

## As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia

Professional practices in public dental healthcare: case study of two municipal districts, Bahia State, Brazil

Sônia Cristina Lima Chaves<sup>1</sup>  
Lígia Maria Vieira da Silva<sup>2</sup>

**Abstract** *This paper examines the working facilities and processes of dentists in the primary healthcare systems of two towns in Bahia State, Brazil, striving to analyze the extent to which factors related to dental care, training placement and professional profiles influence their practices. Semi-structured interviews were conducted with nine dentists in both towns, with work process organization patterns in Municipality C being closer to the structuring principles of Brazil's National Health System than in Municipality E. This seems to be related to management characteristics, with networking links among individual, collective, and preventive clinical activities and planning noted in Municipality C. Despite these differences, the practitioners presented similarities in terms of dual militancy and perceptions of the public and private healthcare fields. The hegemony of the private sector seems to be influencing the professional practices of dentists in the public health system.*

**Key words** *Clinical practice, Public dental care, Professional practices, Family health, Primary healthcare*

**Resumo** *Este estudo visou analisar os meios e processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia, buscando identificar em que medida fatores relacionados à gestão da atenção à saúde bucal, formação, inserção e perfil profissional influenciam as práticas desenvolvidas pelos mesmos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto a nove cirurgiões-dentistas em ambos os municípios. Houve um padrão de organização do processo de trabalho mais próximo dos princípios estruturantes do sistema de saúde brasileiro no município C em relação ao município E. Essas diferenças parecem estar relacionadas a características da gestão, onde no município C observou-se uma articulação entre as atividades clínicas individuais, coletivas, preventivas e de planejamento. Apesar dessas diferenças, os profissionais mostraram similitudes quanto à dupla militância e as percepções sobre os campos públicos e privados da saúde. A hegemonia do setor privado parece estar influenciando a prática profissional dos cirurgiões-dentistas no serviço público.*

**Palavras-chave** *Prática clínica odontológica, Prática profissional, Saúde bucal coletiva, Saúde da família, Atenção primária*

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, Faculdade de Odontologia, UFBA. Rua Araújo Pinho 72/6º andar, Canela. 40110-912 Salvador BA. schaves@ufba.br

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

## Introdução

A ampliação da atenção primária em saúde bucal no Brasil e sua (re)valorização através da incorporação de cirurgiões-dentistas às equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no curso da descentralização do Sistema Único de Saúde brasileiro<sup>1</sup> apontam para a necessidade de se investigar como se formulam e se implementam as práticas de saúde bucal em diferentes contextos organizacionais e políticos e em que medida os agentes dessas práticas estabelecem suas ações e as compreendem. Estudo do Conselho Federal de Odontologia mostrou que cerca de 89,6% dos cirurgiões-dentistas brasileiros atuam como profissionais liberais e 26,2% deles afirmam trabalhar no setor público de saúde, ainda que nas regiões Norte e Nordeste, essa proporção seja maior<sup>2</sup>. Investigações nessa área específica têm mostrado uma insatisfação com a baixa remuneração, alta competitividade e saturação do mercado de trabalho<sup>3,4,5</sup>, constituindo-se em um esgotamento de toda uma “era de ouro” da odontologia brasileira<sup>5</sup>.

Assim, nesse contexto de encolhimento da prática privada da odontologia no país nos seus moldes tradicionais (prática liberal) e da expansão de planos privados com baixa remuneração<sup>6,7,8</sup>, fenômeno já ocorrido na área médica com a expansão da atenção médica supletiva, cabe ainda investigar como se situam os agentes pertencentes a esse campo profissional com forte identidade associada à prática liberal, cujas mudanças no mercado de trabalho entre outros fatores, os *atraíram* ao setor público odontológico.

Estudos especialmente no Reino Unido, onde tem havido uma expansão da prática privada da odontologia a partir dos anos noventa num modelo que era essencialmente público via NHS (Sistema Nacional de Saúde), apontam para uma divisão e conflito entre aqueles cirurgiões-dentistas que estão fortemente ligados ao sistema público e os demais que se mostram ambíguos na prática mista (pública e privada) ou abertamente pró-privada<sup>9,10</sup>. Naquele país, onde a odontologia no sistema público é sujeita a um sistema do preço fixo por capitação, tem se observado que os dentistas têm gastado significativamente mais tempo com pacientes privados que com os pacientes do NHS<sup>11</sup>, o que tem comprometido a equidade do acesso e a qualidade do cuidado dental no sistema público<sup>12</sup>. Contudo, para os cirurgiões-dentistas, a falta de demanda suficiente e a incerteza da prática privada emergiram como razões fortes para manter-se no siste-

ma público, caracterizando-se como uma relação ambígua com o mesmo. Alguns estudos têm identificado a motivação econômica como o principal fator relatado pelos dentistas para o crescimento do setor privado naquele país<sup>9,12</sup>.

Por outro lado, na prática clínica, estudos sobre como os profissionais definem as decisões de tratamento já apontam para a necessidade de se investigar aspectos de ordem gerencial e de forma de pagamento dos procedimentos que condicionam decisões e as faz muito mais complexas, ainda que alguns estudos defendam a idéia de guias clínicos ou parâmetros práticos para orientar os profissionais nas decisões de tratamento a serem seguidas como garantia da qualidade do cuidado<sup>13,14,15</sup>.

Nesse sentido, a conduta dos profissionais (agentes) não pode ser considerada uma reação mecânica diretamente determinada pelas condições antecedentes e redutíveis a esquemas preestabelecidos como “modelos”, “normas” ou “protocolos de intervenção” ou meramente influenciados pela motivação econômica. Em verdade, a prática dos agentes é produto de uma relação dialética entre a situação e um *habitus* aqui compreendido, segundo Bourdieu<sup>16,17</sup>, como um conjunto de disposições e esquemas de percepção que retraduzem as características intrínsecas e relacionais da posição do agente no espaço social em práticas e é inculcado pelo meio social, como um conjunto de disposições inconscientes, socialmente adquiridas<sup>18,19</sup>.

Assim, o presente estudo visou descrever as características da organização das práticas de saúde bucal em dois municípios na Bahia com diferentes graus de implantação de descentralização da gestão da saúde. Além disso, buscou-se analisar os meios e o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos no Programa de Saúde da Família, considerando-se as tecnologias do processo de trabalho, o saber e seus desdobramentos em tecnologias materiais e não-materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado<sup>20,21</sup>. Visou também discutir a inserção dos cirurgiões-dentistas nos campos público e privado da saúde e a repercussão dessas relações com as práticas descritas.

## Metodologia

Foram entrevistados nove cirurgiões-dentistas inseridos no setor público de saúde em dois municípios da Bahia. Os dois municípios foram

casos exemplares em estudo de avaliação da descentralização da saúde no Estado da Bahia. Um deles apresentou um grau avançado na descentralização da saúde (município C), enquanto o outro se mostrou incipiente (município E) a partir de uma imagem-objetivo proposta<sup>22</sup>. As práticas de saúde bucal desenvolvidas pelos profissionais foram consideradas as ações desenvolvidas no processo de trabalho e na relação entre profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias materiais como os instrumentos e equipamentos, e não materiais no sentido da dimensão relacional do cuidado<sup>21</sup>, com o objetivo de intervir sobre os problemas de saúde (causas, riscos e danos)<sup>23,24</sup>. Optou-se pela realização de entrevista semi-estruturada que permitiu aos agentes discorrerem sobre as concepções sobre seu trabalho atual, dupla militância, efetividade de suas práticas e percepção sobre as mesmas (Anexo 1). As informações obtidas nas entrevistas, além de permitirem caracterizar o trabalho desenvolvido no que diz respeito ao seu “objeto” e os instrumentos do trabalho, também possibilitaram o acesso às concepções dos agentes das práticas sobre o processo de trabalho. Todas as entrevistas foram conduzidas nos locais de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Para as entrevistas e trabalho de campo, foi buscado o consentimento informado, por escrito, junto aos profissionais participantes da investigação.

Os critérios para avaliação dos cirurgiões-dentistas foram os seguintes (Anexo 1):

**a) Inserção e trajetória social:** relacionado à origem social (escolaridade e ocupação dos pais) e trajetória escolar e profissional quando comparada a de seus progenitores. Segundo Bourdieu<sup>19</sup>, existem três elementos principais de diferenciação objetiva dos agentes no espaço social a serem considerados: o capital cultural acumulado pela transmissão assegurada pela família e escola, o capital econômico (ocupação, renda) e a trajetória social que está vinculada à origem familiar;

**b) Formação profissional:** relacionado à formação profissional na graduação e na pós-graduação (especialização ou aperfeiçoamento) e em que áreas (saúde coletiva ou outras);

**c) Percepções sobre o trabalho no campo público e no campo privado da saúde:** buscou-se investigar as características aproximadoras e distanciadoras dos dois campos e da percepção dos agentes sobre os mesmos;

**d) Planejamento e avaliação das ações:** descrição de práticas de planejamento individual ou em equipe, bem como se há avaliação sistemática das mesmas.

**e) Práticas desenvolvidas em saúde bucal:** foi solicitado ao profissional que descrevesse uma semana típica de trabalho a partir das seguintes atividades:

1. Atendimento clínico individual em consultório. Refere-se às atividades clínicas ambulatoriais da atenção básica como restaurações de amálgama ou de resina (foto ou auto-polimerizável), extrações, remoção de cálculo, profilaxias, aplicação de flúor individual, higiene bucal supervisionada em cadeira odontológica e exame clínico;

2. Escovação orientada na Unidade. Refere-se à formação de grupos de escovação, ou escovação individual, fora do consultório odontológico na Unidade;

3. Grupos de escovação em micro-área. São atividades sistemáticas desenvolvidas com dia e turno definidos, realizadas preferencialmente pelos ACS, mas com a presença periódica do cirurgião-dentista.

4. Ações educativo-preventivas junto a escolares. São atividades de educação (palestras, reunião com professores, teatro, oficinas pedagógicas) realizadas ao interior do espaço escolar com dia e turno determinado com a presença e participação do cirurgião-dentista, ACD ou ACS;

5. Visita domiciliar. Refere-se ao deslocamento até o domicílio dos indivíduos ou famílias que assim o necessitem por critérios de risco definidos pela equipe ou por impossibilidade de deslocamento até a Unidade Básica (pacientes especiais, por exemplo). Inclui atividades de educação em saúde, exame clínico em domicílio, higiene bucal supervisionada e uso do flúor;

6. Capacitação e supervisão dos ACS. Constitui-se em atividade de formação em serviço dos agentes comunitários para o conhecimento das principais doenças bucais que atingem diferentes faixas etárias (cárie dental em crianças, doença periodontal e câncer bucal, em adultos, por exemplo), prevenção e diagnóstico das mesmas para intervenção preventiva e oportuna para a formação de multiplicadores em saúde;

7. Sala de espera. Constitui-se em atividades educativas de curta duração, sobre temas de interesse, no espaço da Unidade Básica de Saúde, enquanto os pacientes esperam pelo atendimento clínico agendado;

8. Reunião de equipe. Encontro semanal dos profissionais da Unidade Básica de Saúde onde são definidas as intervenções da equipe e o enfrentamento dos seus problemas.

Assim, num mesmo turno de trabalho, era possível realizar, por exemplo, mais de uma ativi-

dade, como escovação supervisionada em micro-área e visita domiciliar. Quando uma atividade era quinzenal e de certa maneira constante, considerava-se como  $\frac{1}{2}$  (meia) atividade por semana e assim sucessivamente, buscando uma aproximação às atividades desenvolvidas, podendo comparar tanto sua quantidade como seu enfoque (sobre danos, riscos ou causas), segundo o modelo da vigilância da saúde proposto por Paim<sup>23</sup>.

As falas, gravadas durante as entrevistas, foram transcritas e revisadas. Em seguida, foi feita uma leitura vertical das mesmas, destacando-se os principais achados em função das perguntas da investigação e das categorias analíticas. Após a fragmentação dessas evidências em cada entrevista, foi feita uma leitura horizontal das evidências no conjunto das mesmas, orientadas pelas categorias operacionais e analíticas presentes no quadro teórico. Para isso, utilizou-se o programa computacional para análise de dados não estruturados (NUD\*IST)<sup>25</sup>.

## Resultados e discussão

### Caracterizando os agentes das práticas, o campo público e o campo privado da saúde

Os cirurgiões-dentistas entrevistados mostraram como principal característica de homogeneidade entre eles, independente do município onde atuavam, a dupla *militância* ou *inserção*, ou seja, o trabalho concomitante no setor público e setor privado de saúde (Quadro 1), aqui considerados como subcampos do campo da saúde no sentido de Bourdieu<sup>26</sup>. Cada um desses campos funciona de forma relativamente autônoma, com lógicas particulares que definem as relações entre seus membros<sup>23</sup>, as quais foram paulatinamente identificadas durante a etapa de campo da pesquisa. Algumas das características identificadas pelos agentes estão sintetizadas no Quadro 2.

**Quadro 1.** Sexo, idade, tempo de formatura, tempo no serviço público, trabalho no setor privado e especializações ou aperfeiçoamentos anteriores ou atuais dos cirurgiões-dentistas na rede municipal de atenção primária em dois municípios da Bahia, 2003.

Dentista	Sexo	Idade (em anos)	Tempo de formado (em anos)	Tempo no serviço público (em anos)	Trabalho no setor privado?	Especialização ou atualização anterior ou atual
C1	F	30	8	3	Sim	Saúde Pública
C2	F	29	5	1,5	Sim	Odontopediatria Pacientes Especiais
C3	M	29	7	4	Sim	Endodontia
C4	F	36	11	4	Sim	Endodontia
C5	M	44	19	6	Sim	Prótese sobre Implante Reabilitação Oral
E1	M	29	8	5	Sim	-
E2	F	35	13	1	Sim	Ortodontia
E3	F	35	11	5	Sim	Prótese sobre Implante Reabilitação Oral
E4	F	32	9	5	Sim	Saúde Pública

Observa-se grande proporção de profissionais do sexo feminino, idade média de trinta e três anos, variando entre vinte e nove e quarenta e quatro anos e a maioria com especializações na área clínica (Quadro 1). Vale ressaltar que essa feminilização é um traço forte da carreira a partir da década de noventa e, especialmente, no setor público. No Reino Unido também se observa que um maior número de mulheres, em relação aos homens, estão presentes no setor público e em atividades comunitárias<sup>27</sup>. A “feminilização” de uma profissão ou ramo profissional pode estar significando uma relativa desvalorização do subcampo, tendo em vista as relações de poder existentes entre os gêneros na sociedade. Outra explicação poderia ser a mudança nas regras inerentes a esse campo profissional ou relativização das mesmas, pois as mulheres desempenham papéis distintos na sociedade, o que poderia significar motivação para além do econômico na permanência no setor público<sup>28</sup>. Contudo, é ainda forte a regra da especialização, o que muitas

vezes evidencia a ambigüidade nos discursos, já que, mesmo dedicando boa parte do tempo de trabalho diário na atenção primária pública e deste trabalho percebendo, muitas vezes a principal fonte de remuneração, se submetem a cursos de especialização extremamente custosos para se manter *competitivos* no mercado, mesmo após ingresso no setor público (Dentista C3, C4, C5, E2, E3).

[...] *mas o que me atraiu mais para Município E, foi essa questão de ser aprovada nesse concurso público que hoje eu acho que a profissão liberal, ele precisa ter o fixo, minha cidade não oferecia essa questão de você ter um emprego público que a concorrência era muito grande e eu achei que aqui seria mais fácil nesse ponto para gente que é mulher; dentista. Você ter um emprego é muito bom porque você tem aquela garantia que você pode sair para ganhar um neném, que pode acontecer alguma coisa e você está ali recebendo e hoje na atual situação no Brasil, acho que você ter um emprego é muito bom.* (Dentista E2)

**Quadro 2.** Principais características diferenciadoras do trabalho público e do trabalho privado de saúde bucal como campos sociais distintos, segundo os odontólogos entrevistados, Bahia, 2003.

Campo público da saúde	Campo privado da saúde
Ganho estável	Ganho variável
Ganhos modestos	“Possibilidade” de melhores ganhos
Previsibilidade dos ganhos	Imprevisibilidade dos ganhos
Estabilidade	Risco
Ter ‘perfil’, gostar do serviço público, altruísmo	Ter especialidade, ser competente e <i>conceituado</i> na área, ter prestígio
Missão/ sacrifício pessoal/ renúncia	Leis de mercado/ competência para se manter no mesmo
Atenção à população pobre	Atenção à população que <i>pode</i> pagar
Prática ampla, dirigida a grupos	Prática restrita a ‘quatro paredes’
Ações educativas fora do consultório odontológico e comunitárias	Ações educativas individuais em consultório odontológico
É factível a ação coletiva	Apenas é possível a ação individual
Descontrole sobre o tratamento	Garantia de final do tratamento (controle sobre o mesmo)
Não há plano do tratamento	Pode-se construir um plano de tratamento
Sem tempo para garantir maior atenção ao paciente	Com tempo disponível para dar atenção ao paciente
Alternativas tecnológicas básicas (restaurações, extrações e limpeza)	Acesso a outras tecnologias (clareamento, prótese adesiva, reabilitação oral)
Procedimentos básicos	Maior gama de procedimentos
Material básico e de pior qualidade	Material de <i>melhor qualidade</i>

A opção pelo campo público é por vezes claramente explicitada como resultado do insucesso parcial no campo privado:

*Durante esses treze anos, eu fiz congressos, curso de estética, eu fiz curso de endodontia, mas depois eu fui perdendo um pouco o entusiasmo porque eu estava vendo que o retorno não era [...] a gente começa a perder um pouco a empolgação porque você não vê um retorno. Hoje a área de saúde está muito difícil, de você trabalhar, de você investir. Você investe muito alto para depois você ter pouco retorno e isso desanima porque você também tem outras prioridades [...] mas estou fazendo aperfeiçoamento em Ortodontia [...]* (Dentista E2)

Ao mesmo tempo em que evidenciam e destacam sua qualificação e especialização, revelam recusa e desqualificação do campo privado para justificar sua opção pelo público e as razões de seu relativo insucesso profissional. Nesse sentido, este outro agente fez curso de aperfeiçoamento de Prótese sobre Implante, Reabilitação Oral e afirma:

*Eu não faço nada (de Prótese sobre implante, reabilitação) aqui no município E porque [...] as pessoas vão ao seu consultório e não têm dinheiro [...] porque eu estou desgastada com a profissão e eu não vou entrar nessa briga de correr atrás de cinco reais, de trinta reais a ponto de destruir tudo [...] eu acho que quando a gente forma, a gente tem outra imagem do que é a vida profissional e depois que quando você se forma, você vê que o sistema é nojento, é uma prostituição e está cada dia pior; a Ortodontia que é elite, virou prostituição, agora a ponto do pessoal dar panfleto [...] não adianta ficar com essa tecnologia de ponta, só pouquíssimos poderiam atender Xuxa e Antônio Ermírio e o resto ficar ganhando sete reais por uma restauração por um plano de saúde.* (Dentista E3)

No discurso dos agentes, está a motivação econômica para o investimento na qualificação para o setor privado de sua prática. Contudo, pode-se constatar que essa não é a única. Há outras leis que regem o campo privado da saúde, não conscientemente compreendidas pelos agentes, mas que os fazem se mover no campo e tomar determinadas decisões.

*[...] (O trabalho público) é uma renúncia, não deixa de ser uma renúncia, [...] eu sempre tive aquele anseio de atuar socialmente para acrescentar algo positivo nos seres humanos [...] E para a gente, para o odontólogo é muito complicado porque existe uma cobrança muito grande da comunidade, uma cobrança íntima da gente mesmo de estar sempre atualizado e de ser especialista*

*em algo e eu me vejo com dez anos de formada, atuando numa área difícilíssima que é a endodontia, uma área cara e que não é tão rentável [...] Eu fico naquela de ver meu futuro profissional, meu futuro financeiro, a questão de adquirir o básico, casa própria, essas coisas e me manter atualizada [...] nesse momento, estou fazendo especialização em endodontia que pago com o que ganho aqui [...]* (Dentista C4)

Dentro do conjunto de possibilidades de inserção no mercado de trabalho odontológico, cujo campo está fortemente marcado pela valorização da especialização como possibilidade de garantir melhores vantagens econômicas, a prática clínica odontológica não especializada pode ser caracterizada como aquela onde a possibilidade de altos rendimentos é mais baixa. Contudo, quando exercida na atenção primária do setor público de saúde, pode significar maior segurança laboral. Ou seja, há que supor outras motivações que não somente aquelas de base econômica para a permanência nesse setor. Pode ser uma opção associada à menor renda, mas com ritmo de trabalho mais estável e previsível, no qual se pode exercer a *dupla militância*. Nessa perspectiva, os entrevistados identificam a existência de um perfil adequado para o trabalho no PSF.

*O campo público, com o advento do Programa de Saúde da Família, passou a possibilitar para esses profissionais uma maior renda, e talvez por isso, tem havido maior cobrança de horário, o que tem provocado insatisfação entre os agentes. Historicamente, esse setor foi marcado por menores possibilidades de ganho, mas uma maior flexibilidade de horários, portanto compensatória, com menos horas efetivamente trabalhadas. Há uma transição no campo que tem gerado conflitos importantes:*

*O que eu sinto que a Secretaria de Saúde está em cima do dentista, particularmente no PSF, há uma cobrança muito grande e isso é uma queixa geral, a gente se encontra e ninguém suporta mais aquela cobrança de você chegar oito, oito e dez já estão ligando para saber se você chegou à comunidade e, às vezes, você está numa escola, você atrasa para pegar um material que está faltando [...] a Secretaria liga, você não está na unidade [...] Porque eu acho particularmente o programa perfeito, a gente não consegue andar porque a gente não tem assim [...] nem dentro da equipe você consegue caminhar muito porque o perfil das pessoas, eu acho que as pessoas deveriam ser selecionadas com mais perfil para PSF.* (Dentista C2)

As qualidades consideradas essenciais para cumprir com os requisitos desse *perfil* profissional, todavia, não estão muito claras, ainda que

haja indícios de que se aproximem da imagem dos médicos sanitaristas<sup>20</sup>, ou seja, a idéia de sacrifício pessoal, renúncia, missão e ação “desinteressada” como valores considerados essenciais para o desempenho da função na odontologia pública, sem o qual não se poderia suportar o peso e sacrifício de tal trabalho. Essa ação “desinteressada” ou “recusa do interesse econômico” está muito próxima da imagem de um campo cuja lei fundamental é o *servir ao público*. o campo burocrático, onde os agentes sacrificam seus próprios interesses pelo público<sup>19</sup>. Há uma vocação simpática ao trabalho missionário junto à população pobre sem a qual não se poderia *suportar* tal trabalho. Esta característica pode ser considerada uma característica do campo público da saúde, diferentemente do setor privado, onde a regra é a lei de mercado. Porém, na análise dos subcampos, cabe identificar o que está em jogo nos mesmos e o que é objeto de lutas ou de disputa. Ou seja, no campo público, o “desinteresse” ou o “não interesse econômico” é valorizado<sup>16,19</sup>, porém os agentes revelam uma disputa entre as lógicas distintas dos dois subcampos. Há todo um movimento no sentido de migrar do subcampo público para o subcampo privado. Isso corresponde à idéia de *progresso profissional*, de qualificação constante, melhoria gradual e constante através de especializações ou atualizações, idéia hegemônica na área odontológica que o prepararia para estar apto à livre concorrência no mundo do trabalho, marcado pela alta competitividade e baixa demanda na prática liberal, contingenciada atualmente no Brasil pelas dificuldades econômicas da população para a qual oferecem seus serviços (Quadro 2). Essa realidade tem produzido dificuldades de ingresso no mercado privado e, assim, o trabalho no setor público passa a ser uma boa alternativa, ainda que provisória:

*Depois que eu estou lá como coordenadora no município E, o número de currículos e de propostas é de você não acreditar mesmo! Qualquer coisa serve! Tudo vale a pena para estar trabalhando aqui. O maior número de currículos enviados para a secretaria é de dentistas. É um número muito grande, então fica difícil cobrar alguma coisa (aumento salarial) do secretário.* (Dentista E4, coordenadora de odontologia município E).

Em verdade, o que está em jogo, em disputa no subcampo privado, é o domínio da competência técnica medido pela quantidade de cursos de especialização ou aperfeiçoamento realizados. Tal discurso parece supor que, além da base econômica, há regras do campo que movem os agen-

tes ao interior do mesmo, podendo a busca incessante da “especialização” clínica, que faz parte do *habitus* do subcampo, ser mobilizadora das práticas dos agentes. Na maioria dos casos, a *oportunidade* de seleção ou concurso foi a razão mais freqüente de ingresso no setor público e não uma escolha pessoal, na medida em que a abertura do mercado de trabalho nessa área tem sido um amortecedor para o desemprego no setor odontológico. Há o risco de que a prática pública incorpore o caráter marcadamente liberal e individual, característico da prática odontológica, considerada *a última das profissões liberais* e se constitua apenas numa necessidade de ampliação do mercado de trabalho para o setor e não numa crítica teórica às práticas curativas e de especialização hegemônicas<sup>5</sup> na medida em que se observou uma insatisfação de alguns profissionais com sua prática pública já que se sentiam limitados pelo não acesso às novas tecnologias “reparadoras”, como coroas, prótese removível e próteses fixas (Dentista C2, Dentista E3), caracterizadoras do subcampo privado da saúde bucal (Quadro 2).

Pode-se considerar a odontologia como um subcampo da saúde, com inserção tanto no âmbito público como naquele privado, influenciado pelas lógicas que regem o campo privado, mas também, em menor grau, por alguns componentes do campo público, o que muitas vezes pode apresentar uma incoerência ou ambigüidade entre os discursos e as práticas, mas que pode, provavelmente, estar refletindo apenas os diferentes espaços onde os indivíduos se situam e as tradições oriundas da dupla militância.

Uma aparente contradição pode, em verdade, significar um comportamento consistente com a lógica definidora das práticas em um campo particular. Para se caracterizar um total pertencimento a um campo, os indivíduos devem estar inseridos no jogo daquele campo e devem se movimentar de acordo com as regras que regem tal jogo, mesmo que pareça *irracional do ponto de vista econômico*, mas perfeitamente explicado dentro do campo a qual esse indivíduo está inscrito, pois há um fenômeno denominado *illusio*<sup>19</sup>, que significa estar preso ao jogo, levá-lo a sério, morrer e viver por ele, somente compreendido por aqueles que desse jogo fazem parte.

Foram identificados três tipos de agentes nas entrevistas: o primeiro, do profissional que se situa ao interior do campo público como opção e racionaliza essa escolha através de um mecanismo denominado por Bourdieu de “transformação de necessidades em virtudes”<sup>18</sup>, na medi-

da em que o desinteresse pelo econômico é recompensado ao interior do campo (Dentista E4); o segundo, onde o profissional ainda revela um desejo de pertencer ao campo privado, apesar de “gostar da saúde pública” (Dentista C1, C3, C4, C5); e o terceiro é o profissional que não só revela o desejo de pertencer ao campo privado como de fato pertence, e o campo público é visto como uma complementação, como o “fixo” (Dentista E1, E3, C2, E2). Dessa maneira, a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados não se considera completamente inserido no campo público da saúde. Mesmo no caso do primeiro grupo, o agente mantém o consultório para parecer permanecer ao interior do campo privado odontológico, para parecer *jogar o jogo*.

***Eu trabalho os dois turnos no serviço público, o consultório eu só mantenho mesmo, atendo minha irmã, uma colega dela sem cobrar [...] hoje eu pago para manter o consultório, eu pago, 17:30 -19:00 esse horário num consultório [...] Inclusive meu pai que montou tudo, então eu não podia desmontar, aí eu fechei e ficava mantendo aquilo ali até para que ele fosse aceitando [...] hoje ele já aceita, ele já sabe que é uma opção, é uma questão de opção e eu acredito nisso, no perfil de quem trabalha no serviço público, é uma questão de opção mesmo porque não dá para ficar rico com o serviço público.*** (Dentista E4)

Verificou-se interação entre os subcampos (o subcampo público, onde há um domínio de saberes da saúde coletiva e o campo da odontologia privada). Contudo, a lógica dominante do campo privado influencia a prática e as percepções dos agentes, o que pode limitar a prática pública. Chama a atenção, por exemplo, que o valor para um bom profissional no campo privado da saúde é a especialidade ou *competência*, enquanto no campo público, é o *perfil*, este termo indefinível, vago e abstrato, que pode corresponder a um *habitus* de campo que possa se harmonizar com as exigências do campo público da saúde, mas que pode significar tantas qualidades quantas forem interessantes aos agentes, não importando as outras habilidades e competências específicas necessárias a esse campo de saberes, obtidas através de boa formação profissional. Em outras palavras, não “basta ter perfil” para o profissional estar no campo público, mas, na prática, tem sido a única *qualidade* exigida pelos gestores.

Boa parte da lógica dominante observada em ambos os subcampos, como a idéia altruísta no subcampo público e a idéia de ganhos econômicos no subcampo privado, foi também identifi-

cada em estudo sobre o sistema de saúde do Reino Unido<sup>9,12</sup>. Nesse país, estudo de Calnan *et al.*<sup>9</sup> identificou, numa tipologia sobre o sistema de saúde inglês, três tipos de dentistas: a) o dentista com concepções orientadas pelos interesses do paciente, mais próximo do campo público, onde o altruísmo é dominante, b) o dentista orientado para o mercado e c) o dentista orientado para a técnica. Neste último, a principal fonte de satisfação no trabalho é o emprego de técnicas restauradoras especializadas e sofisticadas. Ainda que o sistema de saúde na Inglaterra seja predominantemente público, pode-se observar que, mesmo entre aqueles do primeiro grupo, com prática mista, observou-se um conflito entre manter a identidade profissional vinculada a altos ganhos econômicos e os aspectos éticos e ideológicos na construção do sistema público inglês, também identificado no presente estudo no que se refere à construção do Sistema Único de Saúde brasileiro.

#### **Origem social, perfil profissional e as práticas de saúde: a mediação necessária do componente político e de gestão**

A maioria dos agentes entrevistados apresentou uma trajetória social ascendente, que correspondeu a uma maior escolaridade quando comparada com aquela alcançada pelos seus pais na geração anterior (Quadro 3). Verificou-se, nesse caso, ascensão social no que diz respeito ao capital cultural acumulado e ao título obtido. Contudo, do ponto de vista do capital global, pode não ter havido mudança, ou seja, possivelmente, a remuneração percebida por ambos os pais ou por um deles, dada sua inserção profissional como comerciantes ou fazendeiros, pode ser maior que aquela percebida pelos filhos como dentistas no mercado de trabalho.

Além da análise da trajetória individual para a compreensão das práticas, é necessário analisar a trajetória coletiva do campo profissional a qual esse indivíduo pertence, que em muito influencia os padrões atuais das práticas. Nesse caso, a odontologia sempre foi caracterizada como uma profissão dominada pela prática individual, marcadamente liberal, cujo objetivo era principalmente restaurar dentes com cáries, eliminá-los ou substituir aqueles com grandes perdas. Este modo de fazer, *saber operante*<sup>29</sup>, historicamente construído, definiu um modelo de prática odontológica baseado no paradigma biomédico, o que também ocorreu com outras profis-

**Quadro 3.** Características dos cirurgiões-dentistas relacionadas à trajetória social, capital econômico e escolar dos seus pais em dois municípios da Bahia, 2003.

Dentista	Maior escolaridade dos pais (pai/mãe)	Profissão principal dos pais (pai/mãe)	Trajетória escolar <sup>1</sup>
C1	Segundo grau/segundo grau	Comerciante/professora do estado	Ascendente
C2	Primeiro grau/segundo grau	Comerciante/comerciante	Ascendente
C3	Segundo grau completo ambos	Professor/professora do estado	Ascendente
C4	Segundo grau/primeiro grau	Transporte/dona de casa	Ascendente
C5	Primeiro grau incompleto ambos	Bancário/ dona de casa	Ascendente
E1	Superior/superior	Bancário/ professora do estado	Estável
E2	Superior/superior	Advogado/ advogado	Estável
E3	Superior/segundo grau	médico/funcionalismo público	Estável
E4	Segundo grau/segundo grau	Político/ artista plástico	Ascendente

<sup>1</sup>Considera-se trajetória ascendente aquele que alcançou escolaridade maior que seus pais, estável aqueles que mantiveram a escolaridade da geração imediatamente anterior e descendente aquele que alcançou escolaridade inferior aos seus pais.

sões do campo da saúde como a Medicina. Talvez, isso explique em parte as dificuldades para mudança nas práticas sanitárias no setor público, na medida em que se reconhece que os agentes das práticas foram formados num modelo individual do paradigma biomédico que não tem sido capaz de produzir respostas aos problemas de saúde dos indivíduos, mas que encontrou campo fértil para desenvolver-se no campo privado da saúde, centrado no controle de danos, ainda que a ampliação do controle de riscos através da fluoretação das águas tenha sido implementada e beneficiado toda a população. No espaço das práticas de saúde, predominam as leis do sub-campo privado: ação individual sobre danos, restrito às “quatro paredes” (Quadro 2)

Embora haja um espaço de posições sociais próximas referentes ao campo profissional, há diferenças de origem e trajetória social que influenciam na constituição do *habitus* no sentido de Bourdieu<sup>18,19</sup>. Esses *habitus* mediados pela situação local da gestão, podem corresponder a diferentes práticas de saúde bucal no campo público. Nesse sentido, chama a atenção que os Dentistas C1, C3 (no município C) e E1 (no município E) apresentam uma origem social relativamente semelhante: filhos de pais com vínculos no funcionalismo público na área de educação, o que poderia significar maior identidade com o campo público da saúde. Essa disposição presente nos Dentistas C1 e C3 foi reforçada pelas características da gestão da saúde naquele município. Além disso, a formação na área de saúde

pública também apareceu como um componente potencializador desse *habitus*. O que foi diferente do Dentista E1. Este, ainda que com algumas tentativas de incorporação de novas práticas ao campo a qual estava habituado, como não foi mediado pela boa gestão da saúde no município onde trabalhava, não foi capaz de produzir mudanças nas mesmas (Figura 1). Observou-se apenas a manutenção das práticas hegemônicas ao campo ao qual está vinculado e identificado:

*Eu tinha sentado com as enfermeiras e decidido é [...] separávamos um dia para poder fazer palestra com as gestantes e com o pessoal, hipertensos, então um dia na semana tinha essas palestras, por falta de material, por falta de material didático mesmo [...] funcionou durante um seis meses [...] e tinha um dia na semana também que a gente fazia visita nas casas [...] eu sentia que ficava muito de mão e pé amarrados porque a gente chegava à casa das pessoas sem material nenhum para poder incentivar a questão da prevenção ou da higiene, então você às vezes chegava numa casa com a mulher, o marido, a mãe e doze filhos e uma escova de dente só, então como é que você ensina escovação para uma família assim? [...]* (Dentista E1)

### Modelo de prática e padrão tecnológico

As características da organização do processo de trabalho relacionadas com o cuidado à saúde têm sido apontadas, por alguns autores, como fundamentais para o entendimento dos limites da

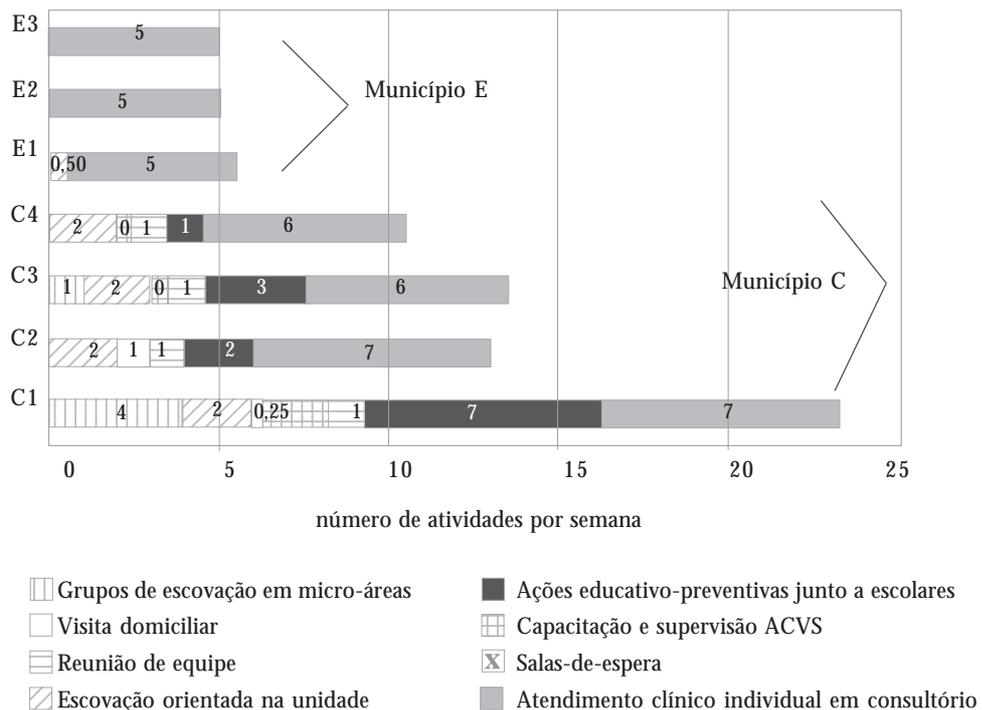
Reforma Sanitária Brasileira no que se refere à mudança dos modelos assistenciais dominantes e do quadro epidemiológico do país<sup>21,23,29</sup>. Esta é considerada uma temática relevante no campo da saúde coletiva<sup>30</sup> e, no campo da odontologia, tal temática tem sido considerada fundamental<sup>31</sup>. Estudos têm se debruçado sobre o perfil profissional<sup>32,33</sup> e características dos cirurgiões-dentistas, especialmente do sexo feminino<sup>28</sup>. Contudo, novos estudos são necessários sobre as implicações do perfil e características dos profissionais na organização dos seus processos de trabalho<sup>34</sup>. Nesse estudo, em particular, observou-se um padrão tecnológico referente ao processo de trabalho no município C caracterizado por uma articulação entre as atividades clínicas individuais, coletivas, preventivas e de planejamento (Figura 1). Enquanto que no município E, as atividades clínicas em consultório eram predominantes (Figura 1).

A indução promovida pelos gestores relacionada à mudança do modelo só aparece como

bem-sucedida nos casos onde o *habitus* do profissional tinha incorporado disposições que valorizavam o público. Quando isso não ocorria, o maior valor dado à prática clínica individual predominava. Assim, ao interior do município C, por exemplo, ainda que com “homogeneidade” das práticas relatadas (Figura 1), houve diferenças sobre a compreensão do uso das mesmas. Enquanto a Dentista C1 sente-se mais recompensada pelo trabalho, no sentido de resultados percebidos palpáveis, a Dentista C2 mostra-se desmotivada e insatisfeita com seu trabalho.

[...] *Na verdade, eu acho que a gente ainda está naquela preocupação de que vem para aqui, faz o que tem que ser feito dentro do horário, o que dá para ser feito, recebe o salário no final do mês, mas o resultado disso tudo em nível de comunidade, de resultado, para melhorar, eu acho que está muito longe, para o coletivo, está muito longe de resolver. Então, a minha experiência pública aqui é muito aquém do que eu imaginava que poderia ser feito.* (Dentista C2)

**Figura 1.** Práticas desenvolvidas numa semana típica de trabalho em número de vezes, relatadas pelos cirurgiões-dentistas numa semana típica de trabalho nos municípios C (n=4) e E (n=3), Bahia, 2003.



As razões para essa insatisfação poderiam estar no conflito entre as leis dos subcampos na medida em que a não possibilidade de funcionamento do subcampo público segundo as regras do subcampo privado (acesso às tecnologias de ultra-especialização, por exemplo), produziria sentimentos de incapacidade e impotência, sem superação.

Já no caso da Dentista C1, seu trabalho comunitário se tornou uma atividade por ela concebida como de maior sentido porque tem sido articulado com a prática clínica individual. Houve sentido e intencionalidade da integração das ações individuais e coletivas, onde a assistência individual está integrada ao conjunto das demais atividades orientadas para o comunitário, diferentemente da Dentista C2, que assume suas práticas como realizadas mais pelo papel indutor do nível central da gestão, como produção de procedimentos ou atividades, não compreendendo a finalidade dos mesmos. Não haveria, portanto, um sentimento de *valor de uso* do seu trabalho, constituindo-se apenas num *valor de troca* no sentido marxista do termo, num processo alienante no mesmo.

*[...] No serviço público, eu comecei a trabalhar de uma forma bastante diferente do que eu fazia antes no consultório apesar de sempre considerar isso uma coisa super importante, a gente sempre trabalha no consultório a nível individual, conversando, orientando o paciente e no serviço público, não, a gente começa a trabalhar com a perspectiva muito nova para mim, começar a trabalhar com grupos, a trabalhar [...] ir para escola, sair do consultório, sair das quatro paredes e ir lá para fora, começar a trabalhar com a comunidade, fazer oficinas, entrar na sala de aula, trabalhar com aqueles adolescentes, é uma experiência bastante diferente daquilo que eu estava acostumada a fazer; anteriormente só em nível de consultório particular [...] e por outro lado também, eu acho que eu aprendi muito trabalhando em saúde pública, hoje eu me considero uma profissional, cresci como profissional e como pessoa. Me considero diferente depois desse período de três anos trabalhando no PSE.* (Dentista C1)

Apesar disso, observou-se entre outros profissionais a influência de algumas práticas do subcampo privado sobre o subcampo público da saúde: o abandono de atividades de caráter coletivo/preventivo em função da pressão das demais atividades clínicas individuais em consultório (Dentista C4, C3), evidenciando que as últimas têm sido consideradas mais nobres, indica que prevalece aquela não orientada para o coletivo

(Dentista E1, E2). Tal fato pode estar nas dificuldades da organização do processo de trabalho, aliado à demanda reprimida da população, especialmente adulta. Outra possível explicação estaria no *habitus* ligado ao subcampo privado, tendo em vista que o mesmo funciona como um conjunto de disposições inconscientes que movimentam os agentes a tomar determinadas decisões e optarem por esta ou aquela prática. Determinadas escolhas são compreensíveis na medida em que seria normal para o *campo* uma maior ênfase em atividades profissionais mais relacionadas com a própria identidade profissional.

*Porque a gente sabe se não cuidar da criança agora vai ficar pior. Então a gente sabe que a parte preventiva ela tem que vir mais firme [...], mas a gente sabe também da necessidade de tratamento muito grande e a população nos cobra realmente muito nesse sentido. Então, a gente fica quase que em cima do muro na necessidade de pensar a prevenção e resolver o problema da cárie e a necessidade da população.* (Dentista C5)

Poder-se-ia supor que estas narrativas dão conta de um conflito permanente entre *prevenção e cura* ou *necessidades reais de saúde versus demandas de saúde da população*. Há, de fato, uma expectativa da população de que o atendimento individual aconteça e com resolutividade.

Esse é um falso dilema. O atendimento em coletivos, como os grupos, é tão importante quanto o atendimento individual. No caso da saúde bucal, o atendimento individual de qualidade pode ser parte de uma estratégia de saúde coletiva, tão importante quanto os grupos de escovação ou educativos, porém uma consulta individual pode ser mais eficaz em alguns casos que uma consulta em grupo, pois o grupo potencializa a aprendizagem em algumas circunstâncias, porém não em todas, haja vista a resistência e vergonha dos adultos na realização da escovação quando são ensinados como se fossem crianças (Dentista C2, C3).

A mudança no modelo assistencial requer, portanto, uma mudança na estrutura da oferta de serviços. Tendo em vista as demandas reprimidas pela população para a atenção odontológica, não se pode substituir um modelo por outro, buscando garantir práticas preventivas com oferta organizada de ações reparadoras.

## Considerações finais

A incorporação dos cirurgiões-dentistas entrevistados ao campo público da saúde parece incipi-

ente e relacionada menos com a formação profissional e com a trajetória social do que com a existência de uma situação de governo e de gestão favoráveis à reorganização das práticas assistenciais na direção de um novo modelo assistencial.

Esse *habitus* do campo público aparece sob a forma de um “perfil” para o trabalho no campo público, se materializa na dominância de práticas educativas e preventivas voltadas para grupos, especialmente escolares, e também influencia a própria prática clínica individual de consultório.

A lógica dominante do campo privado odontológico está presente em diversos momentos e se revela tanto nas práticas como nas aspirações

dos profissionais. A influência dos campos a qual pertencem sobre a prática dos sujeitos parece estar condicionada pelo jogo de forças estabelecidas ao interior de um campo e entre os mesmos. Ainda que o subcampo público da saúde tenha influenciado as práticas do subcampo privado da saúde, produzindo mudanças importantes nas atividades dos agentes, quando sustentados por uma gestão local da saúde comprometida com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira; a força do subcampo privado de origem é ainda superior, o que exige um esforço extra para a manutenção das mudanças requeridas na prática profissional para sua maior efetividade.

## Colaboradores

SCL Chaves elaborou a pergunta de investigação, realizou a coleta de dados, analisou e interpretou os resultados, elaborou o artigo. LM Viera da Silva contribuiu na construção teórico-metodológica da investigação, colaborou na análise e interpretação dos achados e revisou o texto final. Foi a orientadora da tese de doutorado *Atenção à saúde bucal, a descentralização e o espaço social*, defendida por SCL Chaves no Instituto de Saúde Coletiva /UFBA, em 2005, da qual o presente artigo fez parte.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Investimento em saúde bucal passa de 84 milhões para 238 milhões em 2004*. Brasília: MS; 2004.
2. Conselho Federal de Odontologia. *Perfil do cirurgião-dentista do Brasil*. Disponível em: www.cfo.org.br/download/pdf/perfil\_CD.pdf
3. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru-USP entre os anos de 1996 e 2000. *Journal Appl. Oral Sci* 2003; 11(4):283-289.
4. Unfer B, Saliba O. O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. *Rev Bras Odo S Col* 2001; 2(2):45-51.
5. Zanetti CHG. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. Anais Universitários. *Série Ciências Sociais e Humanas* 1999; 1(6).
6. Correia J. Um mercado cada vez mais difícil. *Jornal APCD* 2000; 5(520):26-7.
7. Soria ML, Bordin R, Costa Filho LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1551-1559.
8. Falcão AFP, Silva CAL. O mercado dos planos de saúde. *Jornal do Conselho Regional de Odontologia da Bahia* 2003; maio/jul; p. 7.
9. Calnan M, Silvester S, Manley G, Taylor A, Gooby P. Doing business in the NHS: exploring dentists' decisions to practice in the public and private sectors. *Sociology of Health & Illness* 2000; 22(6):742-64.
10. Grembowski D, Fiset L, Milgrom P, Forrester K, Spadafora A. Factors influencing the appropriateness of restorative dental treatment: An epidemiological perspective. *Journal of Public Health Dentistry* 1997; 57(1):19-30.
11. Hancock M, Calnan M, Manley G. Private or NHS General Dental Service care in the United Kingdom? A study of public perceptions and experiences. *Journal Public Health Medicine* 1999; 21(4):415-420.
12. Lynch M, Calnan M. The changing public/private mix in dentistry in the UK – a supply-side perspective. *Health Economics* 2003; 12(4):309-321.
13. Helminen SE, Verkalahti M, Lammi R, Ketomaki TM, Murtomaa H. Dentists' decisions as to mode to preventive treatment in adolescents and young adults in Finland. *Com Dent. Oral Epid* 1999 16(4):250-255.
14. van der Sanden WJM *et al*. Clinical practice guideline in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care. *Quality & Safety in Health Care* 2003; 12(2):107-111.
15. Watt R *et al*. The facilitating factors and barriers influencing change in dental practice in a sample of English general dental practitioners. *B Dent J* 2004; 197(8):485-489.
16. Bourdieu P. Estruturas, habitus e práticas. In: Bourdieu P, organizador. *Esboço de uma teoria da Prática*. São Paulo: Editora Ática; 1992. p. 60-81.
17. Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
18. Bourdieu P. *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus; 1979.
19. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Editora Papirus; 1996.
20. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades de saúde. *Cad CE-FOR* 1992; texto 1.
21. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde; características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
22. Vieira da Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde no Brasil: estudo de cinco casos exemplares na Bahia. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2):355-370.
23. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ; Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.
24. Teixeira CF, Paim JS, Villasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Paim JS, organizador. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS; 2002. p. 23-57.
25. Richards T, Richards L. QRS NUD\*IST [computer program]. Version 3.0. London: SAGE; 1995.
26. Bourdieu P. *A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: EDUSP; 1996.
27. Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. The work patterns of male and female dental practitioners in the United Kingdom. *Int Dent J* 2000; 50(2):61-68.
28. Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba - SP. *J App. Oral Sci* 2003; 11(4):301-305.
29. Schraiber LB, Peduzzi MSA, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev C S Col* 1999; 4(2):221-261.
30. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a prática da saúde coletiva. *Rev C S Col* 2001; 6(1):7-19.
31. Araújo YP, Dimenstein M. Structure and organization of the work of dentists in the Family Health Program of some Municipal Districts of Rio Grande do Norte (Brazil). *Rev C S Col* 2006; 11(1):219-227.
32. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru- USP entre os anos de 1996 e 2000. *J. Appl. Oral Sci* 2003; 11(4): 283-289.
33. Gushi LL, Wada RS, Sousa MLR. Perfil profissional dos CDs formados pela FOB no período de 1960-1997. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2004; 58(1):19-23.
34. Souza DS *et al*. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Odo S Col* 2001; 2(2):7-29.

Artigo apresentado em 25/01/2005

Aprovado em 26/10/2006

Versão final apresentada em 26/10/2006

---

**Anexo 1. ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA CIRURGIÃO-DENTISTA**

---

**PERFIL PROFISSIONAL**

1. Fale-me um pouco sobre sua trajetória profissional. Tempo de formação, idade.
2. Por que escolheu a Odontologia como profissão? Qual a profissão dos seus pais?
3. Tem algum curso de aperfeiçoamento ou especialização?
4. Fez curso de pós-graduação na área de saúde coletiva ou afim?
5. Realizou algum tipo de trabalho comunitário extracurricular ou monitorias na área de preventiva e social ou afins? No currículo da graduação, teve experiências com práticas coletivas?
6. Você possui outros vínculos profissionais. Fale-me sobre esses vínculos. Quais as diferenças e semelhanças entre eles?

**PERCEPÇÃO SOBRE O TRABALHO**

7. Considera seu trabalho efetivo e gosta de desenvolver trabalhos comunitários?
8. Sente-se razoavelmente preparado do ponto de vista do conteúdo teórico para o desenvolvimento das atividades?

**NÍVEL CENTRAL**

9. Fale-me sobre sua relação com o nível central e coordenação
10. Nível central promove oficinas regulares de capacitação dos profissionais sobre temáticas de interesse para o trabalho?
11. Qual a frequência dessas atividades?
12. Há suporte material e instrumental para desenvolvimento das atividades?

**PRÁTICAS DESENVOLVIDAS**

13. Fale-me sobre sua semana típica de trabalho (incluindo a prática pública e as demais).

**PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO**

14. Há planejamento em equipe das atividades e avaliação sistemática do planejamento realizado?
15. Fale-me como isso é realizado.

**DESLOCAMENTO DOS DANOS PARA OS RISCOS**

16. Há identificação de grupos de risco a partir de outros indicadores familiares ou locais?
17. São desenvolvidas ações preventivo-educativas junto a grupos específicos priorizados?

**PRÁTICAS EDUCATIVAS E PREVENTIVAS**

18. Fale-me sobre as ações educativas que desenvolve.
19. A temática da saúde bucal está inserida nos grupos educativos ou salas-de-espera? Ações preventivas são apenas junto a escolares? Há outros grupos?
20. Como são desenvolvidas as ações educativas a indivíduos isoladamente?
21. Como você escolhe os métodos preventivos a serem aplicados?
22. Na sua opinião, o desenvolvimento de ações educativas é capaz de reduzir a incidência de cáries?
23. Como as pessoas reagem aos programas educativos? Conte algumas de suas experiências.

**ATIVIDADES JUNTO AOS ACS**

24. Os ACS foram capacitados e treinados para atuação junto às micro-áreas?
25. Há supervisão periódica das ações de saúde bucal desenvolvidas pelos ACS?
26. Há planejamento de atividades educativas e restauradoras em conjunto com os ACS?

**PRÁTICAS CLÍNICAS**

27. Há higiene bucal supervisionada e uso de métodos preventivos com flúor antes ou após os procedimentos restauradores e cirúrgicos?
28. Há orientação profissional sobre os métodos preventivos no momento da consulta odontológica no atendimento clínico?
29. Qual a frequência desses procedimentos?
30. Fale-me sobre alguns casos que lhe chamaram a atenção.

**PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NA FAMÍLIA**

31. São realizadas visitas domiciliares?
  32. As visitas domiciliares são realizadas a partir de critérios de risco comuns ou às doenças bucais como reforço das práticas de autocuidado? Cite alguns exemplos.
  33. Para finalizar, gostaria de ouvir sua opinião sobre sua prática pública. Em que ela difere da prática privada? Dificuldades e facilidades.
-