

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

WAGNER GOMES REIS

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: ENTRE O PRESCRITO E O REAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Brasília DF

2013

WAGNER GOMES REIS

**O TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: ENTRE O PRESCRITO E O REAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

**BANCA EXAMINADORA**

24 de junho de 2013

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer – (presidente)  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Márcio Florentino Pereira – (membro)  
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Edna Maria Goulart Joazeiro – (membro)  
Universidade Estadual de Campinas

Profa. Dra. Muna Muhammad Odeh – (suplente)  
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho aos meus pais Cida e Wagner,  
meus primeiros exemplos de que a luta  
pelos sonhos e pelos ideais sempre são recompensados  
e também à minha esposa Cristiani e  
meus filhos Guilherme e Manuela,  
razões maiores de que a felicidade é desse mundo e  
pelo apoio incondicional à elaboração desse trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela vida e pela oportunidade de todos os instrumentos que Ele me coloca em mãos.

A professora Magda Scherer, pela confiança, dedicação, rigor e compromisso na orientação para a construção deste trabalho.

A Selma, trabalhadora incansável da Unidade de Odontologia do Hospital Regional de Taguatinga, que diariamente suportou e solucionou as exigências do setor, para que pudesse dedicar-me mais ao mestrado.

A Dra. Sônia Salviano, então Coordenadora de Saúde da Regional de Taguatinga, por possibilitar minha permanência nas atividades do mestrado.

A minha chefe, Dra. Márcia Tereza, então Diretora de Atenção à Saúde da Regional de Taguatinga, pelo apoio durante esses dois anos de curso.

Aos colegas Cirurgiões Dentistas, Técnicas de Enfermagem Técnicas de Saúde Bucal da Unidade de Odontologia do HRT, por durante dois anos tolerarem um chefe muitas vezes ausente, mas que mesmo assim, não mediram esforços para auxiliarem no dia-a-dia do serviço.

A TSB Maria do Socorro que, na secretaria da Unidade de Odontologia do HRT, auxiliou-me diariamente na condução das necessidades do setor.

Aos colegas alunos do mestrado acadêmico e profissionalizante do programa de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade de Brasília, em particular Luanda, Camila, Erica, Eliane, Geisy e Zaíra, pela amizade sincera, apoio e orientações nos momentos de necessidade.

A professora Leila Gottens, por mesmo indiretamente despertar-me para o mundo acadêmico.

Aos colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Trabalho em Saúde, onde também não faltaram orientações para a construção deste trabalho.

*“A mais profunda raiz do fracasso em nossas vidas é pensar, 'Como sou inútil e fraco'. É essencial pensar poderosa e firmemente, 'Eu consigo', sem ostentação ou preocupação”.*

*Dalai Lama*

## RESUMO

Com a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, rompendo com o paradigma do trabalho curativo e restaurador do cirurgião dentista, então restrito às quatro paredes do consultório, surge um novo e vasto campo de pesquisa voltado para a compreensão e melhoria do trabalho em saúde bucal. O presente estudo investiga a prática profissional do cirurgião dentista na sua relação entre o que é prescrito e o que é real, além de contextualizar a Saúde Bucal e a Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal. A pesquisa foi realizada em Unidades de Estratégia de Saúde da Família, caracterizada como primeiro nível de hierarquização de ações e serviços. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com triangulação na coleta e na análise de dados, como forma de assegurar os critérios de fidedignidade e de validade. A inclusão dos participantes se deu por amostragem intencional e de conveniência, definida com a indicação dos gestores das respectivas regiões, identificados com a contextualização da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal. Os dados foram obtidos através de análise documental, observações e entrevistas semiestruturadas, tendo sempre como foco caracterizar as atividades e as renormalizações produzidas pelo cirurgião dentista em seu trabalho. Em seguida os resultados foram sistematizados e analisados utilizando a análise temática de conteúdo. Os resultados mostraram que a renormalização na prática de trabalho em saúde bucal é dinâmica e permanente, embora muitas vezes ocorram em circunstâncias atípicas quando confrontada com a prática da odontologia tradicional.

**Palavras-chave:** Ergologia; Saúde bucal; Estratégia de saúde da família.

## SUMMARY

With the insertion of the dental health team in the Family Health Strategy, breaking the paradigm of healing work and restorative dentist then restricted to the four walls of the office, a new and vast field of research aimed at understanding and improving work in oral health. The present study investigates the professional practice of the dentist in their relation between what is prescribed and what is real, and contextualize the Oral Health and Family Health Strategy in the Federal District. The survey was conducted in units of the Family Health Strategy, characterized as the first level of hierarchy of actions and services. This is a qualitative research triangulation in collecting and analyzing data in order to ensure the criteria of reliability and validity. The inclusion of participants was given by purposive sampling and convenience, defined with the statement of the managers of the respective regions identified with the context of oral health in the Family Health Strategy in the Federal District. Data were collected through document analysis, observations and semi-structured interviews, focus has always characterized the activities and Renormalizations produced by a dentist in your work. Then the results were organized and analyzed using thematic content analysis. The results showed that the renormalization in practical work in oral health is dynamic and continuous, though often occur in unusual circumstances when confronted with the practice of traditional dentistry.

**Keywords:** Ergology; Oral health; Family health strategy.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Número de equipes de ESF por Regional de Saúde no DF

Gráfico 2 – CDs na ESF por Regional de Saúde

Gráfico 3 – Equipes de ESBF com Saúde Bucal por Regional de Saúde

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Ocorrência de temas e categorização

Tabela 2 – População do Distrito Federal por Região Administrativa

Tabela 3 – Ordenação decrescente por IDH

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião Dentista

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DD3P – Dispositivo Dinâmico de Três Polos

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

GDF – Governo do Distrito Federal

ICS – Instituto Candango de Solidariedade

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NESP – Núcleo de Estudo de Saúde Pública

PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio

PSC – Programa Saúde em Casa

PFS – Programa Família Saudável

PSF – Programa Saúde da Família

RA – Região Administrativa

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESC – Serviço Social do Comércio

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Bucal

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO TEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>18</b>
1.1 O Processo de Trabalho em Saúde.....	18
1.2 A Estratégia de Saúde da Família.....	19
1.3 A Saúde Bucal e o Trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família .....	21
1.4 A Ergologia como Referencial para Conhecer o Trabalho .....	26
<b>QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS .....</b>	<b>34</b>
2.1 Objetivo geral .....	34
2.2 Objetivos específicos .....	34
<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>35</b>
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local e sujeitos da pesquisa.....	35
3.3 Processo de coleta de dados, definição e aplicação dos instrumentos.....	36
3.4 Organização e análise de dados.....	37
3.5 Aspectos éticos .....	38
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
4.1 Contexto da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal .....	39
4.2 Caracterização das atividades, as prescrições e as renormalizações do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família.....	45
4.2.1 Condições para o trabalho na ESF.....	46
4.2.2 O valor da ESF.....	49
4.2.3 Percepção sobre os usuários.....	52
4.2.4 O modo de trabalhar .....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
Roteiro de Análise Documental .....	67
Roteiro de Observação .....	68
Roteiro de Entrevista.....	69
Termo de Consentimento .....	70

<b>Roteiro de Perguntas – Entrevistas sobre o Histórico da Ergologia .....</b>	<b>71</b>
<b>Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>72</b>
<b>Emenda ao Projeto .....</b>	<b>73</b>
<b>Subsecretaria de Atenção Primária.....</b>	<b>74</b>

## INTRODUÇÃO

A Saúde Pública brasileira vêm experimentando sucessivos ensaios de estruturação e ajustes, desde a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988. Os princípios e diretrizes construídos no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, bem como a Política Nacional de Atenção Básica são exemplos dos esforços nesse sentido (BRASIL, 2011).

O modelo brasileiro de atenção à saúde é caracterizado pela hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade crescente (arts. 7º e 8º, II da Lei 8.080/90). A principal porta de entrada do sistema ocorre pela Atenção Básica, que deve ser a ordenadora da Rede de Atenção. Essa estrutura hierárquica compõe-se da atenção primária ou básica, atenção secundária (ou de média complexidade) e atenção terciária (ou de alta complexidade) (MOROSINI, 2007).

Entretanto, o modelo de saúde hegemônico no SUS ainda não está consolidado, com pontos de atenção que não se comunicam entre si, e também pouco capaz de atender de forma regular os usuários. A precariedade da comunicação também ocorre nos diferentes níveis de atenção, perdendo fluidez na oferta de serviços no contexto da integralidade. Fortalecer a APS, através da Estratégia de Saúde de Família representa a construção de um sistema de atenção à saúde em redes funcionais e bem estruturadas (BRASIL, 2011a).

O contexto operativo da ESF no Brasil ainda encontra-se incompleto, tanto por não conseguir superar o modelo biomédico hegemônico, quanto por ainda não vivenciar sua funcionalidade completa. Nesse sentido, seus desafios são semelhantes aos do próprio SUS. O distanciamento entre os profissionais de saúde e o sistema público de atenção à saúde também se constitui um problema, pois não existe a percepção do SUS como uma proposta coletiva para a sociedade, onde o papel deles é fundamental. Esses desafios a serem vencidos, podem ser exemplificados na maneira que o Estado lida com os profissionais de saúde e na própria administração pública da saúde. Além disso, a repetição contundente na “maneira de fazer”, os interesses políticos, o discurso de ideologias falsas, entre outras, velam o foco no enfrentamento dos verdadeiros problemas, refletindo diretamente na atividade de trabalho na ESF (CAVALCANTI, 2009).

Dentro deste contexto desafiador para SUS, o quadro da Saúde Bucal também apresenta os seus desafios de reorientação do modelo de atenção da

odontologia, onde historicamente a prática de Saúde Bucal desenvolveu-se quase que exclusivamente no âmbito do ‘núcleo do saber’, praticamente entre quatro paredes, ou seja, isolada do restante das ciências da saúde humana, restringindo a prática do cirurgião dentista na Odontologia, junto ao equipamento odontológico. Este modelo tem dificultado a integração do cirurgião dentista à equipe de saúde (BRASIL, 2008).

O trabalho em saúde é sempre coletivo e reveste de certa complexidade em decorrência do mundo de necessidades que envolvem o cuidado com o usuário (MERHY, FRANCO, 2009). É uma temática relevante que deve ser estudada tendo em vista que é pelo trabalho que as políticas de atenção à saúde se efetivam ou não.

O interesse em desenvolver e aprofundar o estudo sobre o tema “trabalho em saúde” e seu vínculo com a atividade de trabalho do cirurgião dentista ocorreu por ocasião da elaboração, pelo pesquisador, do TCC – Trabalho de Conclusão do I Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, promovido pela ENSP/FIOCRUZ em parceria com a ESCS/FEPECS. A temática desse estudo foi a organização curricular do curso de Odontologia de uma instituição do Distrito Federal e sua relação com as necessidades do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica, despertando uma reflexão sobre a relação entre as prescrições e as atividades efetivadas pelo Cirurgião Dentista, nesse âmbito de atuação no Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

O atual Distrito Federal, com pouco mais de cinquenta anos de existência, apresentou ao longo desse tempo, diferentes expressões na prática da saúde pública. Nas primeiras três décadas de existência, construiu uma rede bem consistente com um hospital terciário centralizado geograficamente no território e com diversos outros de atenção secundária, distribuídos nas demais RAs. Ainda envolvendo cada um desses centros de atenção especializada, consolidou-se uma significativa estrutura de centros de saúde (UBS), demarcando os diferentes distritos sanitários.

Na ocasião, a Odontologia, incorporou-se nesse contexto, inserindo a saúde bucal nessa rede de níveis de atenção. Exemplo desse esforço encontra-se no projeto e na construção de consultórios odontológicos simplificados através do professor Sérgio Pereira, do SESC. Esses consultórios foram usados largamente na rede, em particular na Atenção Primária. Atualmente eles foram substituídos por modelos sofisticados e com recursos avançados, entretanto, marcaram época, por

conseguir oferecer assistência odontológica a praticamente todas as unidades de saúde.

Além disso, é importante destacar a evolução da prática odontológica ao longo desses anos, antes unicamente mutiladora, concentrada na remoção dos elementos dentários, num segundo momento, oferecendo procedimentos restauradores, permitindo a manutenção do dente em condições saudáveis, na cavidade bucal.

Na segunda metade da década de noventa, surgiram os primeiros centros de especialidade odontológica, oferecendo as especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e odontologia para pacientes com necessidades especiais, criados inicialmente em três unidades de saúde – Hospital Regional de Taguatinga, Unidade Mista de Saúde de Taguatinga e Hospital Regional de Sobradinho, sendo que autor do presente trabalho, na ocasião, ligado ao Núcleo Normativo de Odontologia da SES/DF, teve participação efetiva no processo de estruturação desses serviços. Tudo isso, soma-se hoje a necessidade pela busca da Odontologia integral, ligada ao aspecto complexo que o ser humano apresenta, levando-se em conta a necessidade da interdisciplinaridade entre todas as profissões de saúde.

A análise pluridisciplinar e pluriprofissional das situações de trabalho – APST, iniciada na Universidade de Provence – França, ofereceu estrutura para o surgimento da abordagem ergológica no final da década de 1970.

Um levantamento bibliográfico sobre a relação entre as prescrições e as atividades efetivadas pelo Cirurgião Dentista constatou que há uma lacuna de produções científicas, sendo um elemento que justifica a realização de um estudo sobre a temática. Considera-se que a atividade profissional comporta e exige a presença de normas, que devem ser identificadas e analisadas para se compreender um trabalho, mas, por outro lado, também é fundamental “enxergar” a dinâmica das renormalizações e da singularidade da prática do trabalho profissional, nem sempre visíveis.

Nesse sentido, o presente estudo tem relevância social na medida em que poderá contribuir, a partir da compreensão do trabalho do cirurgião dentista, para a melhoria da qualidade do processo de trabalho em Odontologia e conseqüentemente da qualidade da atenção à saúde.

Além disso, a importância política deste trabalho reside na possibilidade dele ampliar a compreensão dos gestores públicos, sobre como fazer a gestão do trabalho de forma a contribuir para a atenção integral.

Sendo assim, o presente estudo, que visa analisar o labor do cirurgião dentista na ESF, está distribuído em sete capítulos. O primeiro trata da contextualização teórica da pesquisa e está dividido em quatro temas: o processo de trabalhado em saúde, a estratégia de Saúde da Família, a Saúde Bucal e o trabalho do cirurgião dentista na Estratégia de Saúde da Família e a ergologia como referencial para se conhece o trabalho; o segundo capítulo traz a questão de pesquisa e os objetivos geral e específicos da pesquisa; o terceiro é o do percurso metodológico realizado na pesquisa; o quarto é o capítulo dos resultados e discussões e foi construído em dois temas: contexto da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal e caracterização das atividades do cirurgião dentista na Estratégia de Saúde da Família e as prescrições e renormalizações produzidas pelo cirurgião dentista no trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Finalmente o quinto e último capítulo é o das considerações finais.

Espera-se que os resultados desse estudo, contribuam para que o cirurgião dentista e os gestores de saúde pública compreendam melhor o seu trabalho e possam se posicionar para torná-lo mais eficaz e agradável para o profissional e, conseqüentemente ao usuário.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DO TEMA DE PESQUISA**

A complexidade do trabalho na sociedade moderna remete ao desafio de compreendê-lo em sua íntima ligação com o ser humano. O estudo da atividade de trabalho conduz à interface das normas antecedentes e das renormalizações no momento da sua prática, onde ocorre a dramática do “uso de si” que ocorre no momento que o trabalhador confronta essas normas antecedentes com o momento do trabalho real. As normas antecedentes são todos os fatores que antecedem a atividade. As renormalizações são ocorrências variáveis e imprevisíveis, nunca antecipáveis, em virtude de serem características pertinentes ao ser humano, sendo, portanto, sempre únicas (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Assim, compreender o trabalho, exige o conhecimento dos sujeitos e do contexto envolvidos.

### **1.1 O Processo de Trabalho em Saúde**

O modelo da Administração Científica foi desenvolvido pelo engenheiro norte-americano Frederick Taylor (1856-1915), sendo um dos pioneiros na estruturação da disciplina científica da administração de empresas. Tem como referencial a ênfase nas tarefas, com foco no aumento da eficiência operacional do trabalho com a máxima economia de esforço. Para isso, defendia a seleção criteriosa do trabalhador com treinamento específico na função que iria desenvolver (TAYLOR, 1995).

O Taylorismo influenciou o processo de trabalho em saúde. Através das formulações de Taylor sobre os princípios da gerência científica, conceitos como prazos para realização das tarefas, registros quantitativos de produção, rotinizações e readequação física dos ambientes objetivando redução do tempo gasto no processo de produção, começam a tomar corpo como referência de modelo hegemônico, resultando aos trabalhadores, na perda da compreensão da totalidade do processo de trabalho. Além disso, muitos trabalhadores do setor saúde deixaram de exercer suas atividades de forma independente e passaram à condição de empregados. No setor saúde, os médicos, predominantemente, mantêm certa independência no que diz respeito à sua atividade profissional, pouco dependendo do assalariamento, o que não ocorre, por exemplo, com os trabalhadores de

enfermagem. Outra peculiaridade da atividade de trabalho em saúde é a dificuldade de planejamento em relação ao seu custo/benefício. A incerteza de quando as necessidades serão demandadas, leva os profissionais à necessidade de estarem à disposição da sociedade (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000).

O ato de “cuidar” é a finalidade de qualquer ação de saúde. Envolve um conjunto de conhecimentos e agires, envolvendo as atividades do prescrito, mas também o “agir por si”. Ele envolve o uso de tecnologias, de máquinas e instrumentos, mas fundamenta-se no “trabalho vivo em ato” (BRITO, 2005).

As ações coletivas multiprofissionais são características do trabalho em saúde, entretanto ocorre muitas vezes de maneira fragmentada onde cada especialidade ou subespecialidade cuida de uma parte da atividade. O fato de seu campo de ação envolver a vida e a morte gera no trabalho em saúde a necessidade de domínio de vários conhecimentos para ser posto em prática em cada ser humano que possui uma história de vida singular. A organização do trabalho, quando especifica os postos, as competências, as qualificações e as relações entre as pessoas produz implicitamente um modelo sobre o que os sujeitos apreendem e pensam sobre si mesmos (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Assim, a organização, fortemente influenciada pelo modelo taylorista, regulando o trabalhador apenas na conduta do prescrito por ela, limita as formas de conhecimento e do “uso de si” que poderiam enriquecer a sistemática do trabalho na produção de eficácia.

## **1.2 A Estratégia de Saúde da Família**

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família. Em seu capítulo II, define a ESF como modelo de reorganização da Atenção Básica, tendo caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional, nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam (BRASIL, 2011b).

A Saúde da Família é estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Na ESF, a equipe é formada minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a doze agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2011b). Dependendo das necessidades do local e também dos recursos financeiros do município, outros profissionais são agregados à equipe como: assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. Desde 2000, o cirurgião dentista foi incorporado na equipe de ESF (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007), existindo duas modalidades de equipes que contemplam a inclusão do cirurgião dentista: com um CD e um atendente de consultório dentário, vinculados a uma ou duas ESF (modalidade I) e, além dos dois primeiros, a inclusão do THD<sup>1</sup> (modalidade II) (BRASIL, 2011b).

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2008).

A rotina de trabalho das Equipes Saúde da Família inclui processos de conhecimento de território e da população, bem como a dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento e a avaliação (BRASIL, 2008, p. 14).

Além dessas ações, outras também se destacam como programação e implementação das atividades de atenção à saúde; desenvolvimento de ações que priorizem os grupos e fatores de risco; acolhimento com escuta qualificada; provimento da atenção integral, contínua e organizada; realizações de ações na UBS, domicílio e outros locais comunitários; desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população, de maneira individual e coletiva, na busca da qualidade de vida do usuário; implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão; participação no planejamento local de saúde e desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

A relevância da interdisciplinaridade e da complementaridade entre todas as profissões de saúde na ESF reforça o papel do cirurgião dentista na saúde integral e

---

<sup>1</sup> Atualmente a nomenclatura utilizada é Técnico em Saúde Bucal – TSB, que será usado em outros momentos deste trabalho.

ajuda a compreender o seu processo de trabalho neste novo contexto, rompendo com os paradigmas tradicionais da Odontologia.

No Distrito Federal, o que é hoje a ESF, inicia-se com o processo de construção e remodelação da APS. No período de 1979 a 1994, os indicadores apontavam o esgotamento da oferta de serviços de saúde, com sobrecarga nos serviços hospitalares e baixa adesão da população aos Centros de Saúde. No período de 1995 a 1998, dá-se início a contratação de profissionais para a ampliação dos serviços de saúde, mas com a interrupção intempestiva do então PSC, cria-se uma crise política interna no GDF. No período de 1999 a 2002, o PSF foi fortalecido pelo Governo Federal nos aspectos políticos, normativos e financeiros, mas a SES/DF ainda dispunha de credenciamento como Gestão Plena do Sistema de Saúde e, além disso, a reimplantação do PSF esbarra na dificuldade de contratação de profissionais de saúde em quantidade suficiente e com perfil adequado. Em seguida, no período de 2003 a 2006, o PFS é criado sob um grande desgaste político em decorrência de denúncias de corrupção e má gestão dos serviços de saúde, envolvendo o ICS e a SES/DF. A provisão de profissionais ainda era um desafio à implantação do PFS e o problema das contratações terceirizadas ainda estavam na agenda do GDF. Finalmente, entre 2007 a 2009, os profissionais de saúde da ESF aprovados por concurso público, vão substituindo gradativamente os terceirizados com vínculo precário, embora não garanta a completude das equipes em virtude da recusa dos profissionais em atuarem na ESF, mantendo assim a insuficiência de pessoal (Göttems, 2010).

### **1.3 A Saúde Bucal e o Trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família**

No âmbito da saúde coletiva, o campo de atenção da saúde bucal envolve ações intersetoriais, educativas, de promoção à saúde e de assistência. As ações intersetoriais caracterizam-se pela identificação das circunstâncias sociais que afetam a saúde da coletividade, enquanto as ações educativas buscam atingir seus objetivos através dos instrumentos de informação e comunicação em saúde bucal. Educar consiste fundamentalmente em propiciar instrumentos para que os indivíduos possam participar ativamente da manutenção da sua saúde bucal.

Atualmente, a prática hegemônica histórica da odontologia, restrita às ações curativas no âmbito do consultório, vem se alterando com a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes de Saúde da Família. A transposição do modelo de organização e prática anterior vem sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe. É fundamental o empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que exige um movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, e uma sintonia entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade (BRASIL, 2008).

A aproximação com o usuário traz a chance de se construir, com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender” (BRASIL, 2008, p. 19).

A PNAB em seu anexo I, lista as atribuições “comuns” e “específicas” de cada profissional da equipe de ESF. As atribuições comuns são aquelas dirigidas a qualquer categoria profissional da equipe como, por exemplo: participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, ações de atenção integral, escuta qualificada das necessidades dos usuários, etc. As atribuições específicas, no caso do Cirurgião Dentista, envolvem a realização de diagnóstico em saúde bucal, procedimentos clínicos da Atenção Básica, atenção integral em saúde bucal, entre outras.

As atividades profissionais na Atenção Básica podem ser compreendidas no âmbito do “campo” e “núcleo” do saber. O conceito de “campo” demarca as atividades que podem ser atribuídas para duas ou mais profissões de saúde, valorizando aí a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade. Como exemplo temos as atividades de promoção de saúde relacionada com palestras públicas e as visitas domiciliares com a equipe da ESF. Já o “núcleo” se refere às habilidades, competências e atitudes específicas de conhecimentos e práticas de cada profissão. No caso da Odontologia, os exemplos encontram-se nas atividades desenvolvidas na cavidade oral do usuário como restaurações, tratamentos endodônticos e cirurgias. É importante destacar que “campo” e “núcleo” não possuem limites precisos, permanecendo ambos em constante mutação e também se interinfluenciando (CAMPOS, 2000).

A formação acadêmica, em um primeiro momento, as políticas públicas e as atribuições profissionais constituem as principais normas antecedentes do cirurgião

dentista. Além delas, destacam-se as ordens típicas da hierarquia institucional, os procedimentos e normas técnicas, as diretrizes e os objetivos transmitidos aos trabalhadores relativos aos prazos e produtividade. E ainda, as condições dadas para o exercício do trabalho, assim como a recriação permanente das normas antecedentes e a elaboração de novas normas típicas da atividade (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

A padronização dos protocolos, condutas e a elaboração de princípios e objetivos são insuficientes para o sucesso das políticas de saúde. A mudança de paradigma no modelo assistencial envolve a construção de um processo mútuo de corresponsabilidade entre todos os atores envolvidos (profissionais, usuários e gestores institucionais), na elaboração da prática de atenção à saúde (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Mesmo com a busca pela prática desses protocolos, nos serviços de saúde, sempre há um encontro de diferentes vontades, sujeitos e necessidades, onde diferentes negociações de eficácia são realizadas (RAMMINGER; BRITO, 2011). Isso é que determina, por exemplo, se um cirurgião dentista irá realizar uma palestra de orientação de higiene oral e promoção da saúde bucal a um grupo de usuários ou se, além disso, irá dialogar com cada um deles, sobre a técnica de escovação, ou ainda, se irá pegar na mão e na escova de um, ensinando-os sobre a maneira correta dos movimentos. Isso denota a complexidade da atividade do trabalho em saúde. Soma-se a isso, os constrangimentos do meio que podem alterar ou impedir a realização de atividades.

A Odontologia, tradicionalmente, no âmbito da sua atividade na “cadeira” odontológica, sempre foi uma profissão exercida a quatro mãos, envolvendo o cirurgião dentista e o técnico em saúde bucal. Neste contexto surge, no mesmo molde do modelo médico. Em 2008, a Lei nº 11.889 vem regulamentar as profissões de técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal. A expectativa da lei era que pudesse atender as necessidades do trabalho em equipe exigido pela odontologia contemporânea e também às necessidades da Estratégia de Saúde da Família. A proposta era que descentralizasse alguns procedimentos dentários, ditos reversíveis, para serem executados pelos técnicos. Com isso, inserir e esculpir material restaurador na cavidade, procedimentos de profilaxia e raspagem gengival, por exemplo, estariam sendo desonerados de serem realizados por cirurgiões dentistas e, com isso a eficácia e eficiência da prática odontológica poderia ser

ampliada. Mas a lei não conseguiu, em sua redação, deixar claro essa distribuição de tarefas. Isso se deu em decorrência do conflito de interesses entre aqueles que defendiam a ampliação da capacidade de atenção aos usuários e aqueles que temiam a eventual perda do “monopólio” profissional. Isso se agrava quando verificamos a grande quantidade de dentistas hoje no mercado de trabalho e também do número de formandos anuais. Com isso as atribuições do técnico em saúde bucal, explicitada no texto da lei, deixa margem a mais de uma interpretação, dificultando a prática uniforme da odontologia brasileira (ZANETTI; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2012).

A inserção das ações de saúde bucal na ESF e na APS, a partir de 2000, pelo Ministério da Saúde e, concomitantemente a isso, a deliberação do Ministério da Educação sobre as novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação na área de saúde, fomentaram à formação de profissionais capacitados na promoção e prevenção da saúde e não somente o preparo curativo-tecnicista, até então hegemônico. Com essas diretrizes curriculares, verifica-se o processo de reforma curricular dos cursos de graduação em Odontologia, onde a inserção da saúde bucal na ESF demanda uma reorganização da prática odontológica, onde o cirurgião dentista assume um novo papel na integração da equipe e no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, inseridas nessa estratégia (MATOS; TOMITA, 2004).

Outro aspecto importante na atividade do cirurgião dentista na ESF, diz respeito a uma das doenças que mais padecem as pessoas: a cárie dentária. A doença atinge 95% da população mundial e tem alta prevalência mesmo em países desenvolvidos. As práticas de saúde curativas, de caráter individual, tem se mostrado ineficazes para a resolução do problema. Assim, o repensar da atividade odontológica, rompendo com o paradigma tradicional e direcionando a prática em uma nova ideologia, centrada na promoção à saúde, tem mostrado resultados mais expressivos e efetivos (PINHEIRO et al., 2009).

O trabalho na ESF também fomenta mudanças no processo de trabalho do cirurgião dentista pela chamada “intercessão partilhada”, ou seja, a relação existente não só entre o profissional e o paciente, mas agora envolvendo um contexto mais amplo que vai desde o serviço, até a família e até mesmo a comunidade. Assim, atitudes relacionadas ao fator humano como o vínculo e o acolhimento, toma uma dimensão maior na ESF (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Essa nova relação do profissional com o usuário é chamada de “tecnologia leve”, onde valoriza-se as relações envolvidas por esse encontro (trabalhador e usuário), que se dá por meio da escuta, do interesse, da construção de vínculos e da confiança, ampliando o raciocínio clínico do profissional. Além dessa tecnologia leve, pertinente do trabalho na ESF, existem também as tecnologias duras que são aquelas pertinentes aos equipamentos e instrumentos odontológicos, realizados nas intervenções terapêuticas e cirúrgicas, e também as tecnologias leve-duras que são as que envolvem o raciocínio do cirurgião dentista, construídos através de saberes bem definidos. Nesse último caso, “leve-dura” refere-se ao território da ‘dureza’ do pensamento estruturado do profissional em confronto com a ‘leveza’ requerida pelo usuário (MERHY; FRANCO, 2003).

O trabalho de Saúde Bucal, no âmbito da ESF, exige integração de toda a equipe de profissionais de saúde, buscando o conhecimento integral e a construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos. Desta forma, verifica-se que sem a definição clara das implicações operacionais, a prática odontológica recebe uma nova denominação, mas continua basicamente inalterada. É essencial que toda a equipe compreenda em toda a sua complexidade o processo saúde – doença, ampliando a intervenção sobre determinado problema, outrora reservado à atividade do Cirurgião Dentista (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Em relação aos desafios que ainda restam a ESF para se consolidar com filosofia compatível com o ideal de saúde, destaca-se a necessidade de um rompimento ainda mais expressivo com paradigma da ‘doença’ e também com a revisão do enfrentamento da demanda excessiva, expressa através da grande parte da população carente de políticas de saúde que tenham identidade com suas necessidades. O verdadeiro trabalho em equipe exige um campo comum de atuação para as várias profissões. A restrição dos profissionais em seus saberes específicos aprisiona-os no processo de trabalho, perdendo a dinâmica produtiva exigida pela saúde (COSTA, 2009).

Um olhar sobre a prática de trabalho na ESF enseja a necessidade de se buscar, nos conceitos da Ergologia, uma compreensão mais ampla da atividade profissional do cirurgião dentista, como componente da equipe.

## 1.4 A Ergologia como Referencial para Conhecer o Trabalho

### 1.4.1 Breve histórico no Distrito Federal

A Ergologia é uma visão científica e filosófica que busca estudar e compreender o trabalho humano em todas as suas complexas dimensões. Interessa-se pelo trabalho como atividade humana. Essa atividade sempre permeia o plano visível (consciente) e o invisível (inconsciente), sendo, portanto impossível defini-la por completo. Encontra-se dinamicamente em constante refazer-se no próprio ato da atividade. Nesse sentido a Ergologia também se preocupa com a singularidade da atividade humana no trabalho (CUNHA; FISCHER; FRANZOY, 2011).

A Ergologia no Brasil surgiu na primeira metade dos anos 90 na região sudeste. No Distrito Federal ela é mais recente. Nas linhas a seguir, buscamos construir esse percurso, através de entrevistas, cujo roteiro encontra-se no Apêndice V e sob a ótica de três pesquisadores da área da saúde, que estiveram envolvidos neste processo. São eles: Magda Duarte dos Anjos Scherer, Maria da Glória Lima e Carlos Augusto Vaz de Souza.

Os primeiros pesquisadores utilizando a ergologia no Distrito Federal surgiram em torno de 2006 com a vinda da profa. Magda Scherer para Brasília, que levou o debate sobre o tema para a Universidade de Brasília, por intermédio do prof. Márcio Pereira, também do Departamento de Saúde Coletiva da UnB, através da vinda do professor Remy Jean da *Aix Marseille Université*, atualmente diretor do Instituto de Ergologia, mostrando a necessidade de um referencial que pudesse envolver com mais amplitude o estudo do trabalho em toda a sua complexidade.

A partir de 2006, diversas atividades foram realizadas no DF com participação de pesquisadores franceses do Instituto de Ergologia da *Aix Marseille Université*: 2006 (Rémy Jean); 2007 (Pierre Trinquet); 2009 (Yves Schwartz); 2011 (Pierre Trinquet); 2012 (Yves Schwartz e Remy Jean); 2013 (convênio *Aix-Marseille Université* e *Université de Tlemcen / Argélia*). Muitas dessas atividades aconteceram em parceria com o Dieese, a Anvisa e com o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização e da Coordenação de Saúde do Trabalhador.

Em 2008, como o apoio da OPAS, foi construído um projeto, numa parceria entre o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB (NESP/UnB) e a Política Nacional de Humanização (PNH) que trabalhou com os pressupostos da ergologia

na RIDE / DF, Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. A lógica era apoiar equipes de saúde da Atenção Básica, usando o referencial da ergologia e do apoio institucional. Esse processo teve a participação da professora Magda Scherer e de Maria Delzuíta, pelo NESP/UnB, e de Tereza Martins, Gustavo Tenório, Eliana Siqueira e Mila Cintra, pela PNH. O projeto passou a ser executado em 2009 e incluiu as professoras Maria da Glória Lima, Dais Rocha e Helena Shimizu, e o professor Márcio Pereira da UnB. O prof. Yves Schwartz foi convidado a conversar com a equipe através da realização de um seminário e o grupo foi amadurecendo esse referencial com esse projeto de pesquisa, através de três experiências piloto no DF.

No final de 2010, foi criado o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde, vinculado ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, ao NESP. O grupo possibilita o constante fomento da pesquisa científica do trabalho em saúde. Atualmente, no Distrito Federal, as atividades e projetos na área de saúde desenvolvidos com o aporte da ergologia envolvem docentes e discentes de vários departamentos da Universidade de Brasília.

Após esse momento houve também o I Seminário Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde, realizado em 2012, com a participação de inúmeros pesquisadores de diferentes países, que trabalham e pesquisam o referencial da ergologia e que, vêm ampliar o olhar sobre a atividade de trabalho. Atualmente há parcerias com a França e Argélia.

Segundo os entrevistados, a contribuição da ergologia para a saúde está na possibilidade dela analisar o trabalho, fazendo uma discussão para além da relação entre o prescrito e o real, mostrando que faz parte da natureza humana renormalizar o ato de trabalho e que isso é inerente ao ser humano. Nesse sentido, ela contribui para o enfrentamento dos desafios de se fazer a gestão em saúde.

A interpretação do trabalho deve sempre levar em conta a capacidade do trabalhador em se implicar nesse processo e poder fazer uma “qualificação” técnico-pedagógica permanente, colocando sempre os processos em discussão, questionando como isso se organiza na dinâmica das relações interpessoais, como que o sujeito se adequa ao que está prescrito, que lacunas há entre o que é proposto e o que é feito. Quando se responde essas perguntas, valoriza-se a dimensão da ação humana no trabalho, mostrando que tudo não está descolado dos aspectos dos determinantes sociais e das condições de trabalho.

### 1.4.2 Uma aproximação aos conceitos ergológicos

Em nossa consciência o trabalho é hoje uma prestação remunerada em uma sociedade orientada pelo mercado. Isso tudo desenhado pela Revolução Industrial e pelo processo de assalariamento, ou seja, a porção de tempo do trabalho trocada por remuneração. Schwartz nos diz que essa troca é profundamente desigual, historicamente imposta, definidora de classes e movimentos sociais e da exploração. Isso tudo se intensifica a partir do século XIX, onde se estruturam as relações de forças políticas em torno da noção mercantil do trabalho (SCHWARTZ, 2011).

Toda atividade profissional caracteriza-se por apresentar um aspecto que envolve sua prescrição e outro que se vincula com a realização da atividade concreta de trabalho no exercício profissional. Didaticamente é chamado de trabalho prescrito e trabalho real.

O conceito de '**trabalho prescrito**' (ou tarefa) refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O '**trabalho prescrito**' é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que 'se deve fazer' em um determinado processo de trabalho (BRITO, 2009a, grifo do autor).

[...] '**trabalho real**' ('atividade'), pode-se dizer que é aquilo que é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito (tarefa). Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador. Desenvolve-se em função dos objetivos fixados pelo(s) trabalhador(es) a partir dos objetivos que lhe(s) foram prescritos [...] (BRITO, 2009b, grifo do autor).

O trabalho prescrito é aquele determinado para ser executado pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar. Sua prescrição pode ser verbal ou escrita, ou pode, ainda, ser apenas implícita. Por sua vez, trabalho real é aquele efetivamente realizado. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade. Conclui-se então que no processo de trabalho, a **tarefa** compreende a prescrição, o comando e o que a organização oferece para a execução desse trabalho. A **atividade** é a ação, a maneira como o trabalhador executa a tarefa que lhe é determinada (OLIVEIRA, 2011).

Toda situação de trabalho se presta a uma dupla abordagem. É o local onde se realiza uma tarefa, pensada anteriormente e provocadora de uma intensa

atividade intelectual pelo trabalhador. Mas é igualmente um momento único da vida, com suas arbitragens. Nesse caso, a tarefa não é mais vista como primeira, ela entra no 'debate de normas' que caracteriza a atividade do trabalhador sob o ângulo vital, aquele das escolhas que um ser humano não cessa de fazer. Elas se completam e enriquecem a análise: seu entrecruzamento confere, notadamente, um destaque inédito à questão das competências (DURRIVE, 2011, p. 47).

A lógica taylorista defende que seguir as normas e os protocolos seria suficiente para a realização do trabalho. A atividade de trabalho esculpida nos moldes taylorista-fordista, caracterizada pela fragmentação da atividade, da repetição de procedimentos e da disciplina incontestável, não é mais suficiente para as exigências do capitalismo contemporâneo, que sempre se reinventa em busca de novas referências que o justifiquem. A Ergologia mostra que o trabalho efetuado jamais corresponde ao trabalho esperado, determinado pelas regras e pelos objetivos pré-determinados. Ao se deparar com a tarefa, o trabalhador se vê diante de imprevistos, muitas vezes impossíveis de se determinar e equacionar com precisão previamente. Trabalhar, para a Ergologia encontra-se definido no tempo e no espaço e se dá de maneira complexa e enigmática no "acontecendo" da vida (BORGES, 2004).

As características intrínsecas de cada ser humano como a dimensão biológica, a inteligência, a afetividade, o psiquismo e a história de vida interferem para que a atividade do trabalho seja única, ou seja, nunca restrita a prescrição, mas sempre associada pelos aspectos da atividade humana. Assim a atividade vai além do que se faz, ela também é o que não se faz o que não pode ser feito e o que se tenta fazer sem conseguir (os fracassos), o que poderia ter sido feito, os desejos e os sonhos de se fazer em outra ocasião. Se as circunstâncias do trabalho, suas variabilidades contínuas e constantes são fato incontestado no processo de produção, não há como limitar sua atividade à simples execução. No momento da execução cada indivíduo "reinventa-o" à sua maneira, com seus valores e sua história, preenchendo as lacunas da prescrição e, assim, atendendo as exigências do processo produtivo (BORGES, 2004), num processo de renormalização permanente, marcado pelas dramáticas do uso de si (SCHWARTZ, 2000).

As normas operatórias não são separadas das normas da individualidade. Nisso ocorre a todo tempo o confronto entre as normas antecedentes e as tentativas de renormalizações pelo trabalhador (SCHWARTZ, 2011).

Segundo Schwartz (apud TELLES; ALVAREZ, 2004), o conceito de normas antecedentes oferece amplitude para o trabalho prescrito. São exemplos: a descrição de uma atribuição de trabalho, objetivos e metas programadas, normas, protocolos, etc. Schwartz destaca três dimensões que buscam antecipar e pré-definir a atividade. A primeira é a da heterodeterminação, com as prescrições, regras, regulamentos e recursos tecnológicos disponíveis para a atividade. A segunda dimensão diz respeito às aquisições e experiências apreendidas no trabalho, formando um conjunto de valores científicos e culturais do coletivo de trabalho, que guiam e influenciam na atividade. Finalmente, a dimensão dos valores que retrata o desafio das lutas em uma situação social própria, refletindo na saúde, educação, trabalho e segurança, além dos interesses mercantis (SCHWARTZ, 2007).

Ainda assim, o conceito ampliado de normas antecedentes, não oferece a exata dimensão de toda a atividade, neste momento Schwartz demonstra que há o que ele chama de “vazio de normas” para falar daquilo que foge de qualquer previsão, acreditando assim que o ser humano recria a todo instante o seu meio de trabalho, sendo neste instante, capaz de normatizar, produzir novas orientações, ou seja, promover a chamada “dupla antecipação da norma”, conceito onde há uma renormalização promovida previamente à atividade de trabalho, quando o profissional articula em seu pensamento, a melhor maneira de abordar e conduzir sua tarefa, entretanto, no momento da sua execução, no momento do trabalho real, novos componentes surgem, exigindo uma nova renormalização, ou seja, a dupla antecipação da norma (SCHWARTZ, 2007).

Assim, as renormalizações acontecem permanentemente na atividade em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

A expressão **dramática do uso de si**, resume que não há somente “execução” na atividade do trabalho, mas também envolve o uso singular de “si” por si ou pelos outros. É um chamado para aplicação da sua subjetividade, expandindo a complexidade do processo onde a abordagem taylorista não alcança. (SCHWARTZ, 2000).

Em 1998, Schwartz redige os “ingredientes da competência”. Trata-se do estudo das competências sob a ótica da ergologia, distribuídos em três núcleos articulados: o da apropriação dos saberes, a apreensão das dimensões históricas de cada situação e a discussão dos valores no meio de trabalho. Assim, entende-se

que esse processo seja dinâmico e que esses ingredientes não são antecipáveis, necessitando de procedimentos de avaliações diferenciadas (SCHWARTZ, 1998).

**1º ingrediente: conhecimento e domínio dos protocolos.**

Identifica-se com a apropriação orientada pelos protocolos. A importância deste ingrediente é particularmente destacada em atividades de precisão imperiosa como uma central nuclear e monitoramento e controle de tráfego aéreo, por exemplo. O vínculo principal com esse ingrediente supõe a disciplina, exigindo renúncia do seu próprio ponto de vista sobre a atividade e o mundo, devendo aparentemente “esquecer” sua experiência e sua sensibilidade.

**2º ingrediente: apropriação das experiências.**

Contempla uma dimensão experimental, visto que a atividade, mesmo que pautada nos protocolos, sempre está sujeita a ingerência do “histórico”. Trata-se de conhecimentos mais ou menos intuitivos, antecipações do comportamento e das arbitragens dos próximos, alimentada a partir de diálogo com o meio particular de vida e de trabalho.

**3º ingrediente: interação entre os dois primeiros ingredientes.**

A dialética entre os dois primeiros ingredientes, ou seja a capacidade de articular os protocolos e normas com os aspectos singulares da atividade do trabalho. Trata-se de um ingrediente muito utilizado nas situações de trabalho em saúde através do constante “diálogo” entre os conceitos e as experiências.

**4º ingrediente: discussão de valores da atividade de trabalho.**

Trata-se das escolhas de valores dimensionáveis ou não, destacando o debate de valores e buscando conceitos referentes a eficácia (relacionado aos objetivos que visa) e eficiência (produto da atividade x meios disponíveis para a produzi-lo).

Busca a discussão da qualidade das “dramáticas” do uso de si, no qual se constrói o que importa para cada trabalhador como “meio”. Configura a existência de uma dinâmica relativa as regras de vida de cada pessoa e a busca dos instrumentos para alcançar seus objetivos e, finalmente, a organização do seu cotidiano de labor.

**5º ingrediente: construção do patrimônio dos saberes.**

O quinto ingrediente destaca a capacidade e importância de se trabalhar em equipes, propiciando qualidades nestas relações para que se tornem sinérgicas. Este ingrediente comporta o ingrediente 4, a onipresença do corpo-si (do sujeito

como um todo, atravessado por histórias, valores, fraquezas, qualidades, etc.), que interfere na capacidade de pensar e de trabalhar em equipes.

**6º ingrediente: entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP).**

Trata-se da capacidade para criar e manter sinergias entre os indivíduos e os coletivos no ambiente de trabalho. Avalia as competências de si mesmo e a dos colegas, com o objetivo de traçar estratégias de ação coletiva. As ECRPs identifica que a gestão do trabalho deve ser construída de forma coletiva, através de debates e negociações, não sendo uma de responsabilidade individual, mas sim um produto sinérgico do patrimônio coletivo (FRANÇA; MUNIZ, 2011). As ECRPs não possuem “limites” definidos, apresentando-se de maneira dinâmica e reajustável no viver comum do coletivo de trabalho.

Outro conceito metodológico da ergologia trata do chamado dispositivo dinâmico de três polos – DD3P. Provoca a articulação e a confrontação sobre os saberes da atividade do trabalho são constituídos e articulados, sempre na busca de ações que promovam o enfrentamento das exigências do mundo do trabalho. O DD3P é mais um instrumento para se compreender o trabalho em sua complexidade.

O primeiro polo trata dos conhecimentos constituídos, dos conceitos. Aqui encontramos as informações que a ciência e o meio acadêmico oferecem para a formação das competências profissionais. O segundo polo refere-se a prática, a ação diária do trabalhador, onde ocorre o debate das normas. É, portanto o polo dos saberes utilizados na atividade, formado por saberes produzidos pela vivência do trabalho.

Finalmente, o terceiro polo trata da interação entre os dois polos anteriores, ou seja, dos conhecimentos constituídos (1º polo) e dos investidos (2º polo). Trata-se de um campo político, de tomada de decisões e onde os problemas são discutidos e negociados, tratando também da ética que permeia as relações entre os trabalhadores (VIEIRA JÚNIOR; SANTOS, 2012).

Através desses referenciais teóricos, buscou-se compreender em que medida o Cirurgião Dentista, como componente da equipe da ESF, realiza sua atividade, fortalece-se de relevância, pois todo processo de trabalho possui uma normatização dinâmica, ou seja, sempre há uma renormalização das tarefas em saúde bucal.

Conhecer essas ocorrências pode contribuir para reorientar prescrições e a própria gestão do trabalho.

## **QUESTÃO DE PESQUISA E OBJETIVOS**

Como se configura o trabalho real do Cirurgião Dentista na ESF, tendo como referência as prescrições da Atenção Básica?

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Contextualizar a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal.
2. Identificar na PNAB e em outros documentos correlatos, a prescrição da atividade profissional do Cirurgião Dentista para atuar na Estratégia de Saúde da Família.
3. Caracterizar as atividades do Cirurgião Dentista realizadas na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal.
4. Identificar as renormalizações produzidas pelo cirurgião dentista no trabalho na ESF.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e triangulação de dados, utilizando-se do referencial teórico da ergologia e da Política Nacional da Atenção Básica.

Os estudos de caso apresentam-se como estratégia de eleição quando a pesquisa precisa responder a questões do tipo “como” e “por que”, quando os pesquisadores tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2005).

A importância pelos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos, permitindo uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (YIN, 2005).

A pesquisa qualitativa tem como objetivo observar o mundo “exterior”, diferentemente dos achados laboratoriais, ou seja, tenta entender, descrever e até explicar os fenômenos sociais. Para isso analisa experiências de indivíduos ou grupos, examina interações e comunicações que estejam ocorrendo e investiga documentos (GIBBS, 2009).

A triangulação de dados consiste em observar determinado problema sob diversos prismas, realizando comparações das informações encontradas ou colhidas através de duas ou mais técnicas (MINAYO, 2012).

### **3.2 Local e sujeitos da pesquisa**

Estudo por amostragem intencional e de conveniência, definida com a contextualização da saúde bucal na ESF no Distrito Federal. Os critérios de amostragem utilizados envolvem equipes completas, com delimitação da amostra por indicação do coordenador de saúde bucal da regional, levando-se em conta a identidade da equipe e do cirurgião dentista com as prescrições do ESF. Além disso, os participantes concordaram livremente com a participação no estudo.

Na amostragem intencional, os componentes da amostra são determinados pelo pesquisador, utilizando-se de critério de conveniência que deem crédito às informações obtidas.

Os participantes foram seis cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal, vinculados a Unidades de Saúde de três Regionais, sendo um da Unidade “A”, três da Unidade “B” e dois da Unidade “C”.

### **3.3 Processo de coleta de dados, definição e aplicação dos instrumentos**

Ocorreu de três maneiras:

**Análise documental:** foram analisados registros diários de atividades, relatórios da saúde bucal ou do dentista, buscados nas atas de reunião da equipe e planos de ação elaborados pela equipe do ESF. Para isso foi elaborado roteiro para acompanhamento e controle das informações obtidas pela análise documental (Apêndice A) A análise documental caracteriza-se pela interpretação e organização de documentos relacionados ao assunto pesquisado, de acordo com os objetivos da pesquisa. Trata-se de um processo de “garimpagem”, estabelecendo a montagem de todas as peças necessárias, através dos achados (PIMENTEL, 2001).

**Observação das situações de trabalho dos Cirurgiões Dentistas:** para padronização dos aspectos a serem observados, foi criado um roteiro específico (Apêndice B). Ocorreu notadamente no âmbito do “campo” de atividade do profissional, comparativamente ao trabalho no “núcleo” do seu saber. A observação é o instrumento que pode ser utilizado pelo pesquisador e que é capaz de oferecer muitos detalhes, por basear-se na descrição. Para tanto utiliza-se de todos os cinco sentidos humanos, demonstrando a importância do observador quanto ao espaço, objetos, procedimentos, pessoas e comportamentos. Essas informações coletadas no processo de observação permitem a elaboração de outro instrumento de coletas de dados, ou seja, as entrevistas (COWIE, 2009).

As observações ocorreram em turnos individualizados de quatro horas, totalizando de doze a dezesseis horas por unidade de saúde (três a quatro turnos). Das três unidades observadas, uma destacou-se pela grande satisfação pela presença do pesquisador, oferecendo um acolhimento amigável; em outra unidade a recepção foi indiferente e tecnicamente formal. Na terceira, foi observado um certo

desconforto pela presença do pesquisador. Em nenhum dos casos ocorreram dificuldades ou impedimentos no processo de observação.

Entrevistas semiestruturadas: foi elaborado um roteiro das perguntas principais (Apêndice C) que serviram de orientação para o desenvolvimento da entrevista. Buscou garantir que os participantes envolvidos respondessem as mesmas questões, mas oferecendo recurso para que, durante o seu transcurso, pudessem ir sendo adaptadas ao entrevistado, mantendo-se considerável flexibilidade na exploração das questões. Procurou também selecionar temas para aprofundamento e até permitir a introdução de novas questões (COSTA; ROCHA; ACÚRCIO, 2005).

### 3.4 Organização e análise de dados

Os dados foram sistematizados e analisados através da análise temática de conteúdo (MINAYO, 2012).

A análise de conteúdo utiliza-se de “discursos” diversificados. Trata-se de uma interpretação controlada baseada na dedução e na inferência. Posiciona-se sempre entre a rigidez da objetividade e da riqueza da subjetividade, estimulando a busca do latente, do não aparente e do potencial retido na mensagem (BARDIN, 2011).

Essa análise foi guiada pelo referencial da ergologia e da sua projeção sobre o processo de trabalho em saúde, da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e do Caderno de Atenção Básica nº 17 (Saúde Bucal) do Ministério da Saúde.

Para assegurar os critérios de fidedignidade e de validade, utilizou-se da técnica da triangulação de dados, que consiste em olhar o objeto sob seus diversos ângulos, comparando e articulado os resultados das três técnicas de coleta de dados (análise documental, observação e entrevistas) (MINAYO, 2012).

As informações coletadas foram catalogadas em 14 (catorze) temas distribuídos em 4 (quatro) categorias, conforme a tabela abaixo:

Seq.	Categoria	Tema	Frequência
1		Insumos e instrumental	3
	Condições para o trabalho na ESF	Infraestrutura	4
		Gestão	3
		Treinamento para o trabalho	5

		Liberdade de Criação no trabalho	6
2	O valor da ESF	Identidade com o trabalho na APS / ESF	6
		Crença na APS / ESF	6
		Valorização das práticas preventivas	5
3	Percepção sobre os usuários	Compromisso dos usuários da ESF	4
4	O modo de Trabalhar	Trabalho em equipe	4
		Planejamento do Trabalho	2
		Uso de referência e contra referência	2
		Identidade dos protocolos com a prática	5
		Adaptação dos protocolos à prática	3

Tabela 1: Ocorrência de temas e categorização

Os temas de cada categoria foram abordados, discutidos e confrontados com o conteúdo construído no referencial teórico.

### 3.5 Aspectos éticos

Todos os procedimentos da pesquisa obedeceram à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, tomando-se o cuidado para garantir o monitoramento dos padrões éticos durante a pesquisa. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice D.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Contexto da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal**

O desafio de estruturação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal compreende, previamente, reorganizar a Atenção Primária, contribuindo na construção da rede de atenção à saúde. Tudo isso exige a realocação de recursos físicos, humanos e financeiros.

Para o cumprimento dos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde, ao definir a ESF como principal estratégia organizativa da Atenção Primária a Saúde do SUS, a Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia em Saúde da Família (DIAPS), elaborou o Plano de Reorganização da APS, a ser posto em prática no período de 2007 a 2014, oferecendo ampliação e qualificação no acesso as ações nesse nível do sistema, implicando na expansão programada e gradual das Equipes de Saúde da Família. Para isso, o esforço se deu na organização dos processos de trabalho, na revitalização da Rede de Atenção e na construção de novas Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, bem como na reestruturação dos antigos Centros de Postos de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2013e)

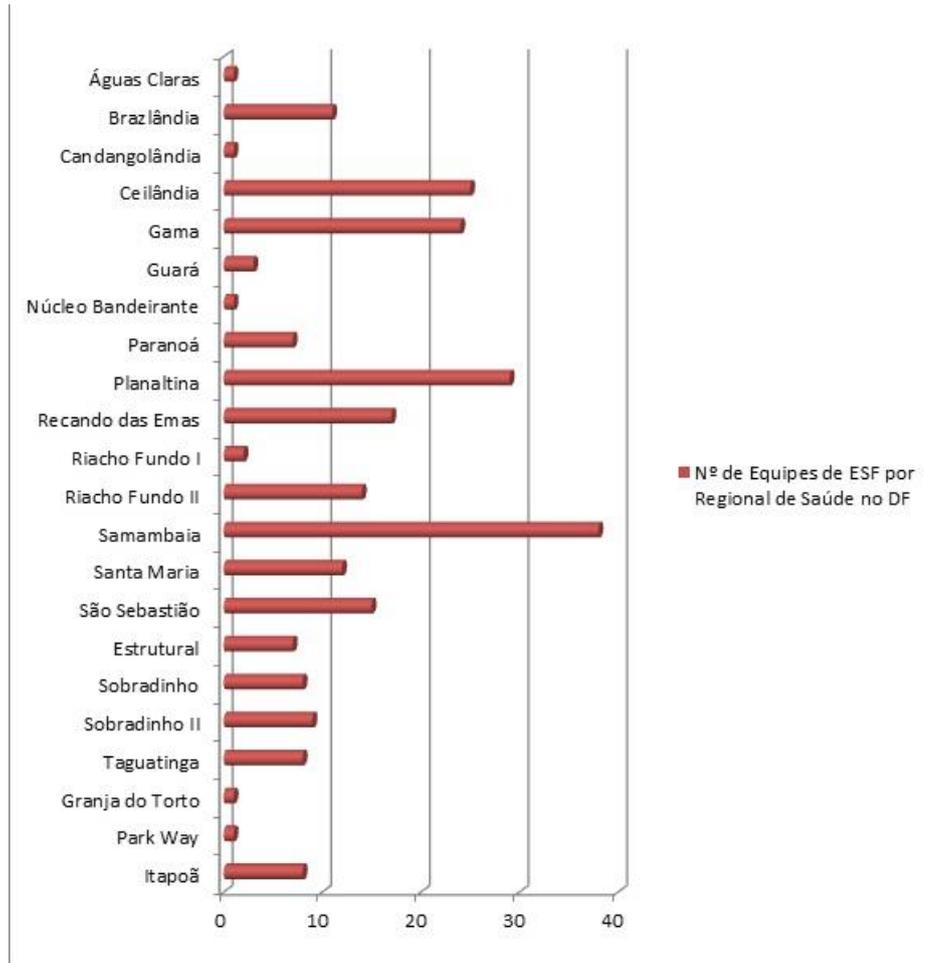


Gráfico 1: N° de Equipes de ESF por Regional de Saúde no DF.

Fonte: Distrito Federal, 2013a

O Distrito Federal conta atualmente com 200 equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo 165 urbanas e 35 rurais, contemplando 22 Regiões Administrativas (RAs), além de 41 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Atualmente o DF conta com uma população de 2.645.532 habitantes. O total da população cadastrada na ESF é de 712.423 usuários, tendo uma cobertura total pela Atenção Básica de 49,10%. (DISTRITO FEDERAL, 2013c).

Pelo gráfico 1 em comparação com a Tabela 2, percebe-se uma distribuição quantitativamente equilibrada das Equipes de ESF pela população da RA.

Posição	R.A.	População
1	Ceilândia	404 287
2	Brasília	209 926
3	Samambaia	201 871

4	Taguatinga	197 783
5	Planaltina	161 812
6	Gama	127 475
7	Recanto das Emas	124 755
8	Santa Maria	119 444
9	Águas Claras	109 935
10	Guará	107 817
11	Sobradinho II	94 279
12	Sobradinho	77 793
13	Vicente Pires	67 783
14	Sobradinho	59 024
15	Itapoã	56 360
16	Sudoeste/Octogonal	51 565
17	Brazlândia	49 418
18	Paranoá	42 427
19	Riacho Fundo II	37 051
20	Riacho Fundo	35 268
21	Lago Norte	33 526
22	SCIA	32 148
23	Cruzeiro	31 230
24	Lago Sul	29 677
25	Jardim Botânico	23 856
26	Núcleo Bandeirante	22 569
27	Park Way	19 648
28	Candangolândia	15 953
29	Varjão	9 021
30	SIA	2 448

Tabela 2: População do Distrito Federal por Região Administrativa.

Fonte: Distrito Federal, 2012.

As quatro RAs com mais de 20 equipes de ESF (Ceilândia, Gama, Samambaia e Planaltina) contemplam aproximadamente 34% da população do DF.

A comparação do Gráfico 1 com a Tabela 3, evidencia também uma maior oferta de equipes de ESF com RAs de menor IDH.

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH é uma medida usada para classificar países ou regiões segundo seu grau de desenvolvimento humano. A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, Educação, PIB e renda “per capita”. Trata-se de um indicador de padrão de vida (PNUD, 2013). O índice varia de zero até um, sendo considerado:

- **Baixo**, entre 0 e 0,499;
- **Médio**, de 0,500 a 0,799;
- **Alto**, de 0,800 a 0,899.
- **Muito alto**, igual ou maior de 0,900

Posição	R.A.	IDH-M	IDH-R	IDH-L	IDH-E
1	<a href="#">Lago Sul</a>	<b>0,945</b>	1,000	0,854	0,982
2	<a href="#">Brasília</a>	<b>0,936</b>	0,948	0,870	0,991
3	<a href="#">Lago Norte</a>	<b>0,933</b>	0,978	0,864	0,958
4	<a href="#">Cruzeiro</a>	<b>0,928</b>	0,934	0,857	0,992
5	<a href="#">Núcleo Bandeirante</a>	<b>0,911</b>	0,934	0,811	0,988
6	<a href="#">Guará</a>	<b>0,867</b>	0,831	0,826	0,944
7	<a href="#">Taguatinga</a>	<b>0,855</b>	0,806	0,816	0,944
8	<a href="#">Candangolândia</a>	<b>0,852</b>	0,761	0,850	0,947
9	<a href="#">Sobradinho</a>	<b>0,837</b>	0,763	0,825	0,923
10	<a href="#">Riacho Fundo</a>	<b>0,826</b>	0,706	0,815	0,958
11	<a href="#">São Sebastião</a>	<b>0,820</b>	0,714	0,804	0,944
12	<a href="#">Gama</a>	<b>0,815</b>	0,720	0,784	0,942
13	<a href="#">Santa Maria</a>	<b>0,794</b>	0,627	0,820	0,934
14	<a href="#">Paranoá</a>	<b>0,785</b>	0,612	0,800	0,948
15	<a href="#">Ceilândia</a>	<b>0,784</b>	0,670	0,773	0,910
16	<a href="#">Samambaia</a>	<b>0,781</b>	0,629	0,791	0,921
17	<a href="#">Recanto das Emas</a>	<b>0,775</b>	0,598	0,791	0,937
18	<a href="#">Planaltina</a>	<b>0,764</b>	0,652	0,769	0,872
19	<a href="#">Brazlândia</a>	<b>0,761</b>	0,642	0,734	0,906

Tabela 3: Ordenação decrescente por IDH

Quanto a presença do Cirurgião Dentista na ESF, o Gráfico 2 mostra que ainda há ausência de profissionais de Odontologia em equipes de algumas Regionais de Saúde. A RA do Guará, por exemplo, que possui uma população de mais de 100 mil habitantes (Tabela 1), não possui oferta de Cirurgiões Dentistas em suas equipes. O mesmo ocorre com outras RAs como Núcleo Bandeirante e Taguatinga, essa última com uma população de quase 200 mil habitantes.

Entretanto o gráfico também mostra que RAs com grande número de habitantes e menores IDHs como Ceilândia, Recanto das Emas, Riacho Fundo II e Samambaia possuem boa oferta de Cirurgiões Dentistas nas equipes de ESF.

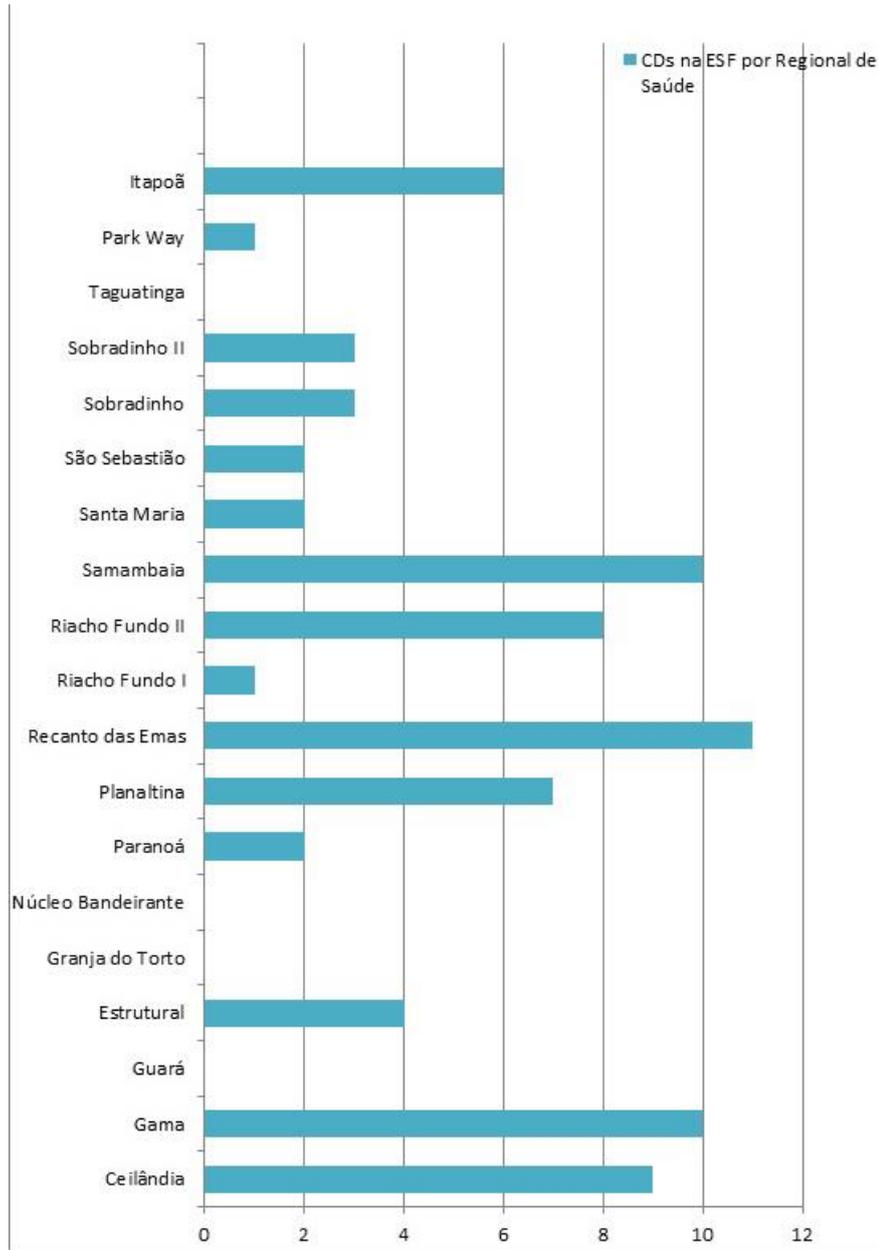


Gráfico 2: CD's na ESF por Regional de Saúde

Fonte: Distrito Federal, 2013d

O Gráfico 3 mostra o quantitativo de equipes de ESF com Saúde Bucal por Regional de Saúde. É importante destacar que todas essas equipes estão configuradas na modalidade 1, ou seja, com um Cirurgião Dentista e um ASB. Na modalidade 2, além da presença do Cirurgião Dentista e do ASB, há a presença do TSB.

No total são 64 equipes com a Saúde Bucal presente, sendo que há uma RA com 08 equipes e seis com mais de duas equipes.

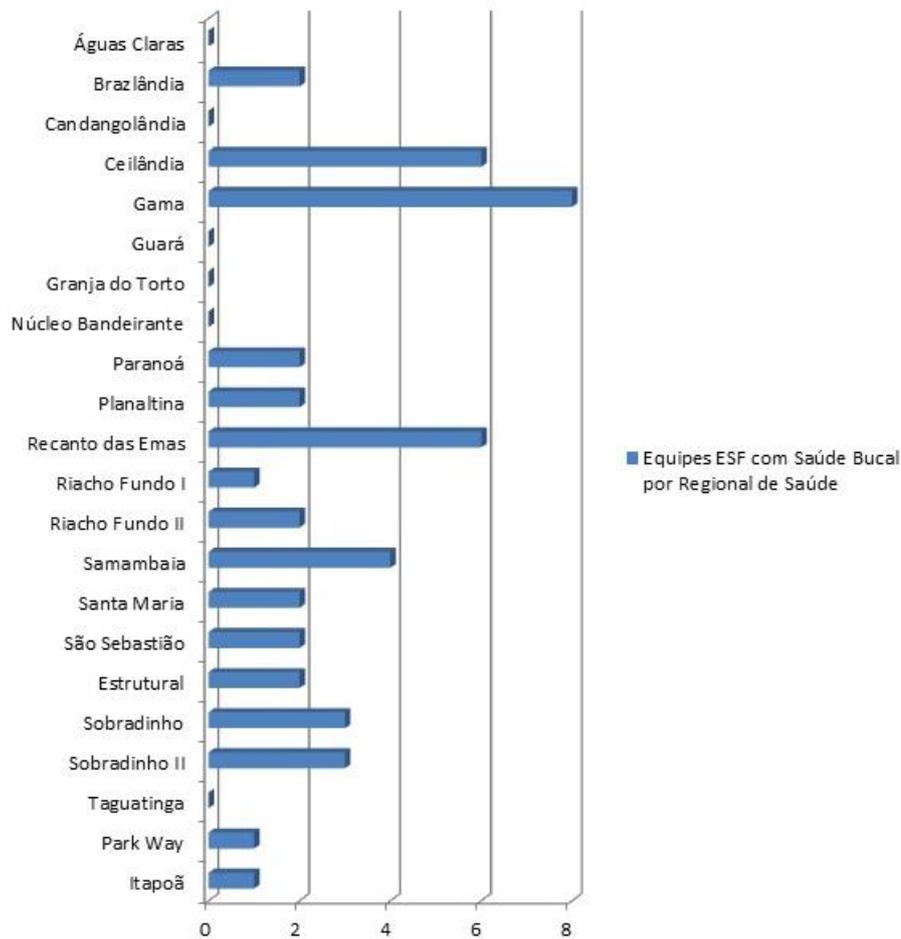


Gráfico 3: Equipas de ESF com Saúde Bucal por Regional de Saúde

Fonte: Distrito Federal, 2013b

A ausência de equipas de Saúde Bucal em RAs populosas como Taguatinga, Núcleo Bandeirante e Guará, por exemplo, evidencia a necessidade de readequar a distribuição dos profissionais na equipe e, mais ainda, a necessidade de suprir essas ausências.

Ainda há muito há ser construído no Distrito Federal sobre a efetiva cobertura da Estratégia de Saúde da Família junto à população. Notam-se ainda áreas de abrangência desproporcional em comparação com o número de habitantes e com o IDH da RA.

## **4.2 Caracterização das atividades, as prescrições e as renormalizações do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família**

O Distrito Federal possui uma Política de Saúde Bucal, onde normatiza a atividade de trabalho na Atenção Básica, Secundária e Terciária em saúde bucal. Entre as ações de caráter coletivo, encontram-se a fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde bucal, integralização das atividades distritais e vigilância em saúde. Não existem atribuições específicas da Saúde Bucal para a Estratégia de Saúde da Família, sendo utilizadas as prescritas pela Política de Atenção Básica (DISTRITO FEDERAL, 2005).

O fato de, a pouco mais de uma década, a PNAD ter identificado a existência de 29 milhões que nunca foram ao dentista, levou o Ministério da Saúde a publicar em 29 de dezembro de 2000, a portaria 1.444, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio da ESF (KOYASHIKI; SOUZA; GARANHANI, 2008).

A PNAB descreve as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de ACS. Além das atribuições específicas do cirurgião dentista, referentes ao seu núcleo do saber, neste documento fica clara a necessidade da interdisciplinaridade entre todos os profissionais de saúde da ESF, através de atribuições de trabalho comuns entre eles. Destaca-se aí, as ações de atenção integral, participação no processo de territorialização e mapeamento de áreas de atuação da equipe são exemplos dessas ações conjuntas entre diferentes profissionais.

O Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal também descreve as prescrições para o trabalho do cirurgião dentista na ESF, extrapolando os limites da boca, onde coexistem ações intersetoriais e ações educativas.

As observações realizadas nos campos de pesquisa verificaram predominância das atividades curativas e preventivas individuais, em detrimento das ações de promoção de saúde coletivas. Em ocorrência menor, houve ações coletivas de promoção à saúde de grupos previamente triados para o programa de atenção curativa. Não houve ocorrências de visitas domiciliares em nenhum dos campos de pesquisa durante as observações, mas houve dois relatos da realização desse protocolo e um relato que formalizou que não realizavam visitas domiciliares.

Nas entrevistas, nas observações e na análise documental, foram construídas quatro grandes categorias que englobam catorze temas. Essas categorias foram: condições para o trabalho na ESF; o valor da ESF; percepção sobre os usuários e o modo de trabalhar.

#### **4.2.1 Condições para o trabalho na ESF**

Efetivamente, a Ergologia demonstra que o trabalho realizado nunca corresponde exatamente àqueles fixados pelas regras ou mesmo por objetivos pré-determinados. Assim, a variabilidade no momento da execução da tarefa é enorme e até mesmo imprevisível. O trabalho, portanto, apresenta-se sempre revestido de complexidade e, por envolver a atividade humana, nunca se resume à prescrição. Se o modelo taylorista determina que o cumprimento das normas é a meta do trabalhador, a ergologia vem comprovar que isso não é possível no processo produtivo que envolva o trabalho humano (BORGES, 2004).

Nas entrevistas relatos evidenciando limitações na disponibilidade de insumos e instrumentos, na infraestrutura física das instalações e também na gestão e organização do trabalho.

Condição de trabalho ideal exige investimento dos gestores junto aos trabalhadores de saúde, no sentido de qualifica-los para o desafio da ESF. Além disso é necessário proporcionar estabilidade e segurança funcional para que desempenhem suas atividades com motivação, compromisso e tranquilidade (COSTA, 2009). Quanto a estabilidade e segurança funcional, isso já é realidade na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, onde os profissionais são todos inseridos no regime estatutário e gozam de um plano de carreira específico para cada profissão.

Houve um consenso nas entrevistas, relativo à falta de treinamento e preparo para o trabalho na Atenção Básica e, em particular na ESF. Os profissionais relataram os desafios enfrentados durante o processo de busca dos conhecimentos específicos das suas atividades, que se ocorreram por iniciativa de cada um deles. Interessante observar que, em alguns casos, esse período de tempo prolongou-se por até um ano, até que o cirurgião dentista considerasse minimamente preparado para o trabalho. Aqui, verifica-se uma limitação na existência do primeiro ingrediente da competência, visto que a apreensão dos protocolos, das normas antecedentes

fica prejudicada, no momento que o gestor não disponibiliza espaços para o treinamento e o preparo do trabalhador, para a divulgação do serviço. Assim, o cirurgião dentista adquire esses saberes aos poucos, na medida em que, por si só, vai se inteirando da natureza do serviço.

No momento que o profissional necessita buscar por si só, ao longo do tempo, o conhecimento pertinente ao seu trabalho, incorporando pouco a pouco o histórico e saberes através experiência, ele está utilizando o 2º ingrediente da competência, descrito por Schwartz (1998).

*“Nenhum... fui jogada!”[ELB]*

*“Eu acho que comecei a entender a Saúde da Família com um ano de trabalho... eu comecei: ah, é isso!”[ELB]*

*“... fui falando com os colegas, eles foram me explicando mais ou menos como funcionava daqui, de lá... então eu não tive treinamento algum, nem apresentada formalmente eu fui... tive que ir buscando as coisas.”[ADB]*

*“E as vezes te falta para dar o melhor. Aí a gente tem que ‘sambar’.”[CLC]*

*“... eu não tive nenhuma formação, nenhum preparo nenhuma orientação, simplesmente nós fomos colocados nesse local e nos entregaram o Caderno 17 e falaram: ‘bom, aqui é para ser executado a Atenção Básica’.”[MLC]*

Tanto as informações colhidas no processo de observação, quanto nos depoimentos das entrevistas, ficaram evidentes a liberdade de planejamento e estruturação da atividade de trabalho do cirurgião dentista. Embora, durante a análise documental, pudesse ser observada a existência de referenciais formais a serem seguidos, na prática, até mesmo a produtividade diária do cirurgião dentista era relativamente flexibilizada, quando o profissional identificava a necessidade de interferir na quantidade de atendimentos, em decorrência das características um caso clínico específico, por exemplo. A dimensão de gerir o próprio trabalho, faculta um ambiente favorável a criação, indo além daquela oferecida pela lógica taylorista.

*“Olha, eu acho que a gente tem mais é uma liberdade mesmo, a gente tem as regras dos protocolos, mas a gente introduz muita coisa de acordo com a condição no momento, de acordo com que a gente tem pra trabalhar, a gente consegue, e a gente tem essa liberdade... a gente tem essa liberdade de alterar, de incluir algumas regras no nosso tipo de atendimento, a questão mesmo às vezes até que número de paciente atendidos, existe uma regra aí, um protocolo, vai ser tantos atendimentos e tantas emergências, isso daí a gente consegue trabalhar nisso, muitos dias, muitas semanas a gente tira pra aumentar o número de atendimento. Então a gente aumenta. Já outra semana que a gente quer priorizar a parte educativa e preventiva, a gente já não se detém tanto aquele número, então a gente trabalha de acordo com o nosso planejamento aqui.”[MLC]*

Destaca-se a existência da plena liberdade de criação e planejamento do próprio trabalho, proporcionado pela instituição, muito embora os relatos denotem ausência de qualquer tipo de oferta de cursos e treinamentos para capacitação do profissional para o exercício da Odontologia na ESF. Essa liberdade favorece o poder criativo do profissional, propiciando terreno fértil para o “uso de si” que Schwartz (2000) define, ou seja a “infidelidade” natural do trabalhador às normas, quando diante das exigências das situações reais do trabalho.

Essa liberdade que o cirurgião desfruta em seu trabalho no DF, favorece o surgimento da capacidade para articular os dois primeiros ingredientes da competência, ou seja, emerge o terceiro ingrediente da competência. Além disso, facilita o debate de valores que permeia toda a atividade de trabalho (quarto ingrediente da competência) (Schwartz, 1998).

*“Aqui, se você quiser, você consegue realizar um bom trabalho. Se você quiser, você consegue fazer a sua parte.”[ELB]*

*“... eu crio a minha rotina. A gente precisa atender determinadas faixas etárias, tem uma porcentagem que a gente tem que atender. Mas não é especificado quantas vezes a gente tem que fazer a palestra, com quem a gente faz. Então a gente cria essa rotina.”[ADA]*

*“... eu acho que a gente tem mais é uma liberdade mesmo, a gente tem as regras dos protocolos, mas a gente introduz muita coisa, de acordo com a condição no momento... a gente tem essa liberdade.”[MLC]*

Por outro lado, tal fato revelou dificuldades de padronização do planejamento do trabalho da Odontologia, justamente em virtude dessa grande autonomia de organização do trabalho dada ao cirurgião dentista.

#### **4.2.2 O valor da ESF**

Nos relatos das entrevistas, a identidade com o trabalho na ESF, ou seja, o gosto e o prazer de trabalhar na EFS estiveram presentes na descrição de três profissionais e, nos outros três houve um relato claro da ausência de identidade entre o profissional e a atividade de trabalho na ESF. Mesmo assim, havia um consenso de que a filosofia de trabalho da ESF fosse importante para os usuários e para a sociedade.

A “intercessão partilhada”, discutida anteriormente (PINHEIRO; OLIVIERA, 2011) e exigida na atividade de trabalho da ESF, fica comprometida nesse momento, em decorrência da dificuldade do trabalhador em se identificar com essa nova proposta, onde o relacionamento profissional com o usuário assume novas dimensões (MERHY; FRANCO, 2003).

Outro aspecto que se destaca é valorização das práticas preventivas como fator de importância no contexto da Odontologia, embora por outro lado, verifica-se a prevalência das práticas curativas sobre as preventivas na rotina de trabalho. A principal doença sob os cuidados da Odontologia é a cárie dentária que hoje está ou esteve presente em 95% da população brasileira. A cárie é uma doença que exige, após a sua instalação, a reparação do dano através de procedimentos restauradores (curativos), ou seja, ela é irreversível, sendo possível apenas a limitação do dano provocado. Historicamente, em decorrência dessa enorme demanda, as ações curativas de combate à cárie, mostram-se inexpressivas para a sua remissão ou controle. Estudos evidenciam que as ações de promoção à saúde, realizadas coletivamente, que compreendem uma mudança de comportamento social e cultural na população são muito mais efetivos na promoção de saúde bucal isenta da cárie dentária (PINHEIRO et al., 2009). Dessa forma a compreensão e, conseqüentemente o trabalho, do cirurgião-dentista, valorizando as práticas preventivas na ESF é fundamental para os objetivos de controle da cárie dentária.

Schwartz destaca que o ser humano recria seu meio de trabalho a todo instante e afirma seu potencial em criar novas normas, ou seja, renormalizar (SCHWARTZ, 2000). Dessa forma, o cirurgião-dentista renormaliza sua atividade,

quando reorienta sua prática diária entre as ações curativas e as preventivas em sintonia com as demandas das doenças bucais instaladas (cárie dentária – por exemplo) e ações promotoras de saúde. É importante destacar que nas observações, verificou-se que essa demanda é dinâmica, ora necessitando de maiores intervenções curativas e ora oferecendo oportunidade para as ações de promoção de saúde.

Um dos fatores que influi na maneira de renormalizar pode ser encontrado no interesse e gosto do profissional com o seu trabalho. Desse maneira, as entrevistas encontraram contrastes como:

*“Foi uma razão pessoal, que eu precisava das quarenta horas e, na época a gerente de odontologia disse que a única maneira de eu conseguir seria vir para cá... porque ninguém queria vir para cá”.*[ELB]

*“Na verdade eu vim ‘pra’ cá, ‘pra’ esse posto de saúde, por causa da proximidade da minha casa”.*[ADB]

*“Com nada... eu não me identifico com nada. Nem com o trabalho e nem com o grupo”.*[SUB]

Por outro lado:

*“A satisfação pessoal. Eu gosto de lidar com comunidades, eu acho que atender uma família fica mais fácil de abordar. Gosto de trabalhar em equipe... ter outros profissionais juntos”.*[ADA]

*“Eu sempre gostei mais de trabalhar com pessoas carentes. A necessidade deles, o pouco que se torna muito, isso ‘pra’ mim é muito importante. E infelizmente a gente não pode dar tudo que eles querem”.*[CLC]

*“Eu sempre me identifiquei com esse tipo de trabalho, eu gosto muito dessa coisa de convívio mais direto com o paciente, eu gosto muito dessa coisa de olhar o paciente na sua integralidade e eu observava que os atendimentos que não fazem parte do Programa Saúde da Família era aquela coisa meio que olhando só o problema, a doença, não dava foco à pessoa, ao paciente como um todo, e eu gosto muito dessa coisa de olhar o paciente como um todo, eu me identifico muito com esse programa”.*[MLC]

Os relatos acima mostram uma dicotomia de perfis para o trabalho na ESF. Os seis entrevistados encontram-se divididos em dois grupos com expectativas e

interesses opostos na ESF, embora com propósitos semelhantes. Ressalta-se nesse caso que os cirurgiões dentistas do grupo que relata dificuldades de adaptação com as exigências e peculiaridades da ESF estão lotados na mesma unidade de saúde. No procedimento de observação, verificou-se que naquele ambiente as dificuldades de trabalho em equipe eram maiores e as renormalizações ocorriam de maneira individualizada. Além disso, a unidade era a que mais vivenciava a prática de ações curativas individuais, no conceito da odontologia tradicional hegemônica.

O aumento do salário (quarenta horas) e a proximidade da residência também foram determinantes para a escolha da Unidade de Saúde pelo profissional, mesmo se expondo a uma situação que pudesse não condizer com o exercício de uma prática profissional que pudesse trazer satisfação e bem estar.

Entende-se que essa diferença existente no prazer da prática profissional interfira na maneira que os profissionais lidam com os protocolos e também com as renormalizações produzidas diariamente no trabalho. Entretanto, não ficou demonstrado nas observações e nas entrevistas que os profissionais exercessem seu trabalho em condições de insatisfação. A relação de prazer com a atividade de trabalho pode influenciar de maneira significativa, com as renormalizações produzidas pelos profissionais. Essas renormalizações podem ser, por exemplo, construídas com o intuito de melhorar o resultado final da atividade, mas também para reduzir ou desconstruir determinada tarefa. Em todas as observações desta pesquisa, as renormalizações produzidas sempre visavam a melhoria ou a excelência no resultado final da tarefa.

Por outro lado, a satisfação pessoal, o gosto em trabalhar com comunidades e em equipe, o foco na 'saúde' e não na 'doença' são observáveis nos demais relatos.

Em relação às práticas curativas e preventivas, observa-se:

*“Mas uma coisa a gente prioriza, e muito, é a parte do trabalho educativo e preventivo, esse daí eu diria que ele chega até a ter um tempo maior, na verdade. Então assim, quando a gente vai iniciar o tratamento de um paciente, ele só inicia o atendimento na cadeira após ele passar por uma palestra educativa e preventiva com ilustração de vídeos.”[MLC]*

*“... para o paciente, para a comunidade, prioridade é o tratamento. Prioridade é você ir ali e obturar, restaurar, extrair aquele elemento que está causando dor, então para o paciente a prioridade é essa. Mas para nós a gente prioriza o trabalho preventivo e educativo. E eu te falo que não é fácil,*

*nós estamos aqui tentando semear essa filosofia, cultivar essa filosofia nas pessoas”.[MLC]*

*“Porque na verdade, a gente tem que lutar com isso. Trazer os pacientes, porque a área preventiva ‘pra’ eles é uma dificuldade. Eles querem só a área curativa”.[CLC]*

*“Noventa por cento curativa, noventa por cento curativo”.[SUB]*

*“... eles vêm na palestra, a gente não faz o atendimento, nós não fazemos. É obrigatório! Faltou, não faz o tratamento, porque não adianta fazer o curativo sem a orientação prévia, mas mesmo assim eles não retornam”.[ELB]*

*“Eu me sentia mais realizada no posto (de saúde), em que a captação (dos usuários) é feita na porta.” [ELB]*

#### **4.2.3 Percepção sobre os usuários**

A entrevista também verificou que os cirurgiões dentistas admitem que os usuários oriundos ESF não possuem o mesmo envolvimento e comprometimento com o tratamento odontológico do que aqueles provenientes da demanda tradicional da APS.

Embora os cirurgiões dentistas compreendessem a importância das ações de promoção de saúde sobre as curativas, verifica-se a constante renormalização dos profissionais em criar artifícios para atingir os objetivos propostos. O relato da obrigatoriedade da presença do usuário nas palestras de promoção à saúde, para condicionar sua participação no tratamento curativo, demonstra a renormalização do profissional.

*“... tem que fazer a ‘coisa’ meio que forçada, meio que impositiva; paciente olhar para você... vai começar o seu tratamento na cadeira após passar por essa... essa parte educativa e preventiva”.[MLC]*

*“Uma das coisas que dificulta o nosso trabalho é a questão cultural da localidade, porque as pessoas não ouvem muito a parte preventiva, não dão importância – valorizam o curativo – eles só querem saber do curativo e quando é palestra eles falam: ‘aí, mas que saco... eu tenho que fazer isso”.[ELB]*

Nesse ponto cabe destacar o consenso entre os cirurgiões dentistas, da maneira paradigmática como os usuários compreendem as ações de saúde bucal. Verifica-se que o 'valor' atribuído à odontologia e construída pela sociedade, está nas práticas curativas. Isso tudo em detrimento às ações de promoção à saúde que, embora verdadeiramente investida de valores incalculáveis, não são compreendidos em toda sua extensão pela comunidade. É importante destacar que a tudo isso, não se atribui responsabilidade ao usuário que muitas vezes não teve acesso à escola, não possui recursos para cuidados e manutenção da saúde bucal e assim, submeteu-se unicamente a restaurar os danos existentes na boca.

Disso, ressalta-se que esse processo de revisão de valores entre o curativo e a promoção de saúde, ou seja, demanda mudanças culturais, devendo ser construído em conjunto entre a equipe da ESF e conseqüentemente a equipe de saúde bucal e a sociedade.

*“... na minha opinião, sair do centro de saúde ‘pra’ ir na casa de uma pessoa, que muitas vezes não tem uma boa iluminação, não tem um bom... a pessoa às vezes nem ‘tá’ querendo te receber naquela hora, eu considero que tirar o profissional de dentro do centro de saúde, que poderia ‘tá’ fazendo vários atendimentos, ele ‘tá’ andando às vezes em áreas... áreas perigosas aqui na comunidade... ”.[ADB]*

*“Inclusive eu acho também que isso leva até as pessoas a ficarem muito acomodadas, não ter as suas responsabilidades, porque se eles têm que procurar as suas consultas, tem gente que fica em casa, eu já ouvi falar né, que falam ‘pro’ agente comunitário: ‘cê’ marcou ‘pra’ mim, aí faltou, ah, marca de novo lá que eu não fui. É assim, muito facilitado, parece que a pessoa não vai valorizar, ir atrás, buscar, marcar, ter o seu interesse, ter a sua responsabilidade. Eu até li uma vez na revista que ‘tava’ falando sobre Saúde da Família, falando lá que uma pessoa não foi buscar o exame no posto e que o agente comunitário foi levar o resultado na casa dela e que ela achou o máximo aquilo. Aí eu pensei, poderia ‘tá’ resolvendo outras coisas mais importantes, mas ‘tá’ levando o exame de uma pessoa que não foi atrás. Então, não sei, eu achei que... a pessoa precisa de mais responsabilidade, não precisa de ‘tá’ a gente indo lá insistir que ele faltou, para ele vir, ficar pressionando ele ‘pra’ vir ‘pra’ uma coisa que ele teria que ter a responsabilidade vir né, então...”.[ADB]*

Os depoimentos acima denotam a falta de consenso ainda existente nas ações da ESF, pelos próprios profissionais. Assim, muitas ações programadas, que visam agilidade e a eficiência da assistência, ainda são vistos como atitudes

paternalistas. Além disso, demonstram a fragilidade da comunidade em compreender e aceitar o que o que seria uma nova proposta de promover saúde, ao invés de restaurá-la. Verificou-se nitidamente um conflito entre a existência do protocolo da ESF em ir ao encontro do usuário e o entendimento do profissional de que essa orientação, em muitos casos, não seja a melhor. Assim, verificou-se renormalizações em busca de contornar ou modificar essa regra, nos moldes da Odontologia tradicional, ou seja, da procura espontânea do usuário pelo serviço de saúde.

#### **4.2.4 O modo de trabalhar**

O 'modo de trabalho' do cirurgião dentista na ESF e na APS, se difere do trabalho curativo tradicional. O enfoque na equipe, o planejamento e as ações de promoção à saúde bucal, exigidas nesse novo cenário, fizeram com que novas diretrizes curriculares fossem construídas no país, resultando na reforma curricular dos cursos de graduação em Odontologia, onde a inserção da saúde bucal na ESF exige uma nova organização das atividades de saúde bucal, com foco no trabalho em equipe e no desenvolvimento de ações de promoção à saúde, inseridas nessa estratégia (MATOS; TOMITA, 2004).

*“...pessoas que aparecem com dor, que a gente faz encaixe entre um paciente e outro...”[ADB]*

*“Às vezes aparece alguma emergência... eu já vou atendendo, às vezes antes da TSB chegar.”[ADA]*

As observações demonstram a identidade dos cirurgiões dentistas com os protocolos da PNAB, do Caderno 17 e da Política de Saúde Bucal do DF, à prática diária, embora existam adaptações desses protocolos com a prática profissional diária.

Pelos itens identificados e categorizados, verificou-se que alguns eram priorizados pelo cirurgião dentista como: o compromisso dos profissionais com a referência e contra referência de usuários; o planejamento no trabalho; a adaptação dos protocolos às rotinas diárias de trabalho.

Embora o protocolo defina a necessidade dos encaixes para atender às demandas emergenciais curativas, as observações evidenciaram que a sequência de atendimentos exige renormalizações diárias com reorganização da agenda original tanto quanto a eleição do procedimento feito quanto na duração de cada um deles. Assim, quando o usuário se apresentava com um quadro de dor, por exemplo, o profissional realizava o encaixe entre os pacientes previamente agendados e executava os procedimentos necessários para devolver o conforto ao paciente. Para isso, muitas vezes, ele tinha precisava reavaliar a duração dos demais atendimentos do dia.

Verificou-se também a existência de um pensamento comum que indique uma hierarquização de poder que se origina na Atenção Especializada e que se dirige ao nível da APS e a ESF. Trata-se de um entendimento razoavelmente consensual e acolhido dos profissionais do primeiro nível da assistência, embora ela seja a organizadora do cuidado à saúde do indivíduo.

*“As regras que a gente segue são as que o pessoal da Atenção Secundária nos obriga...” [ELB]*

Foi observado em alguns casos, que as normas antecedentes existem, mas o profissional não sabe quais são, não as estudou e também não foi cobrado disso, quando diz por exemplo que não sabe exatamente sobre o conteúdo do caderno 17.

O Brasil conta com uma política considerada internacionalmente como inovadora e avançada, um conjunto de prescrições que foram construídos historicamente pela sociedade, a partir das experiências dos profissionais e dos gestores e, mesmo assim dispomos hoje de um contingente de profissionais na ESF, ou seja, uma nova tecnologia de trabalho e de gestão mas que sequer conhece adequadamente as prescrições

Ainda sobre as regras e os protocolos existentes no Caderno 17 e na PNAB:

*“A gente não se atem ao Caderno 17, mas todos nós já tivemos essa orientação e acho que no fundo a gente segue um pouco, né?” [ELB]*

*“... eu sigo muita coisa lá que estão no Caderno 17... mas eu tenho liberdade ‘pra’ outras coisas.” [ADB]*

*“... conheço, já li, já tentamos seguir aqui...”[SUB]*

*“Eu não me lembro assim de cabeça...” [ADA]*

*“Conheço. A gente tenta trabalhar ‘em cima’ do Caderno. Só que a gente tenta adequar à nossa realidade, porque não tem jeito de seguir exatamente como é.”[CLC]*

*“... tem algumas coisas ali que não condiz com a realidade que a gente enfrenta no dia-a-dia, mais no papel. Mas é uma realidade que a gente concorda plenamente que ela precisa ser alcançada... mas a gente vai caminhando de acordo com que a gente vai tendo ‘pra’ trabalhar.”[MLC]*

Percebe-se que a execução dos protocolos do Caderno 17 e da PNAB na prática de trabalho do cirurgião dentista sofre variação. Há a compreensão de que eles não são suficientes para atender as necessidades reais do profissional e, nesse aspecto verifica-se a dupla antecipação da norma (SCHWARTZ, 2007), pois o cirurgião dentista dirige-se ao seu trabalho com esse conhecimento e, mesmo assim, observou-se a necessidade da renormalização do imprevisível, durante a execução dos trabalhos. A observação e a entrevista mostraram a preocupação prévia do profissional em planejar alternativas para o enfrentamento de problemas diários que se constituíam como obstáculos para que o cirurgião dentista atingisse seus objetivos.

As renormalizações no trabalho se dão quando o profissional ‘enxerga’ a necessidade de alterar uma prescrição prévia em busca do seu objetivo de alcançar o resultado (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011). Assim:

*“... a autoclave quebrou... a gente juntava os instrumentais, a TSB fazia um embrulho, colocava o nome e eu levava no centro de saúde... deixava lá para esterilizar. À tarde, no outro dia, passava lá, pegava e trazia. Então aí, quando estava acabando, já fazia a mesma coisa. Então eu fiz assim algumas vezes, até a autoclave ficar pronta.”[ADA]*

*“... tem certa dificuldade do pessoal administrativo pegar as listas de material da Odontologia.”[ADA]*

*“... o paciente vai lá no hospital e faz a radiografia. Depois, de mais ou menos uma semana, o exame é enviado para o centro de saúde, só que não vem ‘pra’ cá (ESF). Eles encaminham para o centro de saúde, não vêm de malote para cá. Aí, o que acontece: eu tenho que ir buscar o exame quase toda semana... passo lá para pegar as radiografias.”[ADA]*

Nos depoimentos colhidos acima durante as entrevistas, ficam evidentes as renormalizações produzidas pelo cirurgião dentista em sua rotina de trabalho. Por outro lado, tanto no caso da autoclave, quanto das radiografias, o que chama a atenção, foi a necessidade de renormalizar em situações que não deveriam ter ocorrido, em situações normais de funcionamento da rotina de trabalho.

Assim, quando o cirurgião chega ao trabalho, ele se depara com o inesperado. O que conduz seu planejamento diário e sua escolha para uma ação curativa na cavidade bucal ou a promoção de saúde coletiva ou individual, por exemplo, vai estar associado como as relação entre o sujeito, o objeto e o meio.

Embora o profissional visasse agilizar e ser eficiente em sua atividade, realizando essas tarefas, em uma análise mais profunda, seu trabalho já estava prejudicado pela necessidade de interrupção da prática da sua atividade fim, para realização de procedimentos que deveriam ser realizados pelo setor administrativo da unidade de saúde.

Assim, a renormalização ocorreu para minimizar um dano e para que o trabalho pudesse ser concluído.

Schwartz (2000) destaca que o meio interfere no trabalho do profissional em proporções variadas, nunca sendo o mesmo a cada dia. Assim, o cirurgião dentista sempre faz uso de “si por si” e de “si por outrem”, nessa “infidelidade” do meio. Dessa forma, com as escolhas feitas através desses recursos próprios, ele preenche o “vazio de normas” provocado pelas normas antecedentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A renormalização na prática de qualquer atividade de trabalho é uma realidade e ocorre de maneira constante e até imensurável. Conhecer esse fato é ampliar o conhecimento da dinâmica do trabalho e seus sujeitos, levando-os a refletir sobre si mesmos, orientando-os que a existência dos protocolos, embora necessária, é insuficiente para orientar toda a complexidade do trabalho. Tudo isso descortina uma nova prática de saúde bucal, mais centrada no poder criativo das diferentes formas do pensamento humano, sempre em busca da eficácia produtiva.

A saúde bucal possui um histórico singular no Brasil, onde se destaca um passado prioritariamente curativista, centrado no paciente de maneira individualizada, adequado ao modelo capitalista de promover saúde através da oferta de produtos apresentados como procedimentos, onde se atribui valor em troca, estratégia insuficiente para a remição ou mesmo o controle dos problemas odontológicos, em particular a cárie dentária, doença de ampla incidência e prevalência na população brasileira. Com o fortalecimento da APS na saúde pública e, prioritariamente da ESF, há o rompimento desse paradigma. Nasce assim a oportunidade de agir nas causas sociais das doenças, promovendo verdadeiramente a saúde de maneira coletiva e não somente ao preventivismo isolado. A busca ampliada por informações que permeiam a doença em seu contexto social, familiar, cultural e epidemiológico, consegue demarcar com precisão as causas da doença e, num contexto ampliado, gerar saúde.

A ergologia apresenta-se no contexto de compreender o trabalho de saúde bucal na ESF, mostrando que independentemente do modelo em que ele se mostra, as normas são sempre insuficientes, mas indispensáveis, para realizá-lo em suas necessidades e que as renormalizações sempre ocorrem em alguma intensidade e frequência para que os objetivos do trabalhador sejam atingidos.

Os achados da pesquisa demonstram que o a Odontologia não ocupou o espaço existente e necessário na Estratégia de Saúde da Família, onde um grande número de equipes ainda permanece sem a presença da equipe de saúde bucal.

Nas equipes que contam com os profissionais de Odontologia, os trabalhos ainda são predominantemente focados nas ações curativas, restritas na “cadeira

odontológica”, restringindo, portanto, a efetividade das ações de promoção integral à saúde.

Nesse cenário, muitas renormalizações produzidas pelos cirurgiões dentistas, ainda se limitavam a contornar problemas de gestão e infraestrutura, visando construir subsídios para a produção do seu trabalho.

A possibilidade de buscar, através das renormalizações produzidas pelo cirurgião-dentista, um conhecimento mais profundo da sua prática, e assim gerar oportunidades para que seu trabalho possa sempre melhorar, facilita o alcance daquilo que é mais importante no serviço de saúde, o bem estar do usuário.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011.

BORGES, M. E. S. Trabalho e gestão de si – para além dos “recursos humanos”. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v. 7, p. 41-49, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 17 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRITO, J. C. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1612-1614, 2005.

\_\_\_\_\_. Trabalho Prescrito. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2009a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Trabalho Real. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2009b. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trarea.html>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

BRITO, J. E. **Reflexões epistemológicas sobre a ergologia**. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/posteres/GT09-1830--Int.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Soc. Cult.**, Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, jan./dez. 2000.

CAVALCANTI, M. L. T. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1336-1345, 2009. Supl. 1.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, set./dez. 2007.

COSTA, C.; ROCHA, G.; ACÚRCIO, M. A Entrevista. Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Departamento de Educação, Metodologia da Investigação. **Roteiro de Aula (Apresentações)**. 2005. Disponível em: <[www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/entrevistat2.pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/entrevistat2.pdf)>.

COSTA, R. M. Caracterização do processo de trabalho do cirurgião dentista na estratégia de saúde da família do município de Parnamirim – RN. **Dissertação de Mestrado em Odontologia**. Natal RN, 2009.

COWIE, N. Observation. In: HEIGHAM, J.; CROKER, R. A. **Qualitative research in applied linguistics: a practical introduction**. Great Britain: Palgrave Macmillan, 2009.

CUNHA, D. M.; FISCHER, M. C. B.; FRANZOY, N. L. Ergologia. In: CATTANI, D.; HOLZMANN, L. (Org.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Zouk, 2011.

DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal – CODEPLAN. **Pesquisa Distrital de Amostra de Domicílios 2011**. Página da internet Acesso em: 5 dez. 2012.

<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2012/PDAD-DF-2011-091112.pdf>

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Odontologia. **Política de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Gestão da Atenção Primária. Gerência de Monitoramento e Avaliação. **Planilha de Equipes de Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Gestão da Atenção Primária. Gerência de Monitoramento e Avaliação. **Planilha de Quantitativo de Equipes com Saúde Bucal por modalidade e por Regional de Saúde**. Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Gestão da Atenção Primária. Gerência de Monitoramento e Avaliação. **Relatório Final de Equipes e Cobertura da ESF**. Brasília, 2013c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Gestão da Atenção Primária. Gerência de Monitoramento e Avaliação. **Relatório Mensal ESF: equipes/profissionais**. Brasília, 2013d.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/subsecretarias/526-programa-saude-da-familia.html>>. Acesso em: 13 abr. 2013e.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1643-1652, 2010. Supl. 1.

FRANÇA, M. B.; MUNIZ H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 201-221, 2011. Supl. 1.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 198 p.

GÖTTEMS, L. B. D. **Análise da Política de Atenção Primária à Saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da Política de Saúde (1979 a 2009). 2010. 285 f. Tese (Doutorado em Administração)-Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

KOYASHIKI, G. A. K.; SOUZA, R. A. A.; GARANHANI, M. L. O Trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidade de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, 2008.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov.-dez. 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2009b. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, P. A. B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2. ed. Porto Alegre: Zouk, 2011. p. 461-465.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.

PINHEIRO, F. M. C. et. al. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. **RGO**. Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 99-106, jan./mar. 2009.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 187-98, jan./mar. 2011.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 83-92, 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2013 – a ascensão do sul**: progresso humano num mundo diversificado. New York, 2013. p. 147.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada CAPS é um CAPS”: Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p.150-160, 2011.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar.-abr. 2004.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/02.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Entrevista. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 457-466, 2006.

SCHWARTZ, Y. O trabalho e a ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói, RJ: EdUFF. 2007. p. 10-45.

\_\_\_\_\_. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-139, 1998.

\_\_\_\_\_. Trabalho e uso de si. **Pró-Posições**, Campinas, v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul. 2000.

SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. **Pesq. bras. odontop. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, maio/ago. 2004.

TAYLOR, F. W. **Princípios da administração científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia – ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 63-90.

VIEIRA JÚNIOR, P. R.; SANTOS, E. H. A gênese da perspectiva ergológica: cenário de construção e conceitos derivados. **Trab. Educ.**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 83-100, jan./abr. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZANETTI, C. H. G.; OLIVEIRA, J. A. A.; MENDONÇA, M. H. M. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 195-222, jul./out. 2012.

## APÊNDICE I

### Roteiro de Análise Documental



Universidade de Brasília  
Departamento de Saúde Coletiva  
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

#### Documentos principais:

- PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e
- Caderno de Atenção Básica nº 17 (Saúde Bucal) do Ministério da Saúde.

#### Documentos complementares:

- Registros diários de atividades;
- Relatórios da saúde bucal ou do dentista;
- Atas de reunião da equipe e sobre as atividades que incluem o dentista;
- Planos de ação elaborados pela equipe do PSF.

#### Dados a serem coletados:

1. Quais as prescrições para o trabalho do cirurgião dentista presentes nas normas e portarias.
2. Que tipos de atividades são desenvolvidas pelo profissional.
3. Existência, frequência e participação dos cirurgiões dentistas em reuniões.
4. Se há um plano de trabalho para a equipe e para o cirurgião dentista.
5. Atividades estabelecidas no plano de ação que tenham relação com o trabalho do cirurgião dentista.
6. Com quais profissões o cirurgião dentista trabalha.
7. Programação específica da equipe de Saúde Bucal.

## APÊNDICE II

### Roteiro de Observação



Universidade de Brasília  
Departamento de Saúde Coletiva  
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

#### Roteiro de Observação de Atividade de Trabalho

1. **Quais as atividades que o cirurgião dentista desenvolve no trabalho.**
2. **Com quais profissionais o cirurgião dentista desenvolve as suas atividades.**
3. **Relacionamento com a equipe de trabalho.**
4. **O que interfere na atividade profissional do cirurgião dentista.**
5. **Como é a demanda e a relação do cirurgião dentista com o usuário.**
6. **Características das instalações e das condições de trabalho.**
7. **Recepção dos usuários da Saúde Bucal. Há uma agenda integrada ou se é somente da saúde bucal.**

## APÊNDICE III

### Roteiro de Entrevista



Universidade de Brasília  
Departamento de Saúde Coletiva  
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

1. Desde quando você trabalha na atenção básica de saúde?
2. E na Saúde da Família?
3. O que o(a) motiva a trabalhar na Estratégia de Saúde da Família?
4. Você poderia contar como é a sua rotina de trabalho? O que vocês faz desde o momento que chega na unidade até a hora de ir embora?
5. O que você considera que facilita o seu trabalho?
6. E o que dificulta?
7. Você poderia falar sobre como são definidas as prioridades e a organização do seu trabalho?
8. Você utiliza protocolos no seu trabalho?
9. Conhece a PNAB e as orientações do Caderno 17 para o trabalho do cirurgião-dentista na saúde da família?
10. O que você coloca em prática dessas normas e orientações? Cite exemplos.
11. Quais as facilidades, em ordem de importância, para coloca-las em prática.
12. Quais as dificuldades, em ordem de importância, para coloca-las em prática.
13. Você recebeu formação específica para trabalhar na saúde da família?
14. Gostaria de acrescentar algo mais sobre o seu trabalho na saúde da família?

## APÊNDICE IV

<b>Termo de Consentimento</b>
-------------------------------

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “*O Trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal: Entre o prescrito e o real*”.

O objetivo desta pesquisa é identificar o trabalho prescrito e o trabalho real do cirurgião dentista na estratégia de saúde de família no Distrito Federal.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A pesquisa será efetivada através de análise de documentos, tais como registros das atividades desenvolvidas na unidade de saúde, observação das atividades na unidade e também através de entrevistas, a serem realizadas em data e local combinados previamente com o(a) senhor(a). Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr. Wagner Gomes Reis, no Hospital Regional de Taguatinga, telefone: 3352-7240, no horário: matutino e/ou vespertino.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura

---

Wagner Gomes Reis

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE V

### Roteiro de Perguntas – Entrevistas sobre o Histórico da Ergologia

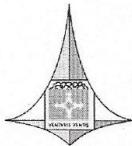


Universidade de Brasília  
Departamento de Saúde Coletiva  
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva

- a. Quando e como você tomou contato com a ergologia.
  
- b. Qual a principal contribuição para a área da saúde que você atribui à ergologia.
  
- c. Quais atividades e/ou projetos você já participou ou desenvolveu (ou participa e desenvolve) utilizando a ergologia.

## ANEXO I

<b>Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b>
---



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 251/2012

**PROTOCOLO Nº DO PROJETO:** 240/2012 – O Trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal entre o Prescrito e o Real.

**Instituição Pesquisada:** Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

**Área Temática Especial:** Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

**Validade do Parecer:** 06/08/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 07 de agosto de 2012.

Atenciosamente,

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
 Coordenadora

Ângela Maria/FEPECS/SES-DF

## ANEXO II

## Emenda ao Projeto



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



## EMENDA A PROJETO

Protocolo CEP 240/2012

**Título:** O Trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal: entre o Prescrito e o Real

1º) Foi solicitada a alteração de acréscimo no referencial teórico, que consiste em breve revisão histórica da ergologia. A justificativa é pertinente. Propuseram-se três perguntas:

- a) Quando e como você tomou contato com a ergologia?
- b) Qual a principal contribuição para a área que você atribui à ergologia?
- c) Quais atividades e/ou projetos você já participou ou desenvolveu utilizando a ergologia?

2º) Apresentou-se nova redação do TCLE. Embora a anterior estivesse adequada, a atual redação é mais clara e precisa.

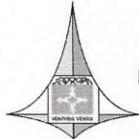
**Conclusão:** EMENDA APROVADA.

Brasília, 17 de setembro de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
Coordenadora CEP/SES-DF

## ANEXO III

## Subsecretaria de Atenção Primária



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 251/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 07 de agosto de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

COORDENADOR(a) do(a): **SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/SAPS**

Senhor(a) Coordenador(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **O Trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal entre o Prescrito e o Real** encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 06/08/2012

Validade do parecer: 06/08/2014

Pesquisador responsável e telefone: WAGNER GOMES REIS – (61) 30343482

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
Coordenadora

Ângela Maria/FEPECS/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br  
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP: 70.710-907  
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE