atenção não se limitam à gestão de serviços. Na verdade, são estruturas que envolvem racionalidades diversas e informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Os modelos de atenção são construções sociais. Trata-se, portanto, de um processo de disputas e de acordos entre diversos segmentos sociais que confrontam seus interesses na formulação de políticas. Um novo modelo assistencial envolve uma dimensão de luta política, na medida em que representa um novo equilíbrio de interesses (CARVALHO et al., 2001).

Diferentemente dos modelos assistenciais predominantes com focos na doença, voltados para a demanda espontânea, para a prática curativa e o atendimento individual (modelo médico hegemônico) e do modelo sanitaria, que atende a uma determinada necessidade coletiva, a ESF, segundo Paim (2008), pode se constituir em um modelo assistencial alternativo, como uma proposta inovadora para assistência à saúde que prioriza a atenção básica, com caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização da atenção; adscrição da clientela; cadastramento dos usuários tendo a família como unidade de referência; substituição das práticas profissionais hegemônicas, fundamentado nos princípios da vigilância e da promoção à saúde; atendimento com equipe multiprofissional e planejamento das ações baseadas em estudos epidemiológicos locais.

Assim, no modelo de vigilância da saúde, antes da existência do dano, é possível se pensar no risco do adoecimento, e para isso, nessa etapa, ações preventivas que venham a proteger o indivíduo ou grupo de indivíduos são fundamentais e fazem parte das responsabilidades das equipes de saúde. Antecedendo o risco do adoecer, é possível se identificar causas socioambientais que exigem intervenção, através de ações estruturais, nos modos de vida nas necessidades sociais que ultrapassam as atribuições do setor saúde. Isto é assegurado através de políticas públicas intersetoriais. O modelo de vigilância da saúde propõe a superação dos modelos hegemônicos, através do uso da epidemiologia e do planejamento em saúde para uma intervenção social organizada (PAIM, 2008).

Mais que a especificidade de um modelo de atenção para atender a problemas de saúde, a busca por tecnologias adequadas para o atendimento integral às demandas e às necessidades de saúde, individuais e coletivas deve considerar os diferentes perfis epidemiológicos, nos distintos territórios do país. Este pode ser considerado um grande desafio para gestores e trabalhadores em saúde (PAIM, 2008).



### 3.3 A promoção de saúde

A Estratégia de Saúde da Família poderá se constituir em um modelo assistencial alternativo e tem, na promoção de saúde, um dos seus eixos principais de ação, o qual não se resume apenas em ações preventivas a doenças. A Promoção de Saúde surgiu a partir de ano de 1986 quando a Organização Mundial de Saúde realizou, na cidade de Ottawa, a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde (OMS, 1986). Nesse evento, foram divulgadas recomendações em cinco campos de ação para a promoção de saúde, denominadas Carta de Ottawa. São elas: a) a construção de políticas públicas saudáveis b) a criação de ambientes favoráveis à saúde c) o desenvolvimento de habilidades individuais d) o reforço da ação comunitária e) a reorientação dos serviços de saúde. Estas foram ações propostas para intervenção com vista à melhoria da qualidade de vida e manutenção da saúde do indivíduo e da coletividade (BLEICHER, 2004).

A necessidade de se repensar o modelo de assistência à saúde, considerando as causas ambientais, as desigualdades sociais e o estilo de vida das pessoas como determinantes do processo saúde-doença, já havia sido discutida, na Conferência de Alma Ata (OMS, 1978). Os altos custos com a incorporação de novas tecnologias, na assistência à saúde com resultados nem sempre satisfatórios, levou a se estimular as ações de prevenção e promoção da saúde. Estas ações não estão limitadas apenas aos procedimentos clínicos realizados pelos profissionais de saúde, ou seja, o completo bem estar físico e psíquico do indivíduo não será alcançado apenas com a prescrição de receitas de medicamentos e intervenções clínicas e cirúrgicas. Para o completo bem estar do indivíduo, é necessário que ele disponha de moradia, emprego, renda, saúde, educação e lazer. Intervenções exclusivamente no setor de saúde são incipientes. Assim, são necessárias as ações intersetoriais, com políticas públicas em setores essenciais como saneamento básico, transporte, habitação, emprego, visando à construção de um ambiente saudável.

A educação é de grande importância na promoção da saúde, visando ao desenvolvimento de habilidades individuais, para a responsabilização do indivíduo nos cuidados com a própria saúde e o meio-ambiente, o autocuidado. O reforço das ações comunitárias, através da participação social e atuação junto aos serviços de saúde, é recomendado, na medida em que elas estimulam o exercício da cidadania, comprometem os agentes com as necessidades de saúde e com a comunidade. Finalmente, a Carta de Ottawa

recomenda uma reorientação dos serviços de saúde, através da priorização da atenção primária, com ações de promoção e prevenção da saúde. Nesse sentido, um “novo” profissional deve ser portador de novas habilidades para enfrentar esses novos desafios que articulem diferentes saberes e tecnologias dos diferentes modelos assistenciais.

### 3.4 Espaço social e práticas

Segundo Boudieu, o espaço social é constituído por *campos* que, por sua vez, correspondem a redes de relações entre agentes que ocupam posições diferenciadas, a depender das diversas espécies de capital. Neste sentido, existem três elementos principais de diferenciação objetiva, no espaço social: o capital cultural (transmissão assegurada pela família e escola), o capital econômico (ocupação, renda) e a trajetória social (vinculado à origem familiar).

Os agentes participantes, em cada campo, são munidos com as capacidades adequadas ao desempenho das funções e à prática das lutas que o atravessam. As relações existentes, no interior de cada campo, definem-se objetivamente, independentemente da consciência humana. E é na estrutura objetiva do campo, hierarquia de posições, tradições, instituições e história que os indivíduos adquirem um corpo de disposições, denominado de *habitus* que lhes permitem agir de acordo com as possibilidades existentes, no interior dessa estrutura objetiva. Cada grupo social, em função das condições objetivas que caracterizam sua posição na estrutura social, constituiria um sistema específico de disposições para a ação, que seria transmitido aos indivíduos na forma do *habitus* (BOURDIEU, 1992).

Os diferentes tipos de capital (cultural, econômico, social e simbólico) podem assumir pesos distintos, nos diferentes campos ou subespaços, a depender dos valores e leis que são estimulados ou considerados como pertinentes ao campo. No campo/subespaço da saúde coletiva, também denominado campo público da saúde (CHAVES; VIEIRA-DA-SILVA, 2007), as principais características dos agentes, valorizadas, seriam aquelas do “desinteresse econômico”, “altruísmo” e disposição para a prática coletiva.

Assim, determinados agentes, cuja posição no espaço social define determinadas disposições ou *habitus*, poderiam estar mais ajustados à prática na saúde coletiva. A origem social baixa pode se constituir uma disposição para a prática política engajada ou, pelo menos,

um maior “altruísmo” na prática profissional, entendido como “missão”, “sacrifício” com o bem público.

Cabe destacar a necessária articulação com a gestão, ou seja, essa disposição potencial poderá se constituir em tomada de posição ou ação, em situações concretas de incentivo a práticas mais próximas às necessidades de saúde dos grupos populacionais.

## IV. METODOLOGIA

Este foi um estudo de corte transversal, exploratório, junto aos CDs inseridos na ESF, no município de Salvador-BA, no ano de 2008. Foram incluídos todos os CDs com registro no Conselho Regional de Odontologia da Bahia, inseridos na ESF, no município de Salvador-BA, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi registrada sob nº 009-08, no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), aprovada através do Parecer nº 016-08 de 27 de maio de 2008.

Oitenta e oito profissionais constituíram o universo dos CDs, nas ESB, sendo que destes, setenta e seis concordaram em participar da pesquisa, correspondendo a uma perda de 13,6%.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado (Apêndice B) auto-aplicado, adaptado de Silva (2002), para obter informações sobre as práticas dos CDs, nas ESB da ESF.

O questionário (Apêndice B) está dividido em quatro módulos de questões. O primeiro módulo refere-se a informações sobre as condições sócio-demográficas e ocupacionais (formação profissional, duplo-vínculo, forma de contratação na ESF, capacitação prévia na área, nível salarial) dos CD, relatados em artigo anterior.

O Módulo 1, refere-se às características sócio-demográficas:

1. Gênero – Refere-se ao sexo, se homens ou mulheres;
2. Faixa Etária - Foram estabelecidas três faixas etárias: 1) de 26 a 34 anos 2) de 35 a 46 anos 3) de 47 a 61 anos;
3. Estado civil – Refere-se à situação civil do profissional: solteiro, casado/convivente, viúvo ou divorciado;
4. Ensino Fundamental – Verificou-se a formação escolar do profissional, no ensino fundamental do profissional, se foi em escola pública ou privada;
5. Ensino Médio – Trata-se da formação escolar, no ensino médio do profissional, se foi em escola pública ou privada;
6. Origem da graduação – Refere-se à instituição onde o indivíduo se graduou: em universidade pública ou privada;

7. Tempo de graduação – Observou-se o tempo de graduação dos profissionais. Foram considerados três grupos: 1) entre 1 e 10 anos; 2) entre 11 e 26 anos; 3) entre 23 e 28 anos;
8. Tipo de especialização na Pós-Graduação – Refere-se ao tipo de especialização concluída, ou seja, especialização em clínica, saúde coletiva ou outras áreas de atuação;
9. Escolaridade do Pai - Informação sobre a formação escolar do pai. Dividiu-se em onze categorias: 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino básico incompleto 4. Ensino básico completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Superior incompleto 8. Superior completo 9. Pós-graduação 10. Não frequentou a escola
10. Escolaridade da Mãe – Informação sobre a formação escolar da mãe. Dividiu-se em onze categorias: 1. Ensino fundamental incompleto 2. Ensino fundamental completo 3. Ensino básico incompleto 4. Ensino básico completo 5. Ensino médio incompleto 6. Ensino médio completo 7. Superior incompleto 8. Superior completo 9. Pós-graduação 10. Não frequentou a escola
11. Origem escolar familiar – Os CDs que tinham um dos pais com formação superior foram considerados como de origem social alta. Aqueles que tinham os pais com nível de escolaridade até o segundo grau foram considerados de origem social baixa.
12. Trajetória social – Os CDs que tinham os pais com formação escolar até o ensino médio foram considerados de trajetória ascendente. Aqueles cujos pais já possuíam formação superior foram incluídos no grupo de trajetória social estável.
13. Atividade ocupacional do pai – Informação sobre a atividade ocupacional do pai. Dividiu-se em três categorias: 1. Qualificado - Profissionais liberais, empresários, fazendeiros, diretores de empresas, dirigentes da administração pública, administradores em organizações. 2 – Intermediário - autônomos ou empregados, especialistas qualificados em profissões de menor poder profissional, técnicos de nível médio, nas diversas áreas. 3. Elementar - autônomos ou empregados com tarefas de trabalho elementares, na indústria ou nos serviços (Santos, 2005).
14. Atividade ocupacional da mãe – Informação sobre a atividade ocupacional da mãe. Dividiu-se em três categorias: 1. Qualificado - Profissionais liberais, empresárias, fazendeiras, diretoras de empresas, dirigentes da administração pública, administradoras em organizações. 2 – Intermediário - Autônomas ou empregadas, especialistas qualificadas em profissões de menor poder profissional, técnicas de nível médio nas diversas áreas. 3. Elementar - autônomas ou empregadas com tarefas de trabalho elementares, na indústria ou nos serviços (Santos, 2005).

15. Capital ocupacional familiar dos CDs na ESF – Organizaram-se os cirurgiões-dentistas em duas categorias, de acordo com a atividade ocupacional dos pais. 1. Alto - para aqueles que possuíam pelo menos um dos pais em atividade ocupacional qualificada. 2. Baixo - para aqueles cujos pais possuíam atividade ocupacional intermediária ou elementar, de acordo com os critérios estabelecidos nas co-variáveis de número 13 e 14.

As principais características ocupacionais foram as seguintes:

1. Ingresso na ESF - Procurou-se identificar a forma de acesso dos profissionais ao serviço, se por concurso público, seleção pública, indicação, convite, ou outra forma de ingresso;
2. Forma de contratação - Verificou-se a forma de contrato dos profissionais com o município: profissionais com carteira de trabalho assinada, servidor público estatutário ou prestador de serviço;
3. Carga horária na ESF – Trata-se da carga horária de trabalho semanal do cirurgião-dentista no serviço;
4. Distrito Sanitário de atuação - A cidade de Salvador é dividida em 12 distritos sanitários e os profissionais estão assim distribuídos: Cabula-Beiru, Itapajipe, Subúrbio Ferroviário, Boca do Rio, Itapuã, Centro Histórico, Liberdade, Brotas, Barra-Rio-Vermelho, Cajazeiras, Pau da Lima e São Caetano-Valéria;
5. Treinamento na ESF – Informação se o profissional participou de treinamento para atuação no serviço;
6. Propriedade de consultório privado – Informa a condição do consultório privado do profissional, se próprio ou alugado;
7. Trabalho por porcentagem – Refere-se ao tipo de remuneração dos profissionais não proprietários de consultório, se a remuneração era por porcentagem ou outro tipo;
8. Saúde suplementar – observou-se se o profissional atendia a convênios, no consultório particular;
9. Renda mensal no setor privado – Informa sobre o rendimento do cirurgião-dentista no serviço privado. Foram consideradas três faixas salariais: 1. Até cinco salários mínimos (SM) 2. Maior que cinco e menor que dez salários mínimos (SM) 3. Maior que dez salários mínimos (SM);
10. Renda mensal no setor público – Informa sobre o rendimento do cirurgião-dentista no serviço público. Foram consideradas três faixas salariais: 1. Até cinco salários mínimos (SM) 2. Maior que cinco e menor que dez salários mínimos (SM) 3. Maior que dez salários mínimos (SM);

11. Tipo de inserção profissional - Foram considerados exclusivos do setor público aqueles que atuam no serviço público, com exclusividade e, com dupla militância, aqueles que atuam no setor serviço público e privado;
12. Tempo no Serviço na ESF – Refere-se ao tempo no serviço, na ESF de Salvador. Foram criadas duas faixas: até cinco anos e superior a cinco anos no serviço.

Sobre a formação profissional, as informações solicitadas foram:

1. Graduação em universidade – Refere-se à instituição em que o CD concluiu o curso de odontologia. Dividiu-se em duas categorias: 1. pública, para os CDs que realizaram o curso em universidade pública 2. privada, para os CDs que realizaram o curso em universidade privada.
2. Pós- graduação - Informa se realizou curso de pós-graduação. Dividiu-se em duas categorias: 1. Sim, para os que realizaram 2. Não, para os que não possuíam o curso de pós-graduação.
3. Tipo de pós-graduação – Informações sobre a pós-graduação realizada. Dividiu-se em três categorias: 1. especialização 2. mestrado 3. doutorado
4. Área de pós-graduação – Refere-se à área de pós-graduação Dividiu-se em três categorias: 1. Saúde pública 2. Clínica/Prótese 3. Outras áreas
5. Capacitação para a ESF - Informa se realizou capacitação para a ESF. Dividiu-se em duas categorias: 1. Sim, para os que a realizaram. 2. Não, para os que não possuíam curso de capacitação.
6. Tipo de Capacitação – Informações sobre a capacitação realizada. Para os que disseram ter realizado, dividiu-se em duas categorias: 1. Introdutório a ESF 2. Outros cursos.

Os módulos 2, 3 e 4 referem-se a informações sobre as práticas dos CDs na ESF, no município de Salvador, que é o objeto de investigação deste trabalho. Foram identificadas, no âmbito das práticas, as atividades de promoção à saúde relacionadas aos cinco campos de atuação, propostos pela I<sup>a</sup> Conferencia de Promoção de Saúde em Ottawa (1986), especialmente aqueles de reorganização dos serviços de saúde e reforço da ação comunitária, as atividades de controle de risco (procedimentos individuais de proteção a saúde) e as atividades de controle de danos (procedimentos clínicos individuais de recuperação da saúde). As atividades de promoção da saúde são em número de dez. As de controle de risco analisadas incluem sete ações. As atividades de controle de danos totalizam treze procedimentos. O CD respondia ao questionário, marcando se executava aquela ação/atividade de quatro maneiras:

1. *Nunca*. Se a atividade não era realizada

2. *Raramente*, quando a atividade era realizada, mas de forma eventual, não organizada.
3. *Frequentemente*, quando a atividade era realizada, periodicamente, conforme sua natureza.
4. *Sempre*, se a atividade era realizada em períodos regulares.

As respostas foram categorizadas como realizadas se o CD realizava a atividade sempre ou frequentemente. Caso a resposta para aquela atividade fosse nunca ou raramente, a atividade era considerada não realizada.

Posteriormente, foram calculadas a média e a mediana do número de práticas por grupo, ou seja, promoção à saúde, controle de risco (procedimentos individuais de proteção à saúde) e controle do dano (procedimentos clínicos individuais de recuperação da saúde), pontuando-os pelo número de procedimentos que se praticam em cada grupo de atividades.

As práticas de promoção da saúde observadas foram as ações coletivas e outras relacionadas aos campos de atuação da promoção da saúde, a saber:

1. Participação em Feira de Saúde - atividades em espaços sociais, com educação e informação sobre o assunto ao público participante;
2. Participação em ações coletivas, junto a escolares - atividades educativas e de informação em saúde para estudantes do nível médio e fundamental.
3. Participação em ações coletivas junto a grupos - ações em espaços sociais ou na própria Unidade de Saúde, sobre informação em saúde a grupos populacionais específicos (gestantes, diabéticos, idosos, crianças etc.);
4. Incentivo a hábitos saudáveis – incentivo a práticas de atividade física, higiene, lazer, redução do consumo de álcool, fumo e drogas.
5. Orientação alimentar – incentivo a uma alimentação saudável
6. Visita domiciliar - refere-se ao deslocamento até o domicílio dos indivíduos ou famílias que assim o necessitem, por critérios de risco definidos pela equipe ou por impossibilidade de deslocamento até a Unidade Básica.
7. Diagnóstico epidemiológico em saúde bucal – realização de inquérito epidemiológico, no território para conhecimento das necessidades de saúde local.
8. Supervisão do TSB/ASB - acompanhamento e orientação do trabalho de pessoal auxiliar
9. Participação no Conselho de Saúde – participação no controle social, através de representação no conselho local de saúde.
10. Acompanhamento e desenvolvimento de atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da ESF – Participação em atividades multidisciplinar e atendimento ao usuário com assistência de profissionais de outros setores.



Nas atividades de controle de risco, tomou-se, como referência, o número de procedimentos executados pelos profissionais. Foram feitas comparações entre as categorias de cada co-variável analisada e verificaram-se as diferenças entre as mesmas. Consideraram-se atividades de controle de risco aquelas ações clínicas individuais, a saber:

1. Aplicação de Flúor - aplicação de agente de proteção anticárie.
2. Aplicação de Selante – aplicação de material selador para fósulas e fissuras coronárias.
3. Aplicação de Cariostático – aplicação de agente de proteção anticárie.
4. Controle de placa – revelação e controle da placa bacteriana.
5. Higiene bucal na cadeira odontológica - orientação à escovação individual.
6. Prevenção do câncer bucal – exame preventivo de diagnóstico do câncer.
7. Profilaxia - remoção de placa bacteriana, limpeza da superfície coronária dental.

Da mesma forma, nas atividades de controle de dano, tomou-se como referência o número de procedimentos executados pelos profissionais e foram feitas comparações entre as categorias de cada co-variável analisada, verificando-se as diferenças entre as mesmas. Consideraram-se atividades de controle de dano as ações clínicas individuais, a saber:

1. Consulta odontológica – atendimento inicial, elemento diagnóstico para planejamento.
2. Capeamento Pulpar – inserção de material de proteção pulpar.
3. Cirurgia oral menor – procedimentos cirúrgicos periodontais.
4. Curetagem supragengival – remoção de material acima do tecido gengival marginal.
5. Curetagem subgengival - remoção de material abaixo do tecido gengival marginal.
6. Exodontia de decíduos - remoção de unidades da primeira dentição.
7. Exodontia de permanentes - remoção de unidades da dentição permanente.
8. Raspagem subgengival – remoção de material subgengival.
9. Raios X – tomadas radiográficas periapicais.
10. Restauração a amálgama – restauração de unidades dentárias com amálgama.
11. Restauração fotopolimerizável – restauração de unidades com resina.
12. Urgências – procedimento de urgências em dentística, endodontia e periodontia.
13. Referência - encaminhamento do paciente para a média e alta complexidade.

O programa utilizado para análise estatística dos dados foi o SPSS Win 11.0. Foram calculadas as frequências simples e relativas, a mediana, o 1º e 3º quartis. Após estudo com outros testes de associação, foi verificado que a distribuição da frequência dos dados não apresentava normalidade, sendo assim optou-se pelos Testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, por se tratarem de testes não-paramétricos para a análise estatística. A mediana é uma medida de localização do centro de distribuição dos dados, de tendência central, ou seja, seu

valor indica que 50,0% dos elementos são iguais ou maiores do que ela e os outros 50,0% são menores do que ela ou iguais à mesma.

Os testes de associação foram realizados pelo Teste Qui-Quadrado, ou Exato de Fisher, para variáveis nominais e pelo Teste Mann-Whitney para co-variáveis, com duas categorias e pelo Teste Kruskal-Wallis para co-variáveis, com mais de duas categorias de respostas quando associadas a uma variável quantitativa e uma nominal. Isto permitiu observar o resultado da pesquisa pelo número de procedimentos realizados pelos CDs, por grupo de atividades (Promoção da Saúde, Controle de Risco e Controle de Danos) evitando a média destas práticas ainda que mais comuns, o que favoreceu a uma melhor avaliação dessas rotinas. Foram considerados estatisticamente significantes associações com p-valor  $<0,005$ .

## V. RESULTADOS

O estudo revelou que, entre as práticas de promoção de saúde, aquelas mais realizadas foram: orientação de hábitos saudáveis (97,4%), ações coletivas junto a escolares (88,2%), supervisão de ASB (85,5%), ações coletivas com grupos (84,2%) e atividades multidisciplinares (82,9%) (Tabela 1). Entre as atividades menos realizadas estão a participação em conselhos locais de saúde e feiras de saúde, referidas por apenas 19,7% e 56,6% dos profissionais das ESBs. A realização do inquérito epidemiológico foi referida por 69,7% dos cirurgiões-dentistas.

Entre aquelas de controle de riscos, a maioria dos profissionais executa freqüentemente as atividades de aplicação de Flúor (98,7%), profilaxia dental (94,7%), higiene bucal, supervisionada na cadeira odontológica (93,4%) e prevenção de câncer bucal (82,9%). As ações de controle de placa bacteriana (68,4%), aplicação de selante oclusal (64,5%) e aplicação de cariostático (36,8%) foram os procedimentos menos referidos pelos profissionais das ESF (Tabela 2).

O estudo revelou também que, entre as práticas de saúde propostas para as ESB, aquelas mais comuns foram as de controle de danos (Tabela 3), incluindo especificamente as atividades clínicas tradicionais.

As ações de controle de danos, tradicionais na prática clínica, mostraram que a maioria dos CDs afirma realizar consulta odontológica (98,2%), raspagem supragengival, restauração de amálgama e de resina fotopolimerizável (96,1%), seguidas pela referência a outros serviços especializados (93,9%), além de exodontias de dentes decíduos e permanentes (90,8%). Chamou a atenção uma baixa freqüência na realização de urgências odontológicas, nas ESF (39,5%), atividade esta prevista e essencial na clínica, além da baixa freqüência de raspagem subgengival (32,9%). Surpreendeu a alta proporção de profissionais que referem realizar radiografias periapicais, sempre ou freqüentemente, na atenção básica do município (52,6%) (Tabela 3).

A pesquisa revelou ainda que menos da metade dos CDs realiza a maioria das práticas de promoção de saúde propostas (47,4%). Na análise bivariada, entre os prováveis fatores associados a essas práticas, chamou a atenção que a trajetória social revelou-se como estatisticamente significativa ( $p=0,007$ ) (Tabela 4). Ou seja, a mediana do número de práticas de promoção de saúde, realizadas pelos CDs com trajetória escolar ascendente, foi de oito,

enquanto entre aqueles com trajetória social estável, o número de práticas realizadas foi de sete procedimentos até um máximo de dez. Nesta mesma direção, a origem familiar escolar do cirurgião-dentista esteve relacionada a um maior número de práticas (Tabela 4). Os profissionais cujos pais tinham a escolaridade até o nível médio apresentaram maior número de práticas que os demais, cujos pais possuíam o grau de escolaridade de nível superior (Tabela 4). A origem sócio-ocupacional do profissional também apresentou diferenças em relação ao desempenho, nas práticas de promoção da saúde (Tabela 4). Comparando o número de práticas realizadas pelos CDs com origem sócio-ocupacional baixa, estes apresentaram uma mediana de oito práticas nas atividades de promoção de saúde, número superior às realizadas pelos profissionais com origem sócio-ocupacional alta, que apresentaram um valor mediano de sete atividades. O distrito sanitário, local de atuação do profissional, também revelou diferenças, na execução das práticas de promoção de saúde, entre os diferentes distritos ( $p=0,03$ ) (Tabela 4).

Nas práticas de controle de risco, a pesquisa revelou que apenas a metade dos profissionais realiza a maioria das ações propostas, ou seja, incluem nas suas práticas de rotina mais de cinco das sete atividades analisadas. Nesse grupo, três fatores revelaram-se associados à execução de mais ações de prevenção e controle de riscos individuais. O maior tempo de serviço, o trabalho exclusivo no setor público e o distrito sanitário se constituíram como fatores para um maior número de práticas de controle de risco. Para o tempo no serviço, os profissionais, com mais de cinco anos na ESF, apresentaram uma mediana de seis e meio, um número de práticas superior aos cirurgiões-dentistas com menos de cinco anos no serviço, com mediana de cinco atividades entre as sete analisadas ( $p=0,01$ ). Os profissionais que trabalhavam exclusivamente com o setor público apresentaram um maior número de práticas de controle de riscos (mediana igual a seis), em relação àqueles que também tinham vínculo no setor privado, com mediana igual a cinco ( $p=0,006$ ). O distrito sanitário revelou importantes diferenças entre as práticas de controle de risco ( $p=0,009$ ) (Tabela 5). Os distritos sanitários de Cabula-Beiru e Barra-Rio Vermelho foram aqueles com o melhor desempenho nos valores medianos, seguidos pelos distritos de Itapajipe, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário. Os distritos com os menores números de práticas foram: o Centro Histórico e Itapuã com mediana de três.

Nas práticas de controle de danos, a pesquisa revelou que a maioria dos CDs realizou grande parte dos procedimentos pesquisados (60,5%). Não foram encontradas diferenças nas práticas entre os grupos, em relação às principais variáveis analisadas. A exceção ficou por conta da origem da graduação do profissional. Os profissionais, oriundos de universidades

públicas, realizaram um número de práticas de controle de danos superior aos oriundos de universidades privadas ( $p=0,03$ ). A principal diferença foi na atividade de “urgência” em que 63,93% dos profissionais, oriundos das universidades públicas, realizavam este procedimento, enquanto os de origem das universidades privadas apenas 46,67% disseram realizar.

## VI. DISCUSSÃO

Este estudo revelou que, entre as práticas de saúde propostas para as ESB, as mais realizadas pelos CDs foram as de controle de danos (60,5%), que são especificamente as atividades tradicionais na prática clínica. Estes resultados coincidem com a pesquisa de Baldani (2005), na ESF em Curitiba, revelando que a maior parte das atividades dos CDs é com os procedimentos clínicos ambulatoriais para atender a demanda reprimida. Vilarinho e colaboradores (2007), em Teresina - Piauí, também encontraram um predomínio de procedimentos curativos realizados pelos CDs, na ESF e consideraram as necessidades acumuladas, a demanda reprimida pelos serviços, entre outros motivos como dificuldade na implementação da ESF, em substituição ao modelo tradicional de atenção à saúde bucal. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Facó e colaboradores (2005), com cirurgiões-dentistas da ESF, na microrregião do Ceará, quando a metade dos profissionais realiza apenas atividades clínicas. Portanto, as ações de controle de danos realizadas pelas ESBs, nessa localidade, não surpreenderam, em relação aos procedimentos realizados em outros municípios, o que possivelmente estaria relacionado às necessidades de saúde da população, refletidas na demanda reprimida pelos serviços odontológicos curativos. Exceção se faz à baixa frequência observada na realização de urgências odontológicas, nas ESF (39,5%), atividade esta prevista e essencial na clínica.

Nesse nível de assistência, não foram encontradas diferenças significativas nas práticas entre os grupos, em relação às principais variáveis analisadas. A exceção ficou por conta da origem da graduação do profissional. Os profissionais, oriundos de universidades públicas, realizaram um número de práticas de controle de danos superior aos oriundos de universidades privadas ( $p=0,03$ ). Neste aspecto, não foram encontrados estudos na literatura sobre o assunto.

Por outro lado, nas práticas de promoção de saúde propostas, menos da metade dos CDs realizavam a maioria das práticas. Estes resultados confirmam os dados encontrados em outras investigações. Os estudos de Bastos e colaboradores (2003) com CDs, em Bauru, diziam que os cirurgiões-dentistas ainda não haviam despertado para a importância da educação e da prevenção, principalmente em ações coletivas. Assim também constataram Araujo e colaboradores (2006), em pesquisa com CDs da ESF no Rio Grande do Norte, na qual verificou-se que os dentistas não estão fazendo atividades preventivas como deveriam ser

realizadas. Foram citadas diversas razões para tal justificativa, sendo a principal delas a dificuldade de praticá-las na comunidade, em função das necessidades da população pelo tratamento curativo. O estudo de Silva (2002) sobre as práticas, na ESF, em Vitória da Conquista na Bahia, revelou a insuficiência das ações de “controle de causas” também identificado no presente estudo. Para a autora, faz-se necessária uma definição das ações a serem desenvolvidas nesse nível de atenção, além da identificação dos obstáculos existentes à sua realização, como a qualificação dos profissionais e dificuldades operacionais, decorrentes das condições de trabalho nas ESF.

Algumas diferenças entre as variáveis estudadas, nas práticas de promoção de saúde, apresentaram resultados significativos: a trajetória social do CD, a origem escolar familiar, a origem sócio-ocupacional e o distrito sanitário, local de atuação do CD. Os CDs que tinham uma trajetória social ascendente realizaram um maior número de práticas em relação aos CDs de trajetória social estável ( $p=0,007$ ). Os profissionais de origem escolar familiar baixa também realizaram, nesse nível de atenção, um número de práticas maior que aqueles de origem escolar familiar alta ( $p=0,07$ ). A origem sócio-ocupacional dos CDs também apresentou diferenças significativas em relação ao número de práticas de promoção de saúde realizadas. Os profissionais de origem sócio-ocupacional baixa realizaram maior número de práticas que os de origem sócio-ocupacional alta ( $p=0,02$ ). E os locais de atuação do profissional e os distritos sanitários também apresentaram diferenças significativas no número de práticas, realizadas em promoção de saúde ( $p=0,03$ ). As diferenças no valor da mediana, nas práticas de promoção da saúde e controle de risco entre os diferentes distritos sanitários, apontam para a provável influência da gestão local na prática dos profissionais. Estudo de Chaves e Vieira-da-Silva (2007), utilizando o referencial teórico de Bourdieu, revelou que a posição ocupada, no espaço social, pode ser potencializadora de práticas ajustadas ao campo da saúde coletiva, mas exigem a mediação necessária da gestão para sua concretização.

Os resultados da pesquisa quanto às ações de controle de riscos foram positivas, com os CDs realizando a maior parte dessas práticas, através de procedimentos individuais de proteção à saúde. Algumas diferenças entre as variáveis estudadas nas práticas de controle de riscos apresentaram resultados significativos: maior tempo de serviço, no setor público, o trabalho exclusivo no setor público e o distrito sanitário. Os profissionais, com mais de cinco anos na ESF, realizaram um maior número de práticas, superior aos cirurgiões-dentistas com menos de cinco anos no serviço ( $p=0,01$ ). Os profissionais que trabalhavam exclusivamente com o setor público apresentaram um maior número de práticas de controle de riscos em relação àqueles que também tinham vínculo no setor privado ( $p=0,006$ ). O distrito sanitário

revelou importantes diferenças entre as práticas de controle de risco ( $p = 0,009$ ). Os distritos sanitários de Cabula-Beiru e Barra-Rio Vermelho foram aqueles com o melhor desempenho, apresentando um maior número de práticas realizadas. Essas diferenças podem estar relacionadas à influência da articulação ensino-serviço, presentes em ambos os distritos, com valores medianos mais altos. Não foram encontrados outros estudos semelhantes sobre o tema, o que pode indicar a necessidade de novos estudos mais extensivos, com abordagens mistas sobre as práticas na ESF.



## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar as práticas dos CDs na ESF, em Salvador, relacionadas a algumas variáveis sócio-demográficas e ocupacionais, como a origem e a trajetória social dos cirurgiões-dentistas dentro dos conceitos do espaço social, campo social e *habitus* do sociólogo francês Pierre Bourdieu, verificou-se que a literatura não dispõe de estudos específicos sobre o tema, com a abordagem teórica desta pesquisa.

Encontraram-se, nesse grupo, profissionais com bom potencial e condições técnicas para o trabalho, na ESF, a maioria com dedicação exclusiva ao serviço público e com relativa formação em saúde coletiva. Porém, mesmo com estes elementos diferenciados e facilitadores para o desenvolvimento de um modelo assistencial mais próximo ao modelo de vigilância à saúde, encontraram-se na ESF, nesse município, práticas distantes das diretrizes propostas por esse modelo de atenção.

A principal limitação desse estudo foi à auto-referência no preenchimento do questionário como possível viés no entendimento das questões listadas, levando a um maior número de respostas falso-positivas

A possível influência da origem e trajetória social, em relação às práticas profissionais, mediadas pela gestão, precisa ser investigada. Espera-se que este estudo possa apontar novos caminhos que venham contribuir para a consolidação da saúde bucal na ESF.

Estudos mais extensivos, com abordagem mista (qualitativa e quantitativa), além de análises estatísticas mais aprofundadas, devem ser recomendados para confirmar as hipóteses aqui formuladas, destacando-se a possível relação entre a origem social do agente e suas práticas no exercício profissional

## VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo YP, Dimenstein M (2006). Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1): 219-227.
2. Baldani M H, Fadel, PQ (2005). A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul./ago.
3. Bastos Jr de M, Aquilante a G, Almeida B S de, Lauris Jr P, Bijella VT (2003). Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na faculdade de odontologia de Bauru – USP entre os anos de 1996 e 2000. *j appl oral sci*; 11(4):283-9.
4. Bleicher L (2004). *Saúde para todos, já!*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2004.
5. Bourdieu P (1992). Estruturas, habitus e práticas. In: Bourdieu P (Org.). *Esboço de uma teoria da Prática*. São Paulo: Ática; 1992. p.60-81.
6. Bourdieu P (1996). Espaço social e espaço *simbólico*. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas, São Paulo: 13-34.
7. Brasil (1990). *Lei 8.080/90*. Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF. 19 de setembro de 1990.
8. Brasil (2000). *Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000 publicada no dou de 29/12/00, seção 1, p. 85, Brasília, DF.
9. Brasil (2001). *Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Ministério da Saúde. Portaria n.º 267, de 06 de março de 2001 publicada no diário oficial da união de 07 de março de 2001, seção 1, p. 67 Brasília, DF.
10. Brasil (2004). Ministério da Saúde. DAB – SB2003. *Inquérito Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb>>. Acesso em: 12 nov. 2008.
11. Brasil (2006a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 92 p. il. – *Cadernos de Atenção Básica*, n. 17. Brasília, DF.
12. Brasil (2006b). Ministério da Saúde. *Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica*. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006, Brasília, DF.
13. Brasil (2006c). *Organização Pan-Americana da Saúde*. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (Orgs.). Brasília, DF. 67 p.: il.

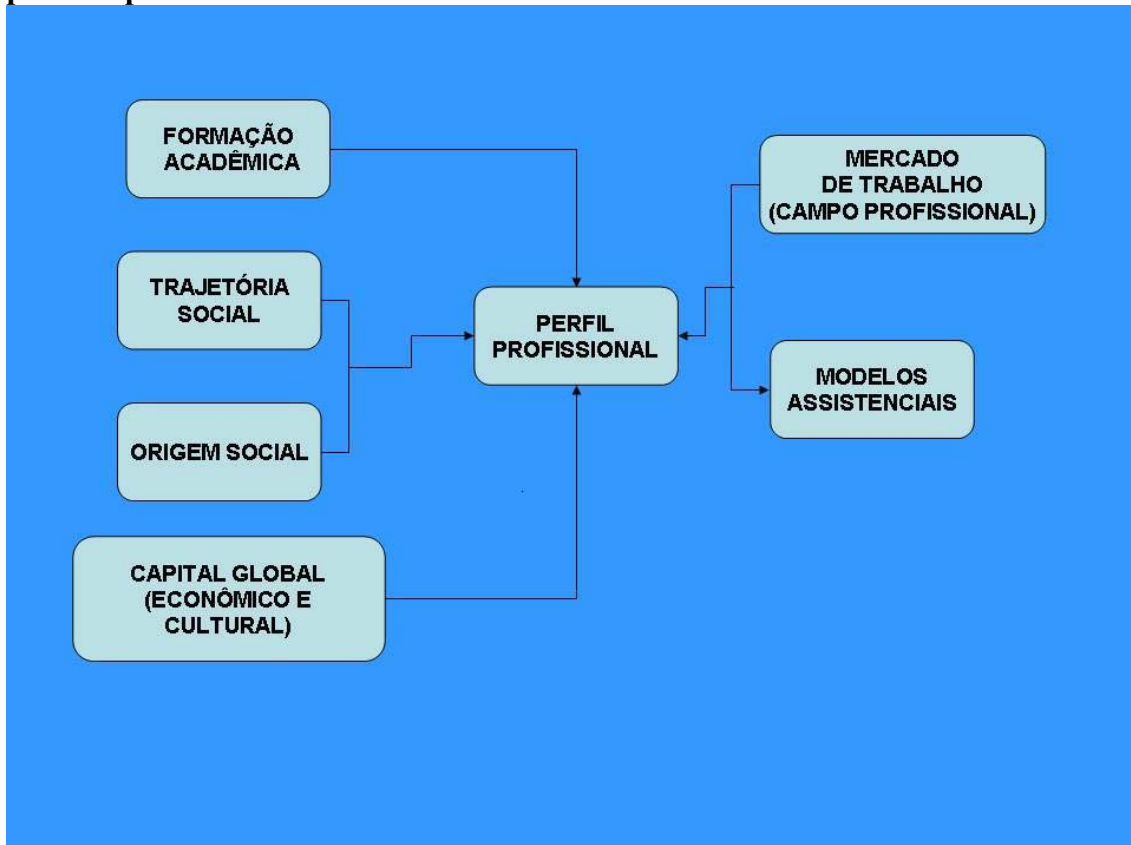
14. Brasil (2008). *Lei No 11.889*. Regulamenta as profissões auxiliares da odontologia. Em 24 de dezembro de 2008, Brasília, DF.
15. Carvalho IA, Ribeiro MJ, Barbosa PR (2001). *Modelos assistenciais em saúde* – Curso de especialização em autogestão em saúde. Barbosa PR (Coord.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
16. Chaves SC, Silva LMV (2007). As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6):1697-1710.
17. Conselho Federal de Odontologia (CFO) (2008). *Cadastro de profissionais*. Disponível em: <[http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil\\_CD.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_CD.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2008.
18. Facó EF, Viana, BN (2005). O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, *Ceará RBPS 2005*; 18(2):70-77.
19. Matos M (2007). *Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de Odontologia da Bahia*. Dissertação (Doutorado) - Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia.
20. OMS (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. (Declaração de Alma Ata) Cazaquistão, URSS. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2008.
21. OMS (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Carta de Ottawa). Ottawa. Canadá. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2008.
22. Pereira DQ *et al.* (2003). A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):599-609.
23. Rodrigues AAO, Assis MMA (2005). Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29(2):273-285, jul./dez. 2005.
24. Roncalli AG, Arciere RM, Unfer B, Costa ICL, Moraes E, Saliba NA (1999). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, II(1):jan./mar.
25. Silva AP (2002). *A prática da equipe no programa de saúde da família*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
26. Teixeira MCB (2006). A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):45-51.

27. Teixeira CF (2002). Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162.
28. Teixeira CF, Paim JS, Villasboas AL (2002). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Paim JS (Org.). *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS, p. 23-57.
29. Paim JS (2008). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
30. Unfer B, Saliba O (2001). O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 2(2):45-51.
31. Viana AL, Poz MRD (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2).
32. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Jr RR (2007). Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, 22(55):jan./mar.
33. Zanetti CHG (2000). A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. *Ação Coletiva*, ABOSC, Brasília, DF, 2.1(6).

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Figura 1.

**Figura 1 – Modelo Teórico Lógico de prováveis fatores relacionados ao perfil e as práticas profissionais**



**APÊNDICE B –  
Modelo de questionário perfil dos CD's.**

|  |   |
|--|---|
| <b>INSTITUTO DE SAUDE COLETIVA DA UFBA</b><br><b>Perfil e práticas dos CDs no ESF em Salvador-Ba</b> | <b>QUESTIONÁRIO</b><br><b>PERFIL DOS CD'S</b> |
|--|---|

Orientação: Este questionário tem como objetivo conhecer o perfil de capacitação dos cirurgiões dentistas da ESF, em Salvador-Ba. Por favor, responda a todos os itens. Se você não tem certeza sobre que resposta dar a um item, escolha a alternativa que lhe pareça mais apropriada. Na dúvida opte pela primeira alternativa que pensou. Tenha em mente as suas próprias percepções, ao responder ao questionário. Nós estamos perguntando o que você acha de acordo com os seus sentimentos, e não como deveriam ser os serviços. A sua informação será mantida em sigilo, sendo impossível recuperar a identidade do respondente. Os procedimentos de acordo Portaria nº 648/GM de 2006 (BRASIL, 2006).

**2. Características sócio-ocupacionais**

|   |
|---|
| Sexo: M__ F__ Data de nascimento ___/___/___ Data preenchimento questionário: ___/___/08<br>Estado civil: solteiro <input type="checkbox"/> casado/convivente <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> Ano da Graduação _____  |
| Ano admissão na ESF _____ <input type="checkbox"/> Horas por semana na ESF _____  |
| 1.4 Qual a forma de ingresso na ESF?<br>Concurso público <input type="checkbox"/> Seleção pública <input type="checkbox"/> Indicação <input type="checkbox"/> Convite <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____   |
| 1.5 Qual é o tipo de vínculo empregatício?<br>CLT (carteira assinada c/benefícios) <input type="checkbox"/> Estatutário (servidor público) <input type="checkbox"/> Prestador de serviço <input type="checkbox"/>   |
| 1.6 Instituição onde se formou<br>UFBA <input type="checkbox"/> UEFS <input type="checkbox"/> FBDC <input type="checkbox"/> FTC <input type="checkbox"/> UNIME <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual? _____ (especificar estado)   |
| 1.4 Profissão/ocupação (passada ou atual) do pai _____<br>1.5 Qual a escolaridade do pai?<br>1. Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 2. Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino básico incompleto <input type="checkbox"/><br>4. Ensino básico completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino médio completo <input type="checkbox"/><br>7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação <input type="checkbox"/><br>10. Não frequentou a escola <input type="checkbox"/> 11. Sem informação |
| 1.6 Profissão/ocupação (passada ou atual) da mãe _____  |
| 1.7 Qual a escolaridade da mãe?<br>1 Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> 2. Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino básico incompleto <input type="checkbox"/><br>4. Ensino básico completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino médio completo <input type="checkbox"/><br>7. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 8. Superior completo <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 10. Não frequentou a escola <input type="checkbox"/> 11. Sem informação   |
| 1.8 Você fez o curso fundamental onde? 1.9 Você fez o curso médio onde?<br>Escola pública <input type="checkbox"/> Escola privada <input type="checkbox"/> Escola pública <input type="checkbox"/> Escola privada <input type="checkbox"/>  |
| 1.10 Possui pós-graduação?<br>Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/><br>Qual ? _____  |
| 1.11 Realizou capacitação para atuar no PSF ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____   |

1.12 Trabalha em clínica privada Sim  Não  Horas por semana na clínica privada \_\_\_\_\_

1.13 Atende a convênios ou planos de saúde? Sim  Não

1.14 Quais os principais? Cite três \_\_\_\_\_

1.15 É proprietário do consultório? Sim  Não

1.16 Aluga turnos em consultório de outra pessoa? Sim  Não

1.17 Trabalha por percentagem? Sim  Não

1.18 Qual o rendimento mensal no setor público, em salários mínimos (415 reais)?  
 1) Sem rendimento  2) Até 1 SM  3) Mais de 1 a 2 SM  4) Mais de 2 a 3 SM   
 5) Mais de 3 a 5 SM  6) Mais de 5 a 10 SM  7) Mais de 10 a 20 SM  8) Mais de 20 SM  9) Sem Informação

1.19 Qual o rendimento mensal no setor privado em Salários Mínimos ( 415 reais)?  
 1) Sem rendimento  2) Até 1 SM  3) Mais de 1 a 2 SM  4) Mais de 2 a 3 SM  5) Mais de 3 a 5 SM   
 6) Mais de 5 a 10 SM  7) Mais de 10 a 20 SM  8) Mais de 20 SM  9) Sem Informação

Nos módulos 2, 3 e 4, para identificar a frequência das ações, disponibilizamos os termos: ***nunca, raramente, freqüentemente e sempre***. Observe que existem procedimentos como “FEIRA DE SAUDE”, que, se realizada trimestralmente, entendemos como resposta adequada “S= sempre”. Entretanto as AÇÕES COLETIVAS que devem estar no programa semanal de atividades, se realizadas trimestralmente, entendemos como resposta adequada “Rraramente”.

## 2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – PROMOÇÃO A SAÚDE

| LEGENDA:   | N = Nunca realiza | R = Raramente realiza | F = Frequentemente realiza | S = Sempre realiza |
|--|-------------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|
| ATIVIDADES DE PROMOÇÃO À SAUDE (PRÁTICAS COLETIVAS).   | N                 | R                     | F                          | S                  |
| 2.1 PARTICIPAÇÃO EM FEIRA DE SAÚDE.  |                   |                       |                            |                    |
| 2.2 AÇÕES COLETIVAS DE CUIDADOS COM A SAÚDE EM ESCOLARES.  |                   |                       |                            |                    |
| 2.3. AÇÕES COLETIVAS DE CUIDADOS COM A SAÚDE EM GRUPOS (IDOSOS, GESTANTES...).   |                   |                       |                            |                    |
| 2.4. TRABALHO COM ORIENTAÇÃO A HÁBITOS SAUDÁVEIS (higiene bucal, condicionamento físico).  |                   |                       |                            |                    |
| 2.5. TRABALHO COM ORIENTAÇÃO ALIMENTAR.  |                   |                       |                            |                    |
| 2.6 REALIZAÇÃO DE VISITA DOMICILIAR REGULAR.   |                   |                       |                            |                    |
| 2.7 REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO PARA O PLANEJAMENTO E A PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES.   |                   |                       |                            |                    |
| 2.8 REALIZAÇÃO DE SUPERVISÃO TÉCNICA DO THD E ACD.   |                   |                       |                            |                    |
| 2.9 PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE.   |                   |                       |                            |                    |
| 2.10 ACOMPANHAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES REFERENTES À SAÚDE BUCAL COM OS DEMAIS MEMBROS DA ESF, BUSCANDO APROXIMAR E INTEGRAR AÇÕES DE SAÚDE DE FORMA MULTIDISCIPLINAR. |                   |                       |                            |                    |

### 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – CONTROLE DE RISCOS

| LEGENDA:  | N = Nunca realiza<br>F = Frequentemente realiza | R = Raramente realiza<br>S = Sempre realiza |   |   |  |
|---|---|---|---|---|--|
| ATIVIDADES DE PREVENÇÃO A DOENÇAS (PRÁTICAS NO CONSULTÓRIO) | N   | R   | F | S |  |
| 3.1 APLICAÇÃO DE FLUOR                                      |   |   |   |   |  |
| 3.2 APLICAÇÃO DE SELANTE                                    |   |   |   |   |  |
| 3.3 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO                               |   |   |   |   |  |
| 3.4 CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (C/REVELAÇÃO DE PLACA)     |   |   |   |   |  |
| 3.5 HIGIENE BUCAL SUPERVISIONADA, NA CADEIRA ODONTOLÓGICA   |   |   |   |   |  |
| 3.6 DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CANCER BUCAL                     |   |   |   |   |  |
| 3.7 PROFILAXIA  |   |   |   |   |  |

### 4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS – CONTROLE DE DANOS

| LEGENDA:   | N = Nunca realiza<br>F = Frequentemente realiza | R = Raramente realiza<br>S = Sempre realiza |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| ATIVIDADES CLÍNICAS NA USF (PRÁTICAS INDIVIDUAIS)  | N   | R   | F | S |  |
| 4.1 CONSULTA ODONTOLÓGICA.   |   |   |   |   |  |
| 4.2 CAPEAMENTO PULPAR (DIRETO OU INDIRETO).  |   |   |   |   |  |
| 4.3 CIRURGIA ORAL MENOR.   |   |   |   |   |  |
| 4.4 CURETAGEM SUPRAGENGIVAL.   |   |   |   |   |  |
| 4.5 CURETAGEM SUBGENGIVAL.   |   |   |   |   |  |
| 4.6 EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS.  |   |   |   |   |  |
| 4.7 EXODONTIA DE DENTES PERMANENTES.   |   |   |   |   |  |
| 4.8 RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO.  |   |   |   |   |  |
| 4.9 RAIOS X PERIAPICAL.  |   |   |   |   |  |
| 4.10 RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA.  |   |   |   |   |  |
| 4.11 RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL.  |   |   |   |   |  |
| 4.12 URGÊNCIAS ENDODÔNTICAS.   |   |   |   |   |  |
| 4.13 ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIOS A OUTROS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA (referência), RESPONSABILIZANDO-SE POSTERIORMENTE PELO ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO E O SEGUIMENTO DO TRATAMENTO (contra-referência) |   |   |   |   |  |

### 5. QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS POR VOCÊ NA USF?

---



---



---



---



## APÊNDICE C – Tabelas

**Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa das práticas de promoção de saúde, realizadas pelos CDs inseridos na ESF em Salvador, Bahia, 2008.**

| Co-variável   | n(%)     |
|---|----------|
| <b>Atividades em feiras de saúde</b>                  |          |
| Nunca   | 5(6,6)   |
| Raramente   | 28(36,8) |
| Freqüentemente  | 16(21,1) |
| Sempre  | 27(35,5) |
| <b>Atividades com escolares</b>                       |          |
| Nunca   | 0(00)    |
| Raramente   | 9(11,8)  |
| Freqüentemente  | 26(34,2) |
| Sempre  | 41(53,9) |
| <b>Atividades com outros grupos</b>                   |          |
| Nunca   | 1(1,3)   |
| Raramente   | 11(14,5) |
| Freqüentemente  | 35(46,1) |
| Sempre  | 29(38,2) |
| <b>Orientação a hábitos saudáveis</b>                 |          |
| Nunca   | 0(00)    |
| Raramente   | 2(2,6)   |
| Freqüentemente  | 14(18,4) |
| Sempre  | 60(78,9) |
| <b>Orientação alimentar</b>                           |          |
| Nunca   | 0(00)    |
| Raramente   | 9(11,8)  |
| Freqüentemente  | 29(38,2) |
| Sempre  | 38(50,0) |
| <b>Visita domiciliar</b>                              |          |
| Nunca   | 6(7,9)   |
| Raramente   | 25(32,9) |
| Freqüentemente  | 33(43,4) |
| Sempre  | 12(15,8) |
| <b>Inquérito epidemiológico para planejamento</b>     |          |
| Nunca   | 5(6,6)   |
| Raramente   | 18(23,7) |
| Freqüentemente  | 34(44,7) |
| Sempre  | 19(25,0) |
| <b>Supervisão de ACD</b>                              |          |
| Nunca   | 4(5,3)   |
| Raramente   | 7(9,2)   |
| Freqüentemente  | 17(22,4) |
| Sempre  | 48(63,2) |
| <b>Participação em Conselho local de saúde</b>        |          |
| Nunca   | 46(60,5) |
| Raramente   | 15(19,7) |
| Freqüentemente  | 6(7,9)   |
| Sempre  | 9(11,8)  |
| <b>Ações de saúde bucal de forma multidisciplinar</b> |          |
| Nunca   | 0(00)    |
| Raramente   | 13(17,1) |
| Freqüentemente  | 34(44,7) |
| Sempre  | 29(38,2) |

**Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa das práticas de controle de riscos à saúde, realizadas pelos CDs inseridos na ESF em Salvador, Bahia, 2008.**

| Co-variável   | n(%)     |
|---|----------|
| <b>Aplicação de flúor</b>                                   |          |
| Nunca   | 0(0,0)   |
| Raramente   | 1(1,3)   |
| Freqüentemente  | 14(18,4) |
| Sempre  | 61(80,3) |
| <b>Aplicação de selante</b>                                 |          |
| Nunca   | 7(9,2)   |
| Raramente   | 20(26,3) |
| Freqüentemente  | 31(40,8) |
| Sempre  | 18(23,7) |
| <b>Aplicação de carioestático</b>                           |          |
| Nunca   | 21(27,6) |
| Raramente   | 27(35,5) |
| Freqüentemente  | 20(26,3) |
| Sempre  | 8(10,5)  |
| <b>Controle de placa bacteriana</b>                         |          |
| Nunca   | 5(6,6)   |
| Raramente   | 19(25,0) |
| Freqüentemente  | 11(14,5) |
| Sempre  | 41(53,9) |
| <b>Higiene bucal supervisionada na cadeira odontológica</b> |          |
| Nunca   | 0(0,0)   |
| Raramente   | 5(6,6)   |
| Freqüentemente  | 17(22,4) |
| Sempre  | 54(71,1) |
| <b>Prevenção ao câncer bucal</b>                            |          |
| Nunca   | 5(6,6)   |
| Raramente   | 9(11,8)  |
| Freqüentemente  | 21(27,6) |
| Sempre  | 41(53,9) |
| <b>Profilaxia dental</b>                                    |          |
| Nunca   | 2(2,6)   |
| Raramente   | 2(2,6)   |
| Freqüentemente  | 6(7,9)   |
| Sempre  | 66(86,8) |

**Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das práticas de controle de dano à saúde, realizadas pelos CDs inseridos na ESF em Salvador, Bahia, 2008.**

| Co-variável                                 | n(%)     |
|---|----------|
| <b>Consulta odontológica</b>                |          |
| Nunca                                       | 1(1,2)   |
| Raramente                                   | 0(0,0)   |
| Freqüentemente                              | 7(9,3)   |
| Sempre                                      | 68(89,5) |
| <b>Capecimento pulpar</b>                   |          |
| Nunca                                       | 4(5,3)   |
| Raramente                                   | 12(15,8) |
| Freqüentemente                              | 28(36,8) |
| Sempre                                      | 32(42,1) |
| <b>Cirurgia oral</b>                        |          |
| Nunca                                       | 11(14,5) |
| Raramente                                   | 18(23,7) |
| Freqüentemente                              | 16(21,1) |
| Sempre                                      | 31(40,8) |
| <b>Curetagem supragengival</b>              |          |
| Nunca                                       | 3(3,9)   |
| Raramente                                   | 3(3,9)   |
| Freqüentemente                              | 12(15,8) |
| Sempre                                      | 58(76,3) |
| <b>Curetagem subgengival</b>                |          |
| Nunca                                       | 9(11,8)  |
| Raramente                                   | 16(21,1) |
| Freqüentemente                              | 23(30,3) |
| Sempre                                      | 28(36,8) |
| <b>Exodontia decíduos</b>                   |          |
| Nunca                                       | 2(2,6)   |
| Raramente                                   | 5(6,6)   |
| Freqüentemente                              | 13(17,1) |
| Sempre                                      | 56(73,7) |
| <b>Exodontia permanente</b>                 |          |
| Nunca                                       | 2(2,6)   |
| Raramente                                   | 5(6,6)   |
| Freqüentemente                              | 18(23,7) |
| Sempre                                      | 51(67,1) |
| <b>Raspagem supra-gengival</b>              |          |
| Nunca                                       | 2(2,6)   |
| Raramente                                   | 1(1,3)   |
| Freqüentemente                              | 16(21,1) |
| Sempre                                      | 57(75,0) |
| <b>Raios X</b>                              |          |
| Nunca                                       | 26(34,2) |
| Raramente                                   | 9(11,8)  |
| Freqüentemente                              | 19(25,0) |
| Sempre                                      | 22(28,9) |
| <b>Restauração amálgama</b>                 |          |
| Nunca                                       | 2(2,6)   |
| Raramente                                   | 1(1,3)   |
| Freqüentemente                              | 8(10,5)  |
| Sempre                                      | 65(85,5) |
| <b>Resina Fotopolimerizável</b>             |          |
| Nunca                                       | 2(2,6)   |
| Raramente                                   | 1(1,3)   |
| Freqüentemente                              | 10(13,2) |
| Sempre                                      | 63(82,9) |
| <b>Urgências odontológicas</b>              |          |
| Nunca                                       | 9(11,8)  |
| Raramente                                   | 21(27,6) |
| Freqüentemente                              | 15(19,7) |
| Sempre                                      | 31(40,8) |
| <b>Referência a serviços especializados</b> |          |
| Nunca                                       | 3(3,9)   |
| Raramente                                   | 2(2,6)   |
| Freqüentemente                              | 22(28,9) |
| Sempre                                      | 49(64,5) |

**Tabela 4 - Valores medianos de dez práticas de promoção de saúde, realizadas pelos cirurgiões-dentistas (n=76) inseridos nas equipes de saúde da família, segundo algumas variáveis sócio-demográficas e ocupacionais selecionadas. Salvador, Bahia, 2008.**

| Variáveis                           | Mediana (Q1-Q3)   | Valor de p* |
|-------------------------------------|-------------------|-------------|
| <b>Sexo</b>                         |                   |             |
| Masculino                           | 8,00 (6,00-9,00)  | 0,69        |
| Feminino                            | 7,00 (6,00-9,00)  |             |
| <b>Tempo no serviço</b>             |                   |             |
| Até 5 anos                          | 7,00 (6,00-8,75)  | 0,07        |
| Mais de 5 anos                      | 9,00 (7,50-9,00)  |             |
| <b>Atuação profissional</b>         |                   |             |
| Setor privado/público               | 7,50 (5,25-9,00)  | 0,79        |
| Exclusivo setor público             | 7,00 (6,00-9,00)  |             |
| <b>Graduação em universidade</b>    |                   |             |
| Pública                             | 7,00 (6,00-9,00)  | 0,54        |
| Privada                             | 7,00 (6,00-8,00)  |             |
| <b>Origem escolar familiar</b>      |                   |             |
| Alta                                | 7,00 (6,00-8,00)  | 0,007*      |
| Baixa                               | 8,00 (7,00-9,00)  |             |
| <b>Capital ocupacional familiar</b> |                   |             |
| Alto                                | 7,00 (6,00-9,00)  | 0,02*       |
| Baixo                               | 8,00 (7,00-9,00)  |             |
| <b>Trajectoria social</b>           |                   |             |
| Ascendente                          | 8,00 (7,00-9,00)  | 0,007*      |
| Estável                             | 7,00(6,00-8,00)   |             |
| <b>Faixa etária</b>                 |                   |             |
| 26 a 34 anos                        | 7,00 (6,00-8,00)  | 0,32        |
| 35 a 46                             | 7,50 (6,00-9,00)  |             |
| 47 a 61 anos                        | 8,00 (7,00-9,00)  |             |
| <b>Tempo de formado</b>             |                   |             |
| Até 10 anos                         | 7,00 (6,00-8,00)  | 0,74        |
| Entre 11 e 22 anos                  | 7,00 (6,00-9,00)  |             |
| Superior a 22 anos                  | 8,00 (6,00-9,00)  |             |
| <b>Tipo de especialidade (n=56)</b> |                   |             |
| Saúde Pública                       | 7,00 (6,00-9,00)  | 0,46        |
| Clínica                             | 7,00 (5,25-8,50)  |             |
| Outra                               | 8,00 (7,25-8,75)  |             |
| <b>Distrito Sanitário</b>           |                   |             |
| Centro Histórico                    | 8,00 (8,00-8,00)  | 0,03**      |
| Itapajipe                           | 9,00 (7,50-9,75)  |             |
| São Caetano/Valeria                 | 6,50 (5,00-8,00)  |             |
| Liberdade                           | 5,00 (4,00-8,00)  |             |
| Brotas                              | 7,00 (5,00-9,00)  |             |
| Barra/Rio Vermelho                  | 9,00 (7,25-9,75)  |             |
| Boca do Rio                         | 5,00 (3,00-7,00)  |             |
| Itapuã                              | 7,00 (6,00-7,50)  |             |
| Cabula/Beiru                        | 7,00 (6,00-10,00) |             |
| Pau da Lima                         | 7,00 (7,00-7,00)  |             |
| Ferroviário                         | 8,00 (7,00-9,00)  |             |
| Cajazeiras                          | 7,00 (6,00-8,50)  |             |

\*comparação de medianas dos procedimentos através do Teste Mann-Whitney para valores de  $p < 0.05$

\*\* comparação de medianas dos procedimentos através do Teste Kruskal-Wallis para valores de  $p < 0.05$

**Tabela 5 - Valores medianos de sete práticas de controle de risco, realizadas pelos cirurgiões-dentistas (n=76) inseridos nas equipes de saúde da família, segundo algumas variáveis sócio-demográficas e ocupacionais selecionadas. Salvador, Bahia, 2008.**

| Variáveis                           | Mediana (Q1-Q3)  | Valor de p* |
|-------------------------------------|------------------|-------------|
| <b>Sexo</b>                         |                  |             |
| Masculino                           | 5,00 (5,00-7,00) | 0,97        |
| Feminino                            | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| <b>Tempo no serviço</b>             |                  |             |
| Até 5 anos                          | 5,00 (5,00-7,00) | 0,01*       |
| Mais de 5 anos                      | 6,50 (6,00-7,00) |             |
| <b>Atuação profissional</b>         |                  |             |
| Setor privado/público               | 5,00 (4,00-5,75) | 0,006*      |
| Exclusivo setor público             | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| <b>Graduação em Universidade</b>    |                  |             |
| Pública                             | 6,00 (5,00-7,00) | 0,08        |
| Privada                             | 5,00 (4,00-6,00) |             |
| <b>Origem escolar familiar</b>      |                  |             |
| Alta                                | 5,00 (4,00-7,00) | 0,08        |
| Baixa                               | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| <b>Capital ocupacional familiar</b> |                  |             |
| Alto                                | 5,00 (4,00-7,00) | 0,50        |
| Baixo                               | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| <b>Trajetória social</b>            |                  |             |
| Ascendente                          | 6,00 (5,00-7,00) | 0,08        |
| Estável                             | 5,00 (4,00-7,00) |             |
| <b>Faixa etária</b>                 |                  |             |
| De 26 a 34 anos                     | 6,00 (5,00-7,00) | 0,52        |
| De 35 a 46                          | 5,00 (4,00-6,75) |             |
| De 47 a 61 anos                     | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| <b>Tempo de formado</b>             |                  |             |
| Até 10 anos                         | 5,00 (5,00-6,00) | 0,36        |
| Entre 11 e 22 anos                  | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| Superior a 22 anos                  | 5,00 (5,00-7,00) |             |
| <b>Tipo de especialidade (n=56)</b> |                  |             |
| Saúde Pública                       | 6,00 (5,00-7,00) | 0,22        |
| Clínica                             | 5,00 (4,25-6,75) |             |
| Outra                               | 4,50 (2,50-5,75) |             |
| <b>Distrito Sanitário</b>           |                  |             |
| Centro Histórico                    | 3,00 (3,00-3,00) | 0,009**     |
| Itapajipe                           | 6,00 (6,00-6,75) |             |
| São Caetano/Valeria                 | 5,50 (5,00-7,00) |             |
| Liberdade                           | 4,00 (3,00-5,00) |             |
| Brotas                              | 4,00 (4,00-4,00) |             |
| Barra/Rio Vermelho                  | 7,00 (6,00-7,00) |             |
| Boca do Rio                         | 4,50 (4,00-5,00) |             |
| Itapuã                              | 3,50 (2,00-5,50) |             |
| Cabula/Beiru                        | 7,00 (5,00-7,00) |             |
| Pau da Lima                         | 6,00 (6,00-6,00) |             |
| Ferroviário                         | 6,00 (5,00-7,00) |             |
| Cajazeiras                          | 5,00 (4,00-6,00) |             |

\*comparação de medianas dos procedimentos através do Teste Mann-Whitney para valores de  $p < 0.05$

\*\* comparação de medianas dos procedimentos através do Teste Kruskal-Wallis para valores de  $p < 0.05$

**Tabela 6 - Valores medianos de treze práticas de controle de danos, realizadas pelos cirurgiões-dentistas (n=76), inseridos nas equipes de saúde da família, segundo algumas variáveis sócio-demográficas e ocupacionais selecionadas. Salvador, Bahia, 2008.**

| Variáveis                           | Mediana (Q1-Q3)     | Valor de p*  |
|-------------------------------------|---------------------|--------------|
| <b>Sexo</b>                         |                     |              |
| Masculino                           | 8,00 (8,00 -10,00)  | 0,88         |
| Feminino                            | 9,00 (9,00 -11,00)  |              |
| <b>Tempo no Serviço</b>             |                     |              |
| Até 5 anos                          | 10,00 (9,00- 11,00) | 0,23         |
| Mais de 5 anos                      | 9,50 (8,00- 10,00)  |              |
| <b>Atuação profissional</b>         |                     |              |
| Setor privado/público               | 10,00 (8,25-11,00)  | 0,97         |
| Exclusivo setor público             | 10,00 (9,00-10,75)  |              |
| <b>Graduação em Universidade</b>    |                     |              |
| Pública                             | 10,00 (9,00 -11,00) | <b>0,03*</b> |
| Privada                             | 9,00 (8,00 -10,00)  |              |
| <b>Origem escolar familiar</b>      |                     |              |
| Alta                                | 10,00 (9,00-10,00)  | 0,21         |
| Baixa                               | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| <b>Capital ocupacional familiar</b> |                     |              |
| Alto                                | 10,00 (8,00-11,00)  | 0,35         |
| Baixo                               | 9,00 (10,00-10,00)  |              |
| <b>Trajetória social</b>            |                     |              |
| Ascendente                          | 10,00 (9,00-11,00)  | 0,21         |
| Estável                             | 10,00 (9,00-10,00)  |              |
| <b>Faixa etária</b>                 |                     |              |
| De 26 a 34 anos                     | 8,00 (8,00-10,00)   | 0,42         |
| De 35 a 46                          | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| De 47 a 61 anos                     | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| <b>Tempo de formado</b>             |                     |              |
| Até 10 anos                         | 10,00 (8,00-10,25)  | 0,34         |
| Entre 11 e 22 anos                  | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| Superior a 22 anos                  | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| <b>Tipo de especialidade (n=56)</b> |                     |              |
| Saúde Pública                       | 10,00 (9,00-10,00)  | 0,15         |
| Clínica                             | 9,50 (8,00-10,00)   |              |
| Outra                               | 8,00 (2,25-10)      |              |
| <b>Distrito Sanitário</b>           |                     |              |
| Centro Histórico                    | 11,00 (11,00-11,00) | 0,50         |
| Itapajipe                           | 10,00 (9,25-10,00)  |              |
| São Caetano/Valéria                 | 10,00 (8,25-11,00)  |              |
| Liberdade                           | 9,00 (8,00-10,00)   |              |
| Brotas                              | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| Barra/Rio Vermelho                  | 10,00 (8,50-11,00)  |              |
| Boca do Rio                         | 11,00 (11,00-11,00) |              |
| Itapuã                              | 10,00 (1,00-11,00)  |              |
| Cabula/Beiru                        | 10,00 (9,00-11,00)  |              |
| Pau da Lima                         | 9,00 (9,00-9,00)    |              |
| Ferrovário                          | 10,00 (9,00-10,00)  |              |
| Cajazeiras                          | 10,00 (9,00-10,00)  |              |

\*comparação de medianas dos procedimentos através do Teste Mann-Whitney para valores de  $p < 0.05$

\*\* comparação de medianas dos procedimentos através do Teste Kruskal-Wallis para valores de  $p < 0.05$