



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Sonia Mara Soares

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO CAMPO DE
TRABALHO PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS: ESTUDO DE
CASO NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Florianópolis

2016

SONIA MARA SOARES

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO CAMPO DE
TRABALHO PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS: ESTUDO DE
CASO NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri

Coorientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Soares, Sonia Mara

O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para cirurgiões-dentistas : estudo de caso no estado de Santa Catarina / Sonia Mara Soares ; orientadora, Daniela Lemos Carcereri ; coorientador, Samuel Jorge Moysés. - Florianópolis, SC, 2016.

285 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Recursos Humanos em Odontologia. 4. Educação em Odontologia. 5. Mercado de Trabalho. I. Carcereri, Daniela Lemos. II. Moysés, Samuel Jorge. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título.

SONIA MARA SOARES

**O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO CAMPO DE
TRABALHO PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS: ESTUDO DE
CASO NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutora em Odontologia”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 15 de fevereiro de 2016.

Prof.^a Dr.^a Izabel Cristina Santos Almeida
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Daniela Lemos Carcereri
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Coorientador
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof.^a Dr.^a Simone Tetu Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Mário Uriarte Neto
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Luiz Carlos Machado Miguel
Universidade da Região de Joinville

Prof. Dr. Márcio Cristiano de Souza Rastelli
Universidade Regional de Blumenau

Este trabalho é dedicado aos meus colegas que acreditam no Sistema Único de Saúde e realizam suas funções com dedicação e comprometimento.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desses anos, muitas pessoas contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Não sendo viável nomeá-las todas, há, no entanto, algumas a quem não posso deixar de manifestar o meu apreço e agradecimento sincero.

Agradeço em primeiro lugar a **Deus**, pelo dom da vida, por permitir trilhar os melhores caminhos com as melhores pessoas.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri**, por poder sempre contar com seu entusiasmo, com sua alegria e com a sua palavra amiga, de reconhecimento e de incentivo a cada momento. Defensora do SUS, sempre apoiou o projeto, desde a sua concepção, demonstrando a importância do tema para a categoria. Injeções de ânimo eram dadas a cada orientação.

Ao meu coorientador, **Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés**, por suas reflexões, suporte e generosidade em compartilhar seu conhecimento sobre o tema.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** por proporcionar a minha inserção no ensino da Odontologia e aprimoramento profissional.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia** que me aceitou como parte do corpo discente desde o mestrado. E a **Ana Maria Vieira Frandolozo**, pela dedicação, carinho e competência na realização do seu trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pelo financiamento dos meus estudos nos dois primeiros anos do doutorado.

Aos professores doutores, **João Carlos Caetano, Ana Lúcia Shaefer Ferreira de Mello, Simone Tetu Moysés, Marcos Azeredo Furquim Werneck**, membros da banca de qualificação do projeto desta tese, pelas contribuições valiosas para a realização da mesma.

Aos professores doutores membros da banca de defesa, **Samuel Jorge Moysés, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Simone Tetu Moysés, Luiz Carlos Machado Miguel, Márcio Cristiano de Souza Rastelli, Mário Uriarte Neto, Ana Lúcia Shaefer Ferreira de Mello**, por aceitarem o convite para avaliar a tese e pelas contribuições advindas de suas expertises.

Aos coordenadores das Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina, **Lídia Morales Justino** (UNIVALI), **Luiz Carlos Machado Miguel** (UNIVILLE), **Márcio Cristiano de Souza Rastelli** (FURB), **Renan Antônio Ceretta** (UNESC), **Andréa Gallon** (UNOESC), **Diogo**

Alexander de Oliveira (UNOCHAPECO), **Daniela Lemos Carcereri** (UFSC), pelo apoio na coleta dos dados junto aos acadêmicos.

Aos estudantes de Odontologia que dedicaram um momento para refletir sobre a inserção do SUS na sua formação, respondendo os questionários que contribuíram para o conhecimento do perfil dos futuros egressos.

À UNIVALI, pela oportunidade de contribuir e aprender sobre a formação para o SUS por meio da preceptoria.

Aos colegas da Estratégia Saúde da Família Bairro dos Estados de Balneário Camboriú, especialmente pela coordenação da enfermeira **Adriana dos Santos Correa Valério**, por demonstrar que é possível realizar um atendimento de qualidade no SUS por meio do comprometimento com o trabalho e com os usuários.

Aos colegas de doutorado, pela vivência e compartilhamento de experiências.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Interdisciplinaridade e Saúde** (GIS) pela reflexão e debates entre as diversas áreas de atuação na saúde.

Aos **Professores** do Programa de Pós-Graduação, pelo conhecimento compartilhado.

E, finalmente, aos familiares e amigos que deram todo apoio e suporte durante todo o processo.

“Se amanhã você quiser ser um grande profissional,
comece hoje sendo um grande aprendiz”.
(Inácio Dantas)

RESUMO

Os postos de trabalho para os cirurgiões-dentistas tiveram um grande acréscimo no setor público com a inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo deste estudo foi conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto campo de trabalho para o cirurgião-dentista (CD). Primeiramente, foram identificadas e categorizadas as evidências científicas indexadas em bases de dados bibliográficas acerca da temática por meio da revisão integrativa. Do processo de análise, categorização e síntese emergiram 3 *Dimensões Temáticas*: formação de recursos humanos (n=28 estudos); gestão de recursos humanos (n=23); mercado de trabalho (n=23). Para avaliar a seleção pública, foram analisados editais publicados entre 2005 e 2015 por municípios catarinenses. Foram localizados 627 editais com um total de 1.040 vagas para CD clínico geral; 39,71% das vagas se destinavam à ESF. O salário médio foi de R\$ 4.362,23, registrou-se discrepâncias salariais entre os municípios, e, em geral, declínio da média salarial a partir de 2012. Por fim, o perfil dos acadêmicos do último ano de Instituições de Ensino Superior de Odontologia de Santa Catarina foi caracterizado. Os dados foram coletados com aplicação de um questionário contendo 9 competências essenciais para a formação em Odontologia. Foram avaliados 3 quesitos: o grau de valorização das competências essenciais para o trabalho do CD no SUS, o grau de capacitação para o desempenho das referidas competências e as necessidades de treinamento para desenvolvimento das competências. Para comparação entre competências de cada quesito foi utilizada a metodologia ANOVA One-Way. Observou-se que a maioria dos estudantes tem entre 21 e 24 anos (69%) e são do sexo feminino (77%). Em relação às aspirações futuras para o exercício da profissão, a grande maioria (72,5%) relata o desejo de trabalhar tanto no setor público quanto no privado. Em relação aos motivos que levariam o acadêmico a optar pela inserção no setor público, 47,40% relatam que seria pela estabilidade financeira e 39,80% pelo ganho de experiência profissional. Houve predominância dos graus intermediários nos três quesitos avaliados. Para orientar gestores, estudantes e profissionais a respeito do processo de contratação de CD no SUS, foi formulado um manual de orientações que aborda as etapas fundamentais da seleção pública. De acordo com os estudos da revisão integrativa, conclui-se que há uma tentativa de efetuar a aproximação da formação odontológica e da gestão dos profissionais às necessidades dos usuários e dos serviços públicos de saúde. Com a crescente oportunidade de trabalho no SUS, observa-se

uma tendência de assalariamento do CD, mudando o perfil que outrora fora autônomo. Em relação à seleção pública, pode-se projetar uma média de 62,7 editais com 104 vagas por ano. Portanto, o mercado de trabalho no SUS para CD em Santa Catarina não é capaz de absorver os profissionais disponíveis, uma vez que o número de vagas ainda é insuficiente para atender a oferta. E, após 13 anos da publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, poucas mudanças foram observadas a respeito do perfil dos acadêmicos bem como do grau de avaliação das competências essenciais para o SUS. Conclui-se que o SUS vem se tornando um campo de trabalho almejado por um grande número de profissionais e que a inserção nesse sistema tem se tornado cada vez mais concorrida. Os avanços na formação não foram registrados nas manifestações dos estudantes concluintes do Curso de Graduação em Odontologia de Santa Catarina. Novas pesquisas serão necessárias para analisar as causas das resistências às mudanças no perfil profissional do CD.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Recursos Humanos em Odontologia; Mercado de Trabalho; Educação em Odontologia; Estudantes de Odontologia; Odontologia em Saúde Pública.

ABSTRACT

The jobs for dentists had a large increase in the public sector with the inclusion of oral health teams in the Family Health Strategy (FHS). The aim of this study was to know the Unified Health System (SUS) as a working field for the dental surgeon (DS). Firstly, were identified and categorized the scientific evidence indexed in bibliographic databases on the theme through integrative review. From the process of analysis, categorization and synthesis emerged 3 thematic dimensions: human resources training (n = 28 studies); human resource management (n = 23); labor market (n = 23). To assess the public selection were analyzed notices published between 2005 and 2015 for municipalities of Santa Catarina. They were located 627 notices with a total of 1.040 job openings for DS general practitioner; 39.71% of the available positions were for the FHS. The average salary was R\$ 4,362.23; registered wage discrepancies between the municipalities, and an overall a decline in the average wage from 2012. Finally, the profile of the dental students of the final year of Higher Education Institutions of Santa Catarina was characterized. Data were collected by applying a questionnaire with 9 essential core competencies for graduation in Dentistry. Three items were evaluated: the degree of enhancement of core competencies for the DS work in the SUS; the degree of qualification for the performance of those competencies; and training needs for competencies development. For comparison, between skills of each item was used the methodology ANOVA One-Way. It was observed that most students had between 21 and 24 years (69%) and were female (77%). Regarding future aspirations for the professional practice, the vast majority (72.5%) reported a desire to work either in the public sector or the private. Regarding the reasons that led the students to opt for inclusion in the public sector, 47.40% reported that they would be for financial stability and 39.80% for the acquisition of professional experience. There was a predominance of intermediate degrees in three items evaluated. To guide managers, students and professionals about the DS hiring process in the SUS, it was drafted a manual of guidelines that addresses the basic stages of public selection. According to the studies of the integrative review, it is concluded that there is an attempt to make the approach of dental education with the management of professionals towards the needs of users and public health services. With the growing job opportunities in the SUS, there is a DS wage tendency of changing the profile that had once been autonomous. Regarding the public selection, can be projected an average of 62.7 notices with 104 job openings per

year. Therefore, the labor market in the SUS to DS, in Santa Catarina, is not able to absorb the available professionals, since the number of jobs openings is still insufficient to meet the offer. And, after 13 years of publication of the new National Curriculum Guidelines, few changes were observed regarding the profile of academics as well as the degree of assessment of core competencies for the SUS. It is concluded that the SUS is becoming a desired field of work by a large number of professionals and the insertion in this system has become increasingly crowded. Advances in training have not been recorded in the demonstrations of the graduating students of the Undergraduate Course in Dentistry of Santa Catarina. Further research is needed to analyze the causes of resistance to change in the DS profile.

Keywords: Unified Health System; Dental Staff; Job Market; Education, Dental; Students, Dental; Public Health Dentistry

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição proporcional da população segundo macrorregião de saúde, Santa Catarina, 2010.....	77
Figura 2 - Distribuição da população, por sexo, segundo grupos de idade, Santa Catarina, 2010.....	78
Figura 3 – Relação entre os objetivos, a metodologia e os resultados.....	80
Figura 4 – Componentes da revisão integrativa.....	81
Figura 5 – Principais características das competências estudadas.....	86
ARTIGO 1	
Figura 1 – Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa.....	96
Figura 2 – Dimensões temáticas que emergiram da revisão integrativa.....	97
Figura 3 – Estudos sobre o SUS enquanto campo de trabalho para cirurgiões-dentistas, segundo abordagem.....	124
ARTIGO 2	
Figura 1 – Média salarial em reais de acordo com o ano para as vagas de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina.....	149
Figura 2 – Média salarial e desvio padrão em reais de acordo com o ano para as vagas de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina.....	150
Figura 3 – Média salarial para cirurgiões-dentistas de acordo com as regiões de Santa Catarina entre 2005 e 2015.....	152
ARTIGO 3	
Figura 1 – Principais características das nove competências estudadas.....	168

Figura 2 – Aspirações dos acadêmicos de Odontologia de Santa Catarina quanto ao exercício profissional futuro.....172

Figura 3 – Inter-relação entre as competências e quesitos avaliados e respectivos valores médios.....173

Figura 4 – Comparação entre instituições privadas (ou comunitárias) e pública referentes aos quesitos estudados.....174

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Distribuição regional de cirurgiões-dentistas de Santa Catarina.....78
- Quadro 2** – Relação das Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina com curso de graduação em Odontologia 79
- Quadro 3** – Parâmetros para análise dos editais 83
- Quadro 4** – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo utilizado para ajuste salarial de acordo com o ano do edital para cirurgião-dentista no SUS..... 85
- Quadro 5** – Sumarização do algoritmo proposto por Pereira (1999) ... 88

ARTIGO 1

- Quadro 1** – Consolidação da Revisão Integrativa – Dimensão temática – Formação de cirurgiões-dentistas..... 98
- Quadro 2** – Consolidação da Revisão Integrativa – Dimensão temática – Gestão de recursos humanos 107
- Quadro 3** – Consolidação da Revisão Integrativa – Dimensão temática – Mercado de Trabalho..... 116
- Quadro 4** – Panorama síntese dos principais resultados da Revisão Integrativa..... 124

ARTIGO 2

- Quadro 1** - Índice Nacional de Preços ao Consumidos Amplo utilizado para ajuste salarial de acordo com o ano do edital para cirurgião-dentista no SUS 146

ARTIGO 3

- Quadro 1** – Sumarização do algoritmo proposto por Pereira (1999) . 169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parâmetros para a revisão integrativa.....82

ARTIGO 2

Tabela 1 - Relação entre os tipos de vagas para cirurgiões-dentistas e o conteúdo programático das provas incluindo o SUS 147

Tabela 2 - Distribuição dos regimes jurídicos empregados para contratar cirurgiões-dentistas em Santa Catarina entre 2005 a 2015 148

Tabela 3 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo dos salários para cirurgiões-dentistas de Santa Catarina entre os anos de 2005 e 2015 149

Tabela 4 - Número de editais lançados para seleção pública de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina com número mínimo e máximo de vagas, média e desvio padrão 151

ARTIGO 3

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa das informações do perfil dos acadêmicos do último ano das Faculdades de Odontologia de Santa Catarina..... 171

Tabela 2 - Média dos valores dos quesitos para cada competência.... 172

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACD – Atendente de Consultório Dentário
APS – Atenção Primária em Saúde
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CD – Cirurgião-Dentista
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal
CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos e/ou Obturados
CRO – Conselho Regional de Odontologia
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
EPSM – Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Instituição de Ensino Superior
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NHS – National Health Service
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
Pet-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico de Higiene Dental
TSB – Técnico em Saúde Bucal
TST – Tribunal Superior do Trabalho
UBS – Unidade Básica de Saúde
VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
£ - Libra Esterlina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
2 OBJETIVOS.....	34
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos.....	34
3 EMBASAMENTO TEÓRICO.....	35
3.1 Gestão de recursos humanos no setor público.....	35
3.1.1 Panorama internacional.....	45
3.2 Odontologia e políticas públicas no Brasil.....	52
3.3 Formação de recursos humanos.....	62
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	77
4.1 Local e fonte de dados.....	77
4.2 Fluxograma Objetivo/Metodologia/Resultado.....	79
4.3 Revisão Integrativa.....	81
4.4 Análise da Seleção Pública.....	83
4.5 Inserção do SUS na Formação Acadêmica.....	85
5 RESULTADOS.....	90
4.1 Artigo 1.....	91
4.2 Artigo 2.....	141
4.3 Artigo 3.....	162
4.4 Manual de Orientações.....	186
6 CONCLUSÃO.....	237
REFERÊNCIAS.....	243
APÊNDICES.....	270
ANEXOS.....	282

1 INTRODUÇÃO

A profissão odontológica vem passando por uma série de transformações em seu campo de trabalho. Ao longo do século XX, o modelo liberal e mercantilista se tornou predominante, caracterizando a “idade de ouro” da Odontologia para um amplo segmento da profissão, que sustentou e reproduziu essa ideologia ocupacional. Após o final dos anos 1980, a profissão passou por modificações mais acentuadas, e a prática liberal foi dando lugar a outras atividades (PINHEIRO et al., 2011).

Na esfera pública, a assistência odontológica surgiu pela necessidade de ofertar serviços gratuitos de urgência à população de baixa renda. Todavia, esse setor possuía um papel secundário tanto para a formação quanto para o exercício profissional. Mas esta visão foi se reestruturando, uma vez que a profissão passou a enfrentar uma realidade de precarização do mercado de trabalho, revelada pela ampliação de planos e seguros de saúde privados, pela formação de uma camada profissional assalariada, especialmente na modalidade de clínicas *populares*, e pela incorporação de uma intersubjetividade individual-narcisista e concorrencial (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015). Também contribuíram para enfraquecer o setor privado as mudanças pela demanda por serviços de saúde, acentuadas com a crise da previdência nos anos de 1970 e início dos anos 1980, com uma crescente massa de desempregados, a expansão dos cursos de Odontologia com conseqüente aumento no número de vagas bem como a reforma sanitária, que acabou culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, o que vem se observando é uma saturação do campo de trabalho no setor privado, principalmente nos grandes centros urbanos, onde há um desequilíbrio entre oferta e procura (ou melhor, condições efetivas de acesso por parte da população) ao atendimento odontológico. Nota-se uma mudança no modelo liberal e mercantilista para o assalariamento, especialmente no setor público. Muitos profissionais veem o serviço público como uma espécie de porto seguro diante das questões desafiadoras e problemáticas postas pelo setor privado, com garantia de salário e emprego estável (SANTOS et al., 2006).

Os empregos gerados pelo SUS representam uma grande oportunidade de trabalho para os diversos profissionais de saúde. O sistema é o principal empregador do país, contratando 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos cirurgiões-dentistas, 11% dos

farmacêuticos e 10% dos psicólogos (ALMEIDA-FILHO, 2011). A ampliação do número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) vem contribuindo para o crescimento das vagas. De dezembro de 2002 a dezembro de 2009, a ampliação das equipes chegou a 345,5%. De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, foram investidos no *Brasil Sorridente* até o ano de 2005 cerca de R\$ 1,2 bilhão. Em 2006, os recursos para esta política chegaram a R\$ 535,2 milhões e em 2007 foram investidos cerca de R\$ 640 milhões. Entre 2007 e 2010 os investimentos chegaram a mais de R\$ 2 bilhões (PUCCA; LUCENA; CAWAHISA, 2010). Neste sentido, a ESF, pela dimensão e pelas características do emprego gerado, pode ser incluída no rol das políticas governamentais, com grande potencial de impacto no campo de trabalho (GIRARDI; CARVALHO, 2003).

Em Santa Catarina, a inserção da saúde bucal na ESF teve início em 2001 e, ao final do mesmo ano, já havia 162 equipes, atingindo 10,3% da população. Em 2008, o número de equipes aumentou para 770, com 39,3% de cobertura, passando para 41% em 2009, presentes em 274 municípios catarinenses. A maior cobertura em saúde bucal estava no Extremo Oeste (64,9% em 2008 e 69,5% em 2009), seguida do Planalto Serrano (57,7% em 2008 e 60,6% em 2009) e Meio Oeste (55,5% em 2008 e 56,7% em 2009). Desde 2009, 15 anos após a implantação, Santa Catarina se tornou o primeiro estado do país a contar com a ESF em todos os municípios, embora a saúde bucal contasse com apenas 41% de cobertura estadual (PANIZZI; SANTOS, 2010).

Para ingressar no SUS são utilizados diversos meios de recrutamento, porém a Constituição de 1988 determinou a obrigatoriedade universal do concurso público para fins de provimento dos cargos em todas as instituições da administração pública. Há outros meios legais de ingresso no SUS, tais como a contratação por tempo determinado e os cargos comissionados. Apesar disso, não raro é observado o ingresso dos cirurgiões-dentistas sem processo seletivo, sendo definido por relações de favoritismo e nepotismo. Esse fato evidencia que a seleção é realizada de forma precária, comprometendo a consolidação da estratégia, a criação do vínculo com o serviço, além de interferir no compromisso do profissional com a comunidade (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010).

O SUS é o sistema de saúde vigente no país, estando em permanente construção, sendo o papel dos diferentes profissionais que nele atuam de fundamental importância para sua consolidação. Além disso, alguns de seus princípios doutrinários e organizativos necessitam sair do campo teórico para o campo de ação com a imprescindível

mudança de um sistema excludente, desigual e de escassos recursos para um que propõe a universalidade, a integralidade e a equidade.

No contexto atual, observa-se que o processo de trabalho desejado no serviço público é diferenciado em relação àquele vivenciado em serviços privados. Na esfera pública, além das habilidades clínicas centradas no indivíduo e no seu contexto familiar e social, são necessárias habilidades para realização de ações em âmbito coletivo, envolvendo planejamento, acompanhamento e avaliação, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, além de identificar necessidades e expectativas da população em relação à saúde. Ademais, os cirurgiões-dentistas têm a responsabilidade de advogar políticas públicas saudáveis, auxiliando na capacitação das pessoas pela busca de sua qualidade de vida e da coletividade (MOYSES, 2008).

Para que a mudança do modelo assistencial do SUS realmente ocorra, são necessários profissionais que assumam posturas e práticas profundamente distintas das vigentes. Vale a pena ressaltar que os serviços de saúde representam uma importante estratégia na melhoria das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem cirurgiões-dentistas com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, equilibrando prevenção e cura, além de adotar procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Os recursos humanos constituem um dos requisitos fundamentais para que o sistema vigente garanta serviços de saúde de alta qualidade. Sem profissionais capacitados, os sistemas de saúde são incapazes de fornecer serviços básicos, como prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento dos pacientes. Por isso, os gestores e planejadores de saúde necessitam de precisas informações sobre tamanho, composição e conjunto de habilidades necessárias para o bom desempenho da força de trabalho na saúde pública com a finalidade de selecionar adequadamente os futuros trabalhadores (SPERO; McQUIDE; MATTE, 2011).

As informações sobre o número de profissionais de saúde podem ser encontradas em registros administrativos, como a Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). Além desses, é possível utilizar o Censo Demográfico, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária e a Pesquisa Mensal de Emprego. No entanto, os dados devem ser refinados, pois correspondem aos profissionais habilitados ao exercício, não discriminando os que

atuam ou não diretamente na prestação de cuidados em serviços de saúde (GIRARDI; MAAS, 2011).

Outro ponto importante é caracterizar adequadamente o cargo do concurso, descrevendo o conjunto de atribuições e as competências necessárias, as quais devem ser suficientemente amplas, possibilitando a evolução ao longo da carreira. É relevante também apresentar uma estrutura de progressão, incentivando o desenvolvimento do servidor. Vale a pena ressaltar que a contratação é uma das estratégias principais para atingir o perfil ideal, tanto quantitativo quanto qualitativo, dos novos funcionários, sendo necessária a sua realização de forma bastante precisa. Nesse sentido, a política de capacitação ou educação permanente é um fator essencial no processo de busca do perfil adequado (MARCONI, 2005).

A estabilidade é outra questão fundamental para os profissionais do setor saúde. Recrutar, reter e desenvolver os recursos humanos é um dos principais objetivos da gestão de pessoas, uma vez que a alta rotatividade afeta negativamente o acesso e o nível de qualidade dos cuidados de saúde a serem prestados (BUCHAN, 2010).

As relações de trabalho deveriam ser reguladas intensamente no setor público, tendo por referência a norma constitucional e documentos legais específicos. Porém, o déficit de regulação se expressou como uma incapacidade de o Estado fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público, proliferando diversos tipos de contratos de trabalho. Dessa forma, é expressamente irregular todo vínculo de trabalho sem concurso ou seleção de natureza pública (NOGUEIRA, 2006), exceto os casos de contratação temporária e os cargos comissionados.

A noção de trabalho precário vem ganhando proeminência e o termo tem sido usado para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais do emprego. A precariedade do trabalho está relacionada à situação de desproteção social do trabalho, desprovido de certos direitos e benefícios, como a licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria, dentre outros. A precariedade também é caracterizada pela extensão temporal dos contratos, com contratos de curta duração, criando um sentimento de instabilidade no trabalhador. No entanto, existem direitos consagrados na Constituição que se aplicam a todo trabalhador, tanto do setor público quanto do privado. Dessa forma, o Estado, como empregador, deveria garantir a seus empregados esses direitos adquiridos (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Para planejar e implementar políticas relativas à força de trabalho é fundamental conhecer os dados da oferta e da demanda de

postos de trabalho, assim como entender a sua dinâmica cotidiana – como a força de trabalho é recrutada, como é contratada e dispensada, como é remunerada e em que base. Os dados da oferta correspondem ao número de pessoas disponíveis para o trabalho, procurando ativamente se ocuparem num determinado momento. Já os dados da demanda correspondem ao número de postos ou posições de trabalho disponíveis (ocupados e vacantes) por área geográfica em um ponto do tempo (GIRARDI; MAAS, 2011).

Para buscar respostas aos desafios referentes aos recursos humanos em saúde, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o intuito de implementar uma política de valorização do trabalho no SUS, bem como formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. A criação desta secretaria aproximou estrategicamente a saúde e a educação (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em relação à formação do cirurgião-dentista, o objetivo do curso de Odontologia é preparar o futuro profissional para exercer um papel de interferência na situação da saúde bucal da população brasileira, com caráter social, refletindo uma preocupação com a comunidade. Porém, diante da formação voltada para o setor privado, há uma procura por cursos de aperfeiçoamento e especialização na área da saúde da família, para conseguir melhorar o desempenho em concursos e processos seletivos em expansão (EMMERICH; CASTIEL, 2009). Em um contexto de elevado desemprego, a concorrência se acirra não só na classe de trabalhadores de menor qualificação, mas também com os de elevada titulação (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

A prática odontológica científica encontra um desafio em termos de abrangência, necessitando aprimorar seu trabalho para superar o problema da exclusão social, valorizando o público e o coletivo e enfrentando o desafio de superar a dicotomia entre “formação geral e formação específica”. Ainda que a clínica possa suprir as necessidades individuais com propriedade técnica reconhecida, é possível perceber uma distância entre a formação odontológica e a perspectiva de universalização da saúde bucal (SILVEIRA; GARCIA, 2015).

Para superar concepções antigas, é preciso preparar os cirurgiões-dentistas para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do exercício da profissão. Essa preparação deve partir de uma mudança na formação odontológica, não apenas alterando grades disciplinares em currículos estacionados, mas realizando uma intensa revisão de projetos

pedagógicos que sejam mais dinâmicos, críticos, flexíveis e interdisciplinares (MOYSÉS, 2004).

Não há dúvida de que o resultado de anos de formação profissional incoerente com o serviço público pode resultar em prejuízos para as práticas integrais de atenção, com queda na qualidade dos serviços de saúde, bem como incompatibilidade dos serviços oferecidos com as reais necessidades da população brasileira (MORITA; HADDAD; ARAÚJO 2010; SOUZA; CARCERERI, 2011).

Para contemplar a reorientação na formação, mudanças vêm ocorrendo no ensino de profissionais da saúde por meio de parcerias entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), com a sinalização de alterações na formação em saúde em direção ao SUS.

Em 2002 ocorreu a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino de graduação, com uma construção sobre o papel do cirurgião-dentista na saúde coletiva, denotando ser fundamental o estabelecimento de uma relação entre o ensino e o serviço para complementar alguns hiatos na formação desses profissionais para o SUS. As novas diretrizes apontam para a necessidade de ter como perfil de seus egressos “o cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico”. Para alcançar esse novo perfil são elencadas algumas competências: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (CARCERERI et al., 2011).

Entre 2003 e 2004 é lançado o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que reconhecia o sistema como um espaço de ensino aprendizagem. O AprenderSUS, em 2004, teve importante papel no debate em torno da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança na formação profissional (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 2005 é instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), incentivando a integração do ensino ao serviço público, formando profissionais que atendam às necessidades da população em busca do fortalecimento do SUS (COELHO et al., 2011). Para isso, amplia a duração da prática educacional nos serviços, voltando as atenções a uma formação que leva em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população. Articula com o sistema por meio de ações de promoção da saúde e

prevenção de agravos e busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e os fatores da ordem social.

Em 2007 surge o Programa de Educação pelo Trabalho (Pet-Saúde), fortalecendo ainda mais a parceria entre o MEC e o MS. A qualificação dos formandos se consolida por meio de vivências, estágios e iniciação ao trabalho na rede de serviços. Destaca a importância das necessidades dos serviços como objeto de pesquisa e fonte de conhecimento. Defende a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, constitui grupos de aprendizagem tutorial, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica. Com o programa é possível observar um aprendizado mútuo entre acadêmicos, preceptores, coordenação e tutoria, caracterizando um instrumento de educação permanente, com aperfeiçoamento em serviço, de acordo com as necessidades do SUS (LEITE et al., 2012).

Todos esses programas federais foram estruturados tendo a saúde como eixo orientador, visando transformar o acadêmico em um profissional capaz de interferir na realidade do indivíduo e da comunidade. Além disso, a demanda social por profissionais com valores éticos e implicados com a transformação da sociedade tem norteado as universidades a repensarem o perfil dos seus egressos.

Considerando o exposto acima, o objetivo do estudo foi conhecer o SUS enquanto campo de trabalho para o cirurgião-dentista, identificando e categorizando as evidências científicas acerca da temática, analisando a seleção pública no estado de Santa Catarina, identificando a inserção do sistema na formação acadêmica e produzindo um manual de orientações com os conceitos básicos para a execução de concursos públicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) de Santa Catarina enquanto campo de trabalho para cirurgiões-dentistas.

2.2 Objetivos Específicos

1. Compilar e categorizar as evidências científicas acerca do SUS como campo de trabalho para o cirurgião-dentista;
2. Analisar a seleção pública para cirurgiões-dentistas do SUS de Santa Catarina;
3. Identificar a inserção do SUS na formação do cirurgião-dentista;
4. Produzir um manual técnico de orientações a respeito da seleção pública

3 EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1 Gestão de recursos humanos no setor público

O exercício da Odontologia está pautado na Lei n.º 5.081 de 24 de setembro de 1966 (BRASIL, 1966) sendo a profissão inserida no processo de trabalho em saúde. O trabalho em saúde envolve uma direção técnica, congregando instrumentos e força de trabalho. Já a assistência à saúde se caracteriza por não ser igual ao trabalho executado na indústria, possuindo especificidade própria, não desempenhando sua prática sobre coisas ou objetos, mas sim sobre pessoas (NOGUEIRA, 1997).

A Classificação Brasileira de Profissões (CBO), documento normatizador do reconhecimento, nomeação e codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro, denota como ‘cirurgião-dentista’ aquele que:

“Atuam nas áreas de odontologia legal e saúde coletiva, dentística, prótese e prótese maxilofacial, odontopediatria e ortodontia, radiologia, patologia, estomatologia, periodontia, traumatologia bucomaxilofacial e implantodontia. Trabalham por conta própria ou como assalariados em clínicas particulares, cooperativas, empresas de atendimento odontológico e na administração pública. Exercem suas atividades individualmente e em equipe” (BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2002).

No final de 2013, a CBO 2232-93, correspondente ao cargo de “Cirurgião-Dentista da Estratégia Saúde da Família” passou a ter vigência, com o final de sua implantação em maio de 2014.

O campo de trabalho no setor odontológico é formado de acordo com alguns fatores, dentre os quais: a prestação de serviços; os padrões epidemiológicos, culturais e econômicos da população; o crescimento da oferta de mão-de-obra e a própria estrutura profissional. Está conformado pela organização das atividades em três setores básicos: liberal ou privado, público ou direto, e indireto ou privatizado. No setor liberal ou privado, o profissional e o paciente definem, sem intermediários, o tratamento a ser feito, o preço a ser cobrado e a

modalidade de pagamento. Existe uma clientela própria, geralmente de classe média a alta, que escolhe o profissional em consultório isolado próprio ou em parcerias com outros profissionais. É a modalidade de primazia dos cirurgiões-dentistas pelo fato de lhes permitir ampla liberdade de exercício profissional. No setor público ou direto, as atividades são realizadas em unidades pertencentes ao setor público, com predomínio de atendimento às pessoas de baixa renda e aos grupos considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico e social, permitindo o desenvolvimento de um plano de trabalho visando à melhoria das condições de saúde bucal da população. Já o setor indireto ou privatizado tem por essência a intermediação de um terceiro elemento entre o profissional e o paciente, podendo ser desde a previdência social ou outra agência pública até uma empresa privada que assume as responsabilidades administrativas e os riscos financeiros. Há similaridade com o setor liberal, uma vez que o profissional não sofre interferências externas sobre o que faz no consultório, contudo, está limitado aos tipos de serviços e aos preços previamente acordados com um terceiro elemento que, algumas vezes contrata o cirurgião-dentista para trabalhar como assalariado em uma agência intermediadora (PINTO, 2000).

O setor privado e o privatizado de serviços odontológicos, tanto no segmento do Sistema de Desembolso Direto como no segmento do Sistema de Saúde Suplementar, são orientados pelos princípios da eficiência e autonomia, e embasado no modelo neoliberal e biomédico. Os serviços públicos odontológicos se diferenciam por serem responsáveis por uma distribuição universal, equitativa e integral de bens essenciais à vida, como a saúde bucal (FINKLER et al., 2009). A característica básica da atividade do trabalho do cirurgião-dentista é que ela se assenta em bases técnicas biomédicas, tendo a clínica seu espaço privilegiado, fundada e dependente de ‘tecnologias duras’, contudo, mantém aspectos do trabalho artesanal. Em geral, o profissional faz a intervenção sobre partes adoecidas do corpo do paciente, tendo controle quase absoluto do seu processo de trabalho, planejando e executando as atividades “curativas” necessárias (GONSALVES; OLIVEIRA, 2009).

Mudanças aceleradas são observadas no mercado de trabalho odontológico. Uma digna de nota é em relação à feminização da profissão, considerando que, historicamente, era caracterizada como tipicamente masculina. Moysés (2004) relata que o comportamento da força de trabalho das mulheres na Odontologia brasileira tem apresentado crescimento em intensidade e em constância. Transformações ocorridas desde os anos 1970 são resultantes não

somente da necessidade econômica e das oportunidades ofertadas pelo mercado, mas também foi devido às mudanças socioculturais no Brasil. Em termos percentuais, há 40 anos a profissão poderia ser considerada eminentemente masculina, pois cerca de 90% dos profissionais eram do sexo masculino. Em 2008, cirurgiões-dentistas com inscrição principal ativa era maioria em 25 das 27 unidades federativas brasileiras, com exceções de Santa Catarina e Acre (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Em relação ao número de profissionais, na década de 1990, o Brasil concentrava 11% de todos os cirurgiões-dentistas em atividade no mundo, contudo, isso não significou melhorias das condições de saúde bucal dos brasileiros (NARVAI, 1999). Em 2010, o Brasil passou a concentrar aproximadamente 20% de todos os profissionais do mundo, embora distribuídos de uma maneira desigual pelo país (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Dados de janeiro de 2016 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) revelam que o país possui cadastrados 269.290 cirurgiões-dentistas.

O aumento da oferta de cursos de graduação em Odontologia também contribui para deixar o mercado de trabalho ainda mais vulnerável (ALMEIDA; ALVES; LEITE, 2010). Em de janeiro de 2016 o CFO relatava que o país possuía 218 cursos de graduação em Odontologia, sendo 11 em Santa Catarina. Em 2004, Gushi, Wada e Sousa consideraram o mercado de trabalho odontológico saturado pelo fato de haver mais de 12 mil recém-formados a cada ano, com um crescimento de 7%, enquanto a população crescia em torno de 2%. Além disso, os profissionais estão distribuídos de forma desequilibrada, com maiores concentrações em grandes centros urbanos. Relatam ainda que a concorrência desleal e antiética dos profissionais são fatores que prejudicam ainda mais o mercado (PARANHOS et al., 2009a). Dessa forma, não é possível culpar um único fator pela ‘crise’ no mercado de trabalho em Odontologia. Lazeris, Calvo e Regis Filho (2007) ainda colocam que a sempre atual crise da Odontologia no Brasil permite um viés mercadológico uma vez que se acredita que é uma crise de mercado. Insiste-se em correlacionar o número de escolas, ou número de cirurgiões-dentistas, ou até às necessidades de saúde bucal da população à crise da profissão. Segundo os autores, essa é uma maneira simplista de se analisar o problema.

O somatório da perda do prestígio social, da baixa remuneração, da escassez de empregos, das taxas de regulamentação profissional, os impostos e o mercado de trabalho cada vez mais competitivo são os fatores que refletem diretamente na diminuição do interesse dos

estudantes a ingressarem nos cursos de graduação em Odontologia (PARANHOS et al., 2009b).

Pinto (1996) afirma que “quando alguém se forma e não encontra o que fazer, tem um problema pessoal, que repercute apenas entre seus amigos e na sua família. Mas quando não apenas uma pessoa nem uma dúzia, mas turmas inteiras de diplomados se veem com reduzidas perspectivas de trabalho ao concluir o curso, como passou a ocorrer a partir dos anos 1990, a questão torna-se um problema de massa.” O excedente de força de trabalho odontológico pode levar o profissional a se submeter às condições insatisfatórias de trabalho com baixa remuneração. A Odontologia perde não apenas com o excessivo achatamento dos honorários, perde também com a fuga de jovens talentos da profissão (FABER, 2009).

Com as mudanças no campo de trabalho, a Odontologia tem acompanhado os movimentos e as transformações na estrutura e no funcionamento do SUS, provocando alterações importantes na forma como a profissão se organiza (MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011). Dessa forma, é possível que o cirurgião-dentista atue no SUS, na saúde suplementar e na assistência particular com desembolso direto, destacando uma busca acirrada por empregos no SUS pelo fato deste representar a possibilidade de emprego estável.

Com isso, muitos estudantes veem o serviço público como uma espécie de porto seguro diante das questões postas no setor privado. Esse fato é relatado no estudo de Matos e Tomita (2004) que mostrou uma inversão no perfil dos estudantes, destacando que anteriormente 80% dos alunos buscavam a clínica privada, porém, no período pesquisado, 80% manifestam o desejo de ingressar em um serviço público. Estudo realizado por Reibnitz Jr (2003) constatou que a principal razão para os cirurgiões-dentistas ingressarem no setor público foi o salário fixo, atingindo 97,4% dos entrevistados.

Nos últimos anos houve um sensível crescimento dos postos de trabalho no setor público para os profissionais de saúde bucal. Entre 1987 a 1992, os postos de trabalho para cirurgiões-dentistas cresceram 60%, enquanto no privado, 18%, sendo possível afirmar que houve uma clara mudança dos postos de trabalho entre o público e o privado (IPEA, 1999). Entre 2002 e 2009, o número de cirurgiões-dentistas ligados ao SUS cresceu 49%, passando de 40.205 para 59.958. Ainda entre o mesmo período, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.982, um aumento de 345,5%. As equipes atuavam em 4.117 municípios, o equivalente a 84,8% das cidades brasileiras. Os Centros de Especialidades Odontológicas cresceram 708% entre 2004 e 2009,

passando de 100 para 808 centros. Em Santa Catarina, de 1993 a 2001, dos 295 municípios do Estado, 245 contavam com a implantação da ESF (PANIZZII; SANTOS, 2010). Atualmente, está implantada em todos os municípios catarinenses, totalizando 1180 equipes de saúde da família, com 662 equipes de saúde bucal modalidade I e 44 na modalidade II. O serviço público ainda é apontado como oportunidade de primeiro emprego para vários profissionais, podendo atuar em tempo integral ou parcial (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). No entanto, apesar das inúmeras vagas criadas recentemente no setor público, estas ainda são insuficientes para atender a demanda da categoria, apenas amenizando a dificuldade de inserção no mercado de trabalho (PEREIRA, 2010).

Em 2004, o peso do setor público municipal destacou-se na oferta de vagas no setor saúde, superada apenas pelos estabelecimentos empresariais lucrativos. Os maiores índices de participação do setor público no emprego foram observados entre os dentistas (72,8%), médicos (66,6%) e assistentes sociais (61,6%) (GIRARDI et al., 2004).

Em 2001, dados projetados do estudo de Girardi e Carvalho (2003) mostravam que o Programa Saúde da Família contava com 3,8 mil postos para cirurgiões-dentistas, representando pouco mais de 2% do contingente de profissionais ativos. Os dados também revelaram que as prefeituras respondiam diretamente pela contratação da maior parte dos casos no Brasil (89,1%), chegando a 98,5% na região Centro-Oeste. No mesmo estudo, em relação ao vínculo empregatício, a região Sul apresentava 45% de vínculo estatutário para os cirurgiões-dentistas. Os salários praticados no período pelo programa para os profissionais foi menor que o segmento celetista do mercado para todas as regiões, com exceção do Nordeste.

Para contratar trabalhadores para cargos e empregos públicos, o Estado deve tornar as vagas acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, bem como aos estrangeiros conforme artigo 37 da Constituição. Além disso, é necessário lei geral para regulamentar o provimento dos cargos e uma autorização específica por parte do poder legislativo correspondente. Dessa forma, trabalho contratado de forma irregular no setor público é considerado trabalho irregular ou ilícito, ou seja, há um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Os regimes de trabalho adotados pela administração pública brasileira são o vínculo celetista, especial, cargos comissionados e estatutário. O vínculo celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foi introduzido na Constituição de 1988 pela Emenda

Constitucional n. 19, de 04/06/98, recebendo a denominação de emprego público. Surgiu com um ideal de maior flexibilidade, sendo adequado para vincular os trabalhadores que realizam serviços ‘não-típicos’ do Estado, incluindo os serviços de saúde. O vínculo especial rege os contratos por tempo determinado em função de excepcional interesse público, de acordo com a lei n. 8.745, de 09/12/1993. Já os cargos comissionados são livremente nomeados pelas autoridades para o exercício do cargo não efetivo. Os estatutários possuem a vantagem e os benefícios previstos na Constituição, na lei de instituição de seu regime e no Regime Previdenciário do Servidor Público. Para o regime especial e o cargo comissionado são assegurados os direitos de acordo com o Regime Geral de Previdência Social. Os empregados públicos têm seus direitos assegurados pelo que dispõe a CLT e o Regime Geral de Previdência Social (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

A partir de 1995, o Plano de Reforma Administrativa do Estado (BRASIL, 1995) estabeleceu novas normas jurídicas no setor público. Dentre o conjunto de medidas da reforma constitucional, destacam-se:

- demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho, avaliada pela chefia;
- demissibilidade do servidor por excesso de quadro na esfera de governo correspondente;
- incentivos à demissão voluntária através de planos específicos;
- criação e melhoria de carreiras do núcleo central de gestão do Estado;
- aprovação do vínculo de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com trabalhadores admitidos por meio de seleção pública;
- estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado admitido, com avaliação de desempenho como requisito para sua efetivação no cargo;

A Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) monitora o emprego na ESF desde o início da década de 2000. Um dos objetivos da EPSM é conhecer a qualidade do emprego, considerado fator determinante na atração e retenção dos profissionais contratados. Em 2007, a Estação constatou que cerca de 20 a 30% dos vínculos de trabalho eram precários, gerando insegurança, insatisfação e alta rotatividade, comprometendo a qualidade dos serviços.

Dentre os vínculos empregatícios ditos ‘precários’ encontra-se o contrato assalariado não regulamentado, o emprego por tempo

determinado, o trabalho em tempo parcial, a subcontratação, diversas formas de trabalho associativo, como o trabalho autônomo cooperado, o trabalho autônomo associado em redes, o trabalho informal, entre outros (CARVALHO et al., 2010).

Os direitos do trabalhador contratado de forma irregular podem ser arguidos em toda a sua extensão, como afirma a sentença do Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região/SC:

A contratação de servidor da administração pública sem o prévio concurso exigido pelo art. 37, inc. II, da Constituição Federal gera nulidade com efeitos *ex tunc*, sendo-lhe devidos apenas os salários *stricto sensu*. Esse é o entendimento do TST, consubstanciado no Enunciado nº 363 e na Orientação Jurisprudencial nº 85.

A Lei nº 8.429/92 baliza a responsabilidade civil do gestor público acerca da admissão de servidores e a não-observância não constitui crime, porém representa ato de improbidade administrativa, tendo o gestor que responder por ela perante instâncias jurídicas do Estado, podendo ser penalizado (BRASIL, 1992).

Para superar os desafios postos na implantação do SUS que aborda os princípios da universalidade e da equidade, o Ministério da Saúde impulsionou políticas para a construção de um novo modelo para a área de recursos humanos, permitindo adequar projetos às condições de emprego e de trabalho com a função social exercida pelo trabalhador da saúde. No documento *Desprecarização do Trabalho no SUS – Perguntas e Respostas*, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de implementação de uma política de valorização do trabalhador para reverter quadros como a ausência de direitos e benefícios trabalhistas que geram alta rotatividade dos trabalhadores, prejudicando a continuidade de programas de atenção à saúde da população. É um passo fundamental para promover a desprecarização e a consolidação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

No entanto, Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) afirmam que o vínculo de trabalho não pode passar de precário, com irregularidade administrativa, para uma situação com plenos direitos ao trabalhador por meio de proposta de desprecarização do trabalho na administração pública que corrija a irregularidade inicial. É impossível realizar essa passagem, uma vez que o reconhecimento jurídico da irregularidade na contratação leva ao reconhecimento na nulidade do vínculo.

As relações de trabalho deveriam ser reguladas intensamente no setor público, tendo por referência a norma constitucional e documentos legais específicos. Porém, o déficit de regulação se expressou como uma incapacidade de o Estado fazer cumprir os requisitos constitucionais de concurso público, proliferando diversos tipos de contratos de trabalho. Dessa forma, é expressamente irregular todo vínculo de trabalho sem concurso ou seleção de natureza pública (NOGUEIRA, 2006).

O ingresso dos cirurgiões-dentistas nas equipes da ESF algumas vezes ocorre sem processo seletivo, sendo definido por relações sociais e políticas. Esse fato constata que a seleção é realizada de forma precária, comprometendo a consolidação do programa, a criação do vínculo com o serviço, além de interferir no compromisso do profissional com a comunidade.

Já a contratação por meio de concursos é um processo frequente, contudo, não requerem do contratado conhecimentos específicos sobre o sistema em que atuará. Dessa forma, é habitual a seleção de profissionais com perfil inadequado, que procuraram o concurso apenas por interesse em complementar a renda, dedicando-se minimamente ao serviço (SOUSA; BEZERRA; MARQUES, 2003; SILVEIRA, 2004).

É importante ressaltar que uma boa política de recursos humanos deve delinear o perfil do candidato, favorecendo sua atuação de forma motivada e eficiente. Para isso, é necessário conhecer os principais objetivos e metas da organização, além de determinar o número necessário de servidores e sua alocação. Dentre os aspectos da política, Marconi (2005) destaca os seguintes:

- um recrutamento eficiente e rigoroso, para que as pessoas contratadas tenham o mesmo perfil desejado;
- uma estrutura de carreira (leia-se, desenvolvimento profissional) que estimule o servidor a buscar o aprimoramento de sua capacitação e desempenho, e que, ao mesmo tempo, permita aos gestores cobrar resultados. Para isso, é importante que: (1) as regras de progressão das carreiras estejam relacionadas ao desempenho, à capacitação e à possibilidade de assumir novas responsabilidades; e que (2) as diferenças salariais entre um nível e outro das carreiras sejam significativas, a ponto de estimular o servidor a perseguir sua progressão;
- uma estratégia de capacitação que possibilite o constante aprimoramento da força de trabalho, a fim de que tanto os

novos servidores a serem contratados como os atuais funcionários tenham o perfil desejado;

- uma estrutura de incentivos – remuneração, benefícios, prêmios (pecuniários ou não) – que estimule o servidor e reforce a possibilidade de cobrar um desempenho adequado;

Outro ponto importante da política de recursos humanos é caracterizar o cargo do concurso, descrevendo o conjunto de atribuições e as competências necessárias, as quais devem ser suficientemente amplas, possibilitando a evolução ao longo da carreira. É importante também apresentar uma estrutura de progressão da carreira, incentivando o desenvolvimento do servidor. A contratação é uma das estratégias principais para atingir o perfil ideal, tanto quantitativo quanto qualitativo, dos novos funcionários, sendo necessária a realização de forma muito precisa. Contudo, a política de capacitação é um fator essencial no processo de busca do perfil adequado (MARCONI, 2005).

A regularidade dos concursos também é necessária, pois, dessa forma, minimiza os hiatos entre as gerações de funcionários. Outro fator essencial é o encurtamento entre o prazo do início do concurso e a nomeação dos aprovados, aproveitando o candidato no momento em que suas expectativas estão direcionadas para o concurso em questão (MARCONI, 2005).

Em 2010, a Portaria n. 2169 (BRASIL, 2010) instituiu a Comissão Especial para elaboração de proposta de Carreiras do SUS, com vistas a buscar soluções para ausência de profissionais permanentes na atenção à saúde da população brasileira. Essa portaria leva em consideração a dificuldade apresentada por inúmeros municípios brasileiros em fixarem profissionais de saúde em seu território e que, em decorrência disso, expressiva parcela da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde, principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do País. No seu artigo 1º, Institui Comissão Especial para estudo e elaboração de proposta de Carreiras para o SUS abrangendo, inicialmente, os profissionais médicos, os cirurgiões-dentistas e os enfermeiros.

É importante ressaltar que a saúde bucal na ESF coloca-se em contradição ao modelo hegemônico curativo-reabilitador calcado em critérios clínicos e individuais. Como desafio para estas equipes tem-se a busca de novas bases e critérios, com incorporação de princípios norteadores de base populacional, oriundos do campo da saúde coletiva, tornando-os reais no cotidiano, com garantia de melhores serviços e maior acesso (MOYSÉS, 2008).

São essenciais os conhecimentos sobre saúde bucal coletiva, saberes que são específicos às peculiaridades dos que atuam em saúde da família e que são tão essenciais para o melhor desenvolvimento da estratégia quanto às habilidades clínicas. O desenvolvimento da consciência cidadã e ética em serviço ressaltam a construção de sistemas locais de saúde mais acessíveis e solidários. É necessária capacitação em saúde bucal coletiva para o desenvolvimento de ações que vão do planejamento em saúde à realização de investigações epidemiológicas locais (CRUZ et al., 2009). A saúde pública é suportada e contextualizada por práticas transformadoras que visam romper com o mercantilismo hegemônico, seguindo os princípios que levam ao fortalecimento da saúde bucal dentro do SUS (NASCIMENTO et al., 2009).

O planejamento dos recursos humanos é um importante fator para aqueles envolvidos em todos os níveis do cuidado bucal. A viabilidade de recursos em Odontologia vai influenciar a extensão, eficiência e efetividade dos serviços que são ofertados à população.

Segundo a Portaria n. 2.488 do Ministério da Saúde (2011), os cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família possuem as seguintes atribuições:

I realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);

VIII participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

3.1.1 Panorama internacional

Entender os fatores que estão associados com o recrutamento e a retenção dos cirurgiões-dentistas no setor público em diversos países é relevante, a fim de assegurar que o sistema seja capaz de lidar com a crescente demanda por seus serviços. A alta rotatividade de profissionais também gera um impacto negativo sobre o tratamento prestado, além de o serviço público perder profissionais com habilidades clínicas consolidadas. Com uma série de exceções, o salário fixo mensal é um dos principais atrativos em vários países, tanto para o recrutamento como para a retenção dos profissionais. No entanto, cirurgiões-dentistas assalariados vêm desempenhando um importante e crescente papel na prestação de serviços públicos odontológicos em muitos países, especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis. A seguir, será brevemente descrito o funcionamento do sistema público odontológico de países cujos dados foram encontrados na literatura.

- Austrália

O serviço público odontológico em toda a Austrália está enfrentando um grande desafio. De um lado há uma demanda crescente pelos serviços, e de outro, há uma escassez de força de trabalho, especialmente nas áreas rurais. Isso tem causado efeitos adversos sobre a prestação de serviços bem como um longo tempo de espera para o atendimento público. No estado da Victoria, apenas 10% dos cirurgiões-dentistas trabalham no setor público e o tempo médio de espera para o tratamento é de 17 meses (AUDITOR, 2002).

Dentre os fatores que contribuem para a dificuldade de contratação e retenção de cirurgiões-dentistas australianos no setor público estão: remuneração financeira, tratamentos disponíveis, falta de estrutura na carreira, autonomia limitada, grande carga horária, além da falta de respeito e reconhecimento profissional. As razões que levaram os dentistas do estado da Victoria a se inscreverem no setor público variam entre aquisição de experiência clínica, apoio de outros profissionais e a vontade de trabalhar em uma base comunitária. No entanto, em 2002 (AUDITOR) apenas 32,8% afirmaram intenção de continuar trabalhando no setor público. Os profissionais que afirmaram deixar o setor público em um futuro próximo relataram que a razão mais

importante é a má remuneração e a frustração com as políticas públicas. Embora muitos problemas enfrentados pelos cirurgiões-dentistas do estado da Victoria ser semelhantes em toda a Austrália, é preciso ressaltar que existem diferenças nas políticas e administração nos diferentes estados e territórios. Na Austrália, são observados muitos profissionais formados em outros países e estes, muitas vezes, trabalham no setor público. Os resultados do estudo de Hopcraft et al (2010) mostram que o recrutamento e a retenção dos cirurgiões-dentistas clínicos gerais e especialistas para o setor público são complexos. A maioria dos profissionais ingressou no setor público logo após a graduação, porém, um quarto deles trabalhou exclusivamente no setor privado antes de ingressar para o público. Portanto, é importante que a contratação na Austrália seja alvo de medidas não só para os egressos, mas também para os profissionais mais experientes que estão procurando uma mudança na carreira.

Em relação ao número absoluto de profissionais, a Austrália apresentou uma iminente escassez de cirurgiões. Uma projeção para o ano de 2020 revela que haverá uma escassez de profissionais com um aumento da demanda por serviços odontológicos. Entre 2005 e 2020, o número de profissionais aumentará 49,4%, no entanto, esse aumento não será suficiente para suprir a demanda pelos serviços, principalmente pelo fato dos australianos estarem envelhecendo e mantendo sua dentição natural. Além da escassez de profissionais, a Austrália enfrenta uma má distribuição dos cirurgiões-dentistas, concentrando-se principalmente nas regiões metropolitanas do país. Nas regiões rurais há uma situação ainda mais aguda: faltam muitos profissionais no setor público e uma alta rotatividade. Em relação à satisfação com o trabalho, os cirurgiões-dentistas do setor público relataram menor satisfação em comparação com o do setor privado. Profissionais do setor público também expressaram insatisfação com a remuneração. Enquanto um cirurgião-dentista no setor privado recebe, em média anual, US\$ 80.000,00, no setor público a remuneração cai para US\$ 53.000,00 anuais (LUZZI; SPENCER, 2010).

- Estados Unidos da América

O acesso aos tratamentos dentários nos Estados Unidos continua a ser um desafio para milhões de pessoas carentes. Um dos fatores que contribui para esse problema é a dificuldade no recrutamento e retenção de cirurgiões-dentistas no sistema público norte-americano. Por muitos anos, o governo federal tem tomado medidas para tornar o atendimento

odontológico mais disponível para pessoas de baixa renda, principalmente através do *Medicaid*, que atende mais de 40 milhões de pessoas de baixa renda. Também são atendidas cerca de 2 milhões de crianças através do State Children's Health Insurance Program (BOLIN; SHULMAN, 2005).

Entre 1986 e 2001 houve o fechamento de 7 faculdade de Odontologia americana. Em contrapartida, estima-se que 9 mil novos profissionais são necessários para tratar 35 milhões de pessoas de baixa renda por meio do serviço público. Se abrirem 10 novas faculdades entre 2002 e 2022, o acréscimo absoluto será de 8.233 cirurgiões-dentistas, sendo a minoria inserida no setor público. O recrutamento de novos cirurgiões-dentistas em áreas carentes torna-se cada vez mais desafiador nesse país. A Escola Arizona de Odontologia e Saúde Bucal tomou a iniciativa de aceitar alunos com forte compromisso ao serviço comunitário, expondo esses novos estudantes às necessidades de tratamento odontológico da comunidade. Como prova da eficácia dessa abordagem, um terço dos egressos de 2006 ingressou no setor público (GUTHRIE; VALACHOVIC; BROWN, 2009).

Os métodos utilizados pelo serviço público para recrutar os cirurgiões-dentistas são bem variados. Os diretores executivos informam que são utilizados anúncios em jornais, em revistas da área odontológica, publicação em faculdades de Odontologia, *displays* em feiras de emprego, anúncios em congressos e internet e por meio de empresas que contratam profissionais de modo temporário. Estudo de Bolin e Shulman (2004) revelou que a maioria dos diretores (61,3%) afirma escolher os anúncios em jornais como o método mais utilizado, publicações em faculdades de Odontologia ficam em segundo lugar com 58,8% das vezes e os anúncios em revistas ficam com 47,5%. O método menos utilizado foi a contratação por meio de agências de recrutamento temporário, com 8,8% das vezes. O número de interessados em cada vaga varia de nenhuma até 7 pessoas, com média geral de apenas 1 candidato por vaga.

Os motivos que levam os profissionais a rejeitarem as vagas são: localização dos centros de saúde, condições dos equipamentos, indisponibilidade de reembolso do empréstimo educativo e principalmente a remuneração. Os salários dos cirurgiões-dentistas variam de acordo com a experiência profissional. Os iniciantes recebem 78 mil dólares anuais, enquanto os mais experientes têm salários que podem chegar a 90 mil dólares. Dentre os fatores que foram associados com a retenção de cirurgiões-dentistas americanos no setor público estão a liberdade de exercício profissional, a disponibilidade de

encaminhamento para o serviço especializado e o nível de cooperação da administração. Ainda mais importante está o fator da percepção pessoal. Profissionais que expressam uma motivação altruísta para tratar as pessoas de baixa renda têm maior probabilidade de continuar a prática nos Centros de Saúde Comunitário. Além disso, a retenção também depende da capacidade do profissional se adaptar às específicas habilidades do sistema público de saúde. A retenção tende a aumentar com mais anos de experiência e tempo de serviço no setor público. Esse fato pode refletir que os profissionais com mais tempo adaptam-se ao sistema de prestação de cuidados odontológicos no setor público, sendo um fator determinante para a retenção dos profissionais com esse perfil (BOLIN; SHULMAN, 2005).

- Inglaterra

O atendimento odontológico primário inglês é uma área de cuidado de saúde onde o setor privado desempenha, tradicionalmente, um papel mais proeminente. Os pacientes gastam mais com esse cuidado do que, proporcionalmente, com os cuidados de saúde geral. Entre 1970 e 1990 os cirurgiões-dentistas receberam de 5-8% de sua renda de fontes privadas; já entre 1996 e 1998, os valores recebidos aumentaram para 25%. Houve também uma queda de registros de tratamento odontológico do setor público pelo National Health Service (NHS) neste período. O serviço dental do NHS foi fundado com uma combinação de dinheiro público com o co-pagamento dos pacientes que pagam cerca de 80% do custo do tratamento, com o pagamento máximo de £360 em 2001. Nesse sistema, os clínicos gerais trabalham com contratos independentes no NHS General Dental Services, fornecendo 90% dos tratamentos e o restante é ofertado pelos cirurgiões-dentistas assalariados que trabalham no Hospital Dental Services, no Community Dental Services, no Personal Dental Services, Health Authorities e universidades. O salário médio é de £53 000, podendo ganhar um bônus anual de £4500 por ano se o profissional tiver uma lista com pelo menos 1.800 pacientes. Contudo, o NHS vem sofrendo com problemas de recrutamento e retenção de profissionais. Em 2000, havia 31.577 cirurgiões-dentistas registrados, mas eram necessários mais 3.625 para atender as necessidades. (LYNCHA; CALNANB, 2003).

Na Inglaterra, o fator mais comum para os cirurgiões-dentistas trocarem o setor público pelo privado é o desejo em melhorar a qualidade do atendimento, com mais opções de tratamentos, com maior

tempo de execução do trabalho clínico e das tomadas de decisões (CALNAN, 2000).

Segundo Holmes et al. (2011), é preciso que o Departamento de Saúde e a organização do NHS tomem nota dos fatores que atraem jovens cirurgiões-dentistas para o setor público, assegurando maior flexibilidade de trabalho no sistema. Caso contrário, o NHS corre o risco de perder esse importante recurso humano para o funcionamento do sistema privado. Os autores ainda afirmam que é da responsabilidade do governo criar um novo sistema que permita tempo suficiente com o paciente a fim de facilitar uma carreira profissional gratificante.

- África do Sul

Na África do Sul também há uma escassez de recursos humanos para atender às necessidades de saúde bucal da população. A carga de trabalho dos profissionais foi ampliada em 1994 com a introdução de serviços gratuitos pelo setor público na atenção básica de saúde, no entanto, o número de profissionais manteve-se estável, aumentando ainda mais a falta de recursos humanos nesse país (BHAYAT, 2008).

- Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia

Os serviços de saúde bucal nos países nórdicos é muito variável. Há uma alta proporção de cirurgiões-dentistas trabalhando no setor público: 30% na Dinamarca; 50% na Finlândia; 40% na Noruega e mais de 50% na Suécia. Esses serviços são financiados por meio de impostos federais e locais, porém, a maioria dos adultos utiliza o setor privado. Em todos os 4 países o atendimento odontológico para crianças e jovens menores de 19 anos é totalmente gratuito sendo, muitas vezes, fornecido na escola municipal onde os cirurgiões-dentistas são contratados e assalariados (DOWNER; DRUGAN; BLINKHORN, 2006). Um estudo na Suécia (FRANZEN; SÖDERFELDT, 2002) demonstrou que as qualificações requeridas aos cirurgiões-dentistas do setor público eram insuficientes nos anúncios em comparação com as exigências do Serviço de Saúde Pública Dental Sueca. Os gestores afirmaram que a demanda por qualificação profissional tinha diminuído entre 1990 a 1998 e que o anúncio do emprego, de certa forma, retrata o perfil do cirurgião-dentista ideal.

- Canadá

A grande maioria dos serviços de atenção à saúde bucal no Canadá são prestados por cirurgiões-dentistas privados, no entanto, existe um sistema de seguro nacional que auxilia nos custos para os pacientes de baixa renda. O sistema público canadense é bem variado, pois cada província tem a responsabilidade e a autonomia de implementar seu próprio sistema de prevenção, e a maioria possui programas de profilaxia e fluoretação. Terapeutas dentais oferecem tratamento clínico para os indígenas. Os idosos podem obter cuidados dentários, mas a fila de espera é longa e o custo laboratorial não é financiado (DOWNER; DRUGAN; BLINKHORN, 2006).

- Nova Zelândia

A maioria dos adultos da Nova Zelândia só tem acesso aos serviços odontológicos privados. No entanto, existe uma comissão nacional que auxilia no pagamento de tratamentos básicos. Alguns beneficiários de serviços sociais podem pedir apoio para tratamento odontológico e cada caso é analisado. Em relação às crianças, o sistema de saúde da Nova Zelândia fornece tratamento odontológico universal dos dois anos e meio até os 18 anos de idade. Para as crianças com idade pré-escolar ou escolar, os tratamentos são fornecidos em uma escola dental, utilizando pessoal auxiliar. Os auxiliares são remunerados com salários mensais. Em 2006, havia 536 terapeutas dentais e só 85 cirurgiões-dentistas trabalhando nessas escolas. Para os adolescentes, existe convênios com profissionais particulares e o serviço então é oferecido gratuitamente (DOWNER; DRUGAN; BLINKHORN, 2006).

- China

Por um longo período, os cuidados em saúde bucal não eram considerados importantes na China. A situação começou a mudar nos anos de 1980 com o desenvolvimento da economia, com o aumento das relações internacionais e pelo aumento da demanda por tratamentos odontológicos. Alguns programas de selamento dental de crianças foram introduzidos em algumas escolas de grandes cidades. A equipe de saúde bucal chinesa compreende: dentistas, dentistas de nível médio, enfermeiras dentais e técnicos dentais. Após a graduação, geralmente os cirurgiões-dentistas trabalham nos hospitais estatais. Já os cirurgiões-

dentistas de nível médio, após a graduação, além de trabalharem nos hospitais estatais, também trabalham em consultórios privados. Contudo, os consultórios privados ainda não são muito comuns. Todo o trabalho no setor público é supervisionado pelo departamento de saúde pública. O seguro de saúde dental cobre apenas os procedimentos básicos, como o preenchimento de cavidades e as extrações, não cobrindo tratamentos ortodônticos e próteses. Os empregados do governo, as pessoas que trabalham em instituições estatais e algumas companhias, geralmente possuem o reembolso total ou parcial das despesas com tratamentos odontológicos básicos. Já os outros trabalhadores, como os agricultores, geralmente não possuem auxílio financeiro e podem buscar atendimento particular. As clínicas privadas concentram-se majoritariamente nas pequenas cidades, pois os hospitais estatais dão conta de cobrir a população das grandes cidades. Na província de Guangdong há 16 hospitais dentais nas grandes cidades, no entanto, cerca da metade dos 1.500 distritos não possuem nenhuma clínica. Nessa província, há aproximadamente 1,5 dentistas para cada 100 mil pessoas. Além disso, a distribuição dos profissionais é bem desequilibrada com concentração nos grandes centros (LIN; SCHWARZ, 2001).

3.2 Odontologia e políticas públicas no Brasil

A assistência odontológica surgiu na esfera pública pela necessidade de ofertar serviços gratuitos de urgência à população de baixa renda (PINTO, 1993). No entanto, a esfera privada sempre foi o espaço privilegiado para o desenvolvimento histórico das práticas dos profissionais de Odontologia, mediada pela lógica da mercadoria, cabendo à esfera pública um papel secundário para a formação e o exercício profissional.

Os primeiros registros de cirurgiões-dentistas contratados pela administração pública no Brasil são de 1911, em São Paulo, por meio da Lei 1.280, iniciando o atendimento odontológico público neste estado. Já em 1929, esses profissionais passaram a fazer parte da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior e, em 1932, São Paulo instituiu a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário. Com a criação da Secretaria Estadual de Saúde em 1947, houve a recomendação de que os centros de saúde contassem com um serviço de higiene dentária, marcando, dessa forma, a organização da assistência odontológica pública, situação que foi se expandindo tanto em São Paulo quanto em outros estados. Contudo, apesar de os profissionais estarem inseridos no serviço público, a prática clínica diária reproduzia essencialmente a abordagem realizada nos consultórios particulares (NARVAI, 2006).

Esta prática seguiu até 1952, quando o Serviço Especial de Saúde Pública, propiciou a implementação dos primeiros programas de Odontologia Sanitária. O alvo era a população em idade escolar, pelo fato desta ser considerada epidemiologicamente mais vulnerável, além de serem mais sensíveis às intervenções de saúde pública. Nos anos 1950, o “Manual de Odontologia Sanitária” foi elaborado por profissionais da área odontológica em saúde pública, sendo a principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia para diagnosticar e intervir sobre os problemas bucais dos escolares matriculados na rede pública, ganhando a denominação de *Sistema Incremental* (NARVAI, 2006).

Esse sistema deveria ter um caráter preventivo-curativo, priorizando crianças em idade escolar, sendo as outras faixas etárias excluídas da atenção odontológica pública. Na verdade, o sistema foi desenvolvido para ser utilizado em qualquer população, porém a assistência aos escolares de 6 a 14 anos de idade foi sugerida com o pressuposto de que, neste intervalo etário, haveria uma maior prevalência de lesões cáries em fase inicial, além de proporcionar um

trabalho sistemático em virtude de sua concentração nas escolas. Surgiu como proposta de prestação de serviços de uma forma programática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado até então. Foi o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país, em anos posteriores (OLIVEIRA et al., 1999).

Aimorés – MG foi o município pioneiro na implantação do Sistema Incremental, cujo objetivo era tratar as necessidades acumuladas da população prioritária, até a finalização de todo tratamento proposto, sendo, então, instituído o controle destes pacientes. (PINTO, 2000). A fluoretação da água de abastecimento ou a recomendação de aplicações tópicas de flúor eram os únicos recursos preventivos desse sistema. Dessa forma, apesar de ser um modelo caracterizado por ser preventivo-curativo, apresentou um enfoque na ação restauradora, deixando as ações educativas em segundo plano. Além disso, não havia a preocupação quanto aos aspectos promocionais, tampouco à estrutura de determinação do processo saúde-doença, ou ainda aos fatores de risco para desenvolvimento da cárie dental e outros problemas e agravos, caracterizando um sistema com programa intensivo e curativo, com metodologia preventivo-educativa insatisfatória. Apesar das críticas, foi um modelo estruturado e organizado em base sólida, sendo um modelo assistencial ‘confortável’ para grande parte dos municípios, ficando entre os anos 1950 e 1980 como o modelo predominante de assistência odontológica pública no Brasil aos escolares. Para o restante da população majoritária que não podia acessar a esfera privada, a assistência se dava por meio de instituições públicas ou filantrópicas, principalmente aquelas vinculadas ao sistema previdenciário da época (RONCALLI et al., 1999).

Nas duas primeiras décadas de existência, o Sistema Incremental apresentou um avanço, apesar de não haver uma forte cultura preventivista ou promocional, tais como as temos hoje. A partir da década de 1980 foi se tornando obsoleto e excludente, coincidindo com o movimento da reforma sanitária e a criação do SUS, necessitando superação. Esta necessidade levou tempo para ser percebida, principalmente por parte de gestores e instituições de ensino.

Foi se mostrando como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua efetividade/eficiência, por apresentar ênfase nas ações curativas, quando de sua cobertura, por tratar-se de um modelo excludente, priorizando os escolares. Contudo, deve ser considerada a época em que este modelo foi idealizado, principalmente com relação aos conhecimentos clínicos de cariologia e microbiologia, além do escasso uso de conhecimento de saúde coletiva, como a epidemiologia e

o planejamento em saúde. Neste contexto e sob influência da Odontologia preventiva que se desenvolvia em países do hemisfério norte, bem como de inovações no campo da simplificação tecnológica e delegação de tarefas em trabalho de equipe de saúde, de inspiração mais próxima aos movimentos comunitários em saúde, inicia-se um processo de mudança paradigmática que ganha sucessivos contornos. Por exemplo, a Odontologia *Integral* que surgiu com os novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, além dos resultados epidemiológicos insatisfatórios encontrados em todo o Brasil. Este modelo priorizava a prevenção assim como reconhecia a doença cárie como infecto-contagiosa. Nesta época, houve a desmonopolização do saber com a inserção de técnico de higiene dentária e auxiliar de consultório dentário, formando, juntamente com o cirurgião-dentista a equipe odontológica (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Já o *Programa de Inversão da Atenção* foi formulado e programado com ênfase preventiva total, fazendo com que a atenção curativa tradicional, eminentemente restauradora, passasse a ter uma função “adequadora”. O ato curativo buscou a adequação do meio bucal mediante a remoção dos processos infecciosos existentes, criando condições mínimas para a aplicação dos métodos preventivos. Dessa forma, buscou a redução dos níveis de incidência de cárie dental, possibilitando o tratamento restaurador definitivo, além da ampliação da cobertura (BRASIL, 2006).

Foi um modelo que teve sua implantação realizada em vários municípios brasileiros, tentando cobrir lacunas deixadas pelo *Sistema Incremental*. Sendo considerado de fácil assimilação por parte de alguns municípios, tornou-se uma alternativa comodista, não levando em conta as reais necessidades epidemiológicas da população. Esta permaneceu com alto índice de dentes cariados, perdidos e/ou obturados (CPO-D), principalmente aqueles não pertencentes à faixa etária priorizada no modelo – mais uma vez os escolares (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Porém, somente em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal, e das Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Leis 8080 e 8142) é que o Estado assumiu a responsabilidade pela saúde no país, intervindo também no setor odontológico, tanto diretamente, por meio da produção direta de serviços odontológicos, quanto indiretamente, pela regulação do sistema suplementar privado (COVRE; ALVES, 2002).

Inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde

Apesar de a Odontologia ter chegado ao final do século XX dominando as características das doenças mais frequentes da área estomatológica (especialmente cárie e doença periodontal), bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las (GARRAFA, 1994), a profissão ainda continuou percorrendo de forma insistente uma via individual e de mão única, que beneficia apenas poucas pessoas que podem pagá-la.

Porém, com a criação do SUS essa prática lentamente vem mudando. O SUS trouxe um grande avanço social e político, com um arcabouço jurídico-institucional que definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil e estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor.

A construção do SUS envolveu muitos órgãos, instituições, movimentos, entre outros, o que vem possibilitando superar o quadro de fragmentação e centralização das ações de saúde pública, predominante no país no século passado. Uma das conquistas decorrentes desse processo é a realização periódica, nas três esferas de governo, de conferências de saúde – dentre as quais as conferências de saúde bucal. Tais conferências devem se constituir na principal referência para a agenda da saúde bucal coletiva (NARVAI, 2006).

Dois Conferências Nacionais de Saúde (CNS) merecem destaque por terem evidenciado em seus textos o setor da saúde bucal no Brasil: a 7ª CNS, que abriu espaços para a inserção da Odontologia em um programa nacional de saúde, ressaltando o modelo de Odontologia até então proposto como ineficiente, ineficaz, mal distribuído, de baixa cobertura, com enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista, com recursos humanos inadequados; e a 8ª CNS, na qual ocorreu o movimento político-sanitário-odontológico defendendo as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional (BRASIL, 2006).

Desta forma, seguindo o caráter participativo das CNS, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB), as quais contaram com a atuação de milhares de pessoas em todas as esferas de governo, marcando a história da saúde bucal no Brasil.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986 consagrou os princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo

hegemônico de assistência odontológica, relatando a inexistência de uma Política Nacional de Saúde Bucal voltada para os interesses da maioria da população. Em seu relatório final, foi proposta uma nova forma de planejar a saúde bucal, marcando uma postura diferente da categoria diante da sociedade ao defender os princípios e as diretrizes do SUS (BARTOLE, 2006). Neste momento, sugere-se um programa de saúde bucal universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, gerido na esfera municipal com a participação da sociedade.

Em 1993, em meio a um projeto neoliberal em curso no Brasil, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, a qual serviu para expressar a indignação com tal projeto e com a piora das condições de vida da população brasileira. Pode-se dizer que a 2ª CNSB foi uma resposta legítima da sociedade civil organizada de não aceitar uma situação iatrogênica, excludente e ineficaz. Foi proposta a criação de “Sistemas Locais de Saúde” e formação de “Distritos Sanitários” para que os municípios, em conjunto com a população, pudessem focar as necessidades de cada grupo, observando a realidade local. Propôs-se, ainda, criar coordenadorias de saúde bucal nas diretorias regionais de saúde em cada Secretaria de Saúde dos estados, conferindo aos municípios sob sua respectiva jurisdição um melhor suporte técnico (BARTOLE, 2006).

As transformações sociais propostas na Reforma Sanitária e traduzidas nos princípios e diretrizes do SUS, tiveram sua aceção máxima na estratégia governamental denominada Programa Saúde da Família (PSF). Este programa foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, fundamentado na atenção para a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social no intuito de compreender, de forma ampliada, o processo saúde/doença e as necessidades de intervenção. Propôs um redirecionamento no processo de trabalho com recondução da lógica assistencial, fazendo uso da epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas. Entretanto, dentre as muitas áreas do setor saúde não contempladas de imediato nas propostas de reformulação de políticas públicas no Brasil das décadas de 1980 e 1990, estava a Odontologia, a qual, neste período, foi destinada basicamente à população escolar e ao atendimento às urgências dos demais grupos populacionais (SILVA, 2004).

Estratégia Saúde da Família

Em 1998 dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD/98) revelaram que, dos 160 milhões de brasileiros, mais de 29 milhões deles nunca tinham consultado um cirurgião-dentista (IBGE, 1998). A divulgação desses dados teve grande relevância na decisão de incluir a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, pois revelavam à sociedade que o Estado não cumpria o seu papel de prover ações e serviços de saúde, demonstrando a necessidade de políticas inclusivas para a saúde bucal. No entanto, Barros e Bertoldi (2002) ao analisarem os dados da pesquisa verificaram que, em relação ao modo de financiamento dos atendimentos odontológicos, 24,2% foram realizados pelo SUS, mostrando a importância desse sistema para o acesso aos serviços odontológicos, porém, com uma cobertura ainda pequena. Essa inserção tornou-se oficial em dezembro de 2000 com a publicação da Portaria MS 1.444/2000 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O Artigo 3º desta portaria delimitou duas modalidades de Equipes de Saúde Bucal (ESB): a Modalidade I, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD); e a Modalidade II, composta por um cirurgião-dentista (CD), um atendente de consultório dentário (ACD) e um técnico de higiene dental (THD). Já o Artigo 2º destaca que o trabalho das ESB deve estar voltado para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento do vínculo territorial.

Em 2001, a Portaria 267 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), regulamentou a Portaria 1.444 descrevendo as bases para reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica: caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde; adscrição da população sob a responsabilidade da unidade básica de saúde; integralidade da assistência prestada à população adscrita; articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do Sistema de Saúde; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas. Além disso, a Portaria 267 destaca que os profissionais de saúde bucal devam participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de

abrangência das ESF, trabalhando de acordo com o plano municipal de saúde.

Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF, comprometendo a vinculação territorial com a comunidade e com a capacidade resolutive, porém, em 2003, a partir da Portaria 673/GM (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003a), o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Contudo, não inclui o dentista na equipe mínima do programa, deixando essa inserção a cargo dos gestores municipais, inclusive a questão da proporcionalidade das ESB, desde que não ultrapasassem o número existente de ESF (Art. 1º.). A proporcionalidade de uma ESB para cada ESF facilitou o estabelecimento de vínculo com a comunidade da área de abrangência, além de ampliar o acesso aos serviços de saúde, proporcionando ações de prevenção, promoção e tratamento de agravos, com reflexos positivos sobre os indicadores epidemiológicos.

A inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população, ampliando o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Isto é possível por meio da utilização de medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2006).

Porém, a categoria odontológica, além das dificuldades de ordem estratégica encontrada no desenvolvimento do SUS, apresenta problemas específicos ao desenvolver sua prática técnica e profissional, como também na organização e postura política frente aos problemas de saúde bucal. Para concretizar a inserção da categoria odontológica no SUS, deve haver uma transformação do modelo de atenção assistencial tradicional e conservador para um modelo que atenda aos princípios do SUS, aprovado na Constituição Brasileira.

Além disso, a Odontologia de Mercado, hegemônica no sistema de saúde, caracterizada pela prática assistencialista ao indivíduo doente, segue exercendo forte influência sobre o setor público (NARVAI, 2006). Daí a importância de inserir a Odontologia no SUS como transformação de uma prática que leva novos conceitos, conteúdos e formas de organização, criando novos vínculos entre os sujeitos

históricos que entram como atores sociais. Estes, são os trabalhadores da saúde, diretores, acadêmicos e a população em geral, tendo todos igualdade de condições para, de uma maneira mais radical e mais orgânica, intervir na solução das necessidades da sociedade, ou seja, promover a construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva, caracterizada, como um problema fundamental para a categoria.

Em 2003, com uma nova conjuntura política e, tendo como estratégia do recém-empossado governo a superação da exclusão social, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que resgatasse o direito do cidadão à atenção odontológica, por meio de ações governamentais. Em janeiro de 2004, o então Ministro da Saúde lança um documento apresentando as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção em saúde bucal no âmbito do SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Essas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas, capazes de propiciar um novo processo de trabalho. Têm como meta a produção do cuidado, além deste documento encontrar-se em permanente construção. Considera as diferenças sanitárias, epidemiológicas, regionais e culturais do Brasil debatidas à luz da pesquisa “Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, que o embasa do ponto de vista epidemiológico.

Assinalando um dos primeiros movimentos de entrada da saúde bucal na agenda da saúde federal, tivemos o lançamento do Programa Brasil Sorridente em 2004. Com esse programa, segundo Bartole (2006), pode-se perceber que elementos do Movimento Sanitário foram resgatados, incluindo novas questões que estavam em debate no campo da saúde coletiva e que, graças a um grupo de atores envolvidos nestes movimentos e compromissados com a saúde bucal, pôde-se firmar como uma política específica no governo federal. O Programa Brasil Sorridente compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde bucal. Foi desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas pessoas (BRASIL, 2006).

Como linhas de ação da PNSB determinadas pelo Brasil Sorridente, constam a viabilização de tratamento das águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica (por meio do Programa de Saúde da Família) e da Atenção Especializada (por meio

dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD), ambas definidas, regulamentadas e habilitadas por meio de portarias específicas (BARTOLE, 2006; BRASIL, 2006).

O “Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal na população brasileira” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c), foi realizado diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural. Além de embasar, do ponto de vista epidemiológico, a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, este estudo permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000.

Com as evidentes dificuldades de ordem operacional e financeira para se realizar um levantamento epidemiológico sobre os níveis de saúde bucal em um país com as dimensões brasileiras, o primeiro levantamento que incluiu as capitais das unidades federativas do Brasil só foi realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde. Outros levantamentos de base nacional, desta vez envolvendo os escolares, foram realizados em 1993 e 1996. Em 2003 e 2010 o Projeto SB-Brasil foram os maiores e mais completos levantamentos em saúde bucal já realizado no país (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Em 2004, mais de dez anos após a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, foi realizada a 3ª CNSB buscando oportunizar a ampliação da participação da população na análise da formulação e da execução de uma Política Nacional de Saúde Bucal. No Relatório Final da 3ª CNSB (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a), expressão de um processo que teve a participação direta de cerca de 90 mil pessoas em todo o país, é assinalado que as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são um dos mais significativos sinais de exclusão social. O enfrentamento dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes, requer políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, além do enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Este documento, o qual evidencia como deve se constituir uma agenda para saúde bucal coletiva, foi estruturado segundo quatro eixos: 1) educação e construção da cidadania; 2)

controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde bucal; 4) financiamento e organização da atenção em saúde (NARVAI, 2006).

Em 2006 criou-se a Portaria nº 648/2006 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Definiu que o item necessário à realização das ações de Atenção Básica é a unidade básica de saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, e que esta disponibilize uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. Espera-se que os profissionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família participem do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas, identifiquem necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal, que estimulem e executem medidas e ações intersetoriais para a promoção de saúde, atividades educativas e preventivas, que sensibilizem as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde e que organizem os processos de trabalho de acordo com diretrizes da ESF e do plano municipal.

A Política Nacional de Atenção Básica foi atualizada por meio da Portaria n. 2.488 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a), condensando as políticas em um único documento, elaborando compromissos de toda a atenção básica.

Dessa forma, o profissional deve estar voltado às práticas e necessidades do SUS. Entretanto, embora tenham ocorridos movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional, a Odontologia apresenta um atraso histórico destas mudanças, exigindo um esforço redobrado para que possam integrar a saúde bucal dentro do novo contexto de ação interdisciplinar e multiprofissional. Isso denota que, apesar do significativo avanço tecnológico que a Odontologia alcançou nos últimos anos, a assistência em saúde bucal continua inacessível para muitos brasileiros, concentrando seu foco na atenção do indivíduo e não na coletividade; no privado e não no público.

3.3 Formação de recursos humanos

O paradigma da formação e da educação odontológica está associado à proposta do Relatório Flexner, de 1910, cuja propriedade fundamental é a predominante atenção ao estudo e à pesquisa nas ciências básicas e especializadas, possibilitando um aprofundamento e ampliação do conhecimento nas diferentes áreas (FLEXNER, 1910). Contudo, limita a visão do ser humano em seu contexto mais amplo, além de ser fragmentado e dissociado do contexto social (BALTAZAR; MOYSÉS; BASTOS, 2010), com bases no biologicismo, no tecnicismo, no individualismo, na fragmentação e na atuação curativa, sem uma visão integrada do processo saúde-doença (MOYSÉS; KRIGER; MOYSÉS, 2008).

A Odontologia científica ou flexneriana constitui uma manifestação regional da medicina científica. A medicina, até o final do século XIX, se estruturou sob o paradigma da polícia médica, cujas teorias políticas e práticas eram originadas da base política e social do estado absolutista e mercantilista, atuando no campo da saúde, reforçando o seu caráter normatizador e higienizador. Com a Revolução Industrial, um novo modelo de medicina passou a ser necessário devido às novas formas de capitalismo e às novas demandas da sociedade. Dessa forma, o antigo modelo não mais se adequava à época, surgindo um novo paradigma, o da medicina científica (MENDES, 1986).

Em 1893, com a criação da Faculdade de Medicina da Universidade de Johns Hopkins, a medicina científica inicia a sua institucionalização, porém, só foi consolidada por meio das recomendações do Relatório Flexner, em 1910, pela Fundação Carnegie. As fundações privadas americanas aplicaram as recomendações do relatório em suas instituições, dispensando mais de 150 milhões de dólares em 20 anos. Dessa forma, pode-se concluir que a medicina científica se institucionalizou pela união entre o grande capital, a corporação médica e as instituições universitárias. Com isso, ocorreram grandes mudanças nos recursos, no objeto, nos propósitos e nos agentes da medicina, configurando um marco conceitual, passando a referenciar a prática e a educação médica (MENDES, 1986).

A formação odontológica, como uma especialização médica, também incorpora esse paradigma, denominando-se Odontologia científica, estabelecendo os seguintes elementos ideológicos: mecanicismo (analogia do corpo humano com máquina); biologicismo (reconhece as causas e consequências das doenças pela sua natureza biológica); individualismo (considera o indivíduo como seu objeto e o

aliena, excluindo da sua vida os aspectos sociais); especialização (aprofundamento do conhecimento específico, atenuando o conhecimento holístico); tecnificação do ato odontológico (exige alto grau de densidade tecnológica da prática, em detrimento da capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir as doenças) e ênfase na Odontologia curativa (orientação da sua atuação na cura ou alívio das doenças ou para a restauração de lesões) (MENDES, 1986).

A Odontologia ficou independente da medicina inicialmente nos Estados Unidos, em meados do século XIX. Contudo, na maior parte dos países da Europa Ocidental essa separação ocorreu apenas na primeira metade do século XX (CARVALHO, 2006).

A concepção das universidades americanas acarretou uma visão mecanicista de mundo, onde a neutralidade e a quantificação tornaram-se preponderantes, com predomínio da razão instrumental, distanciando a produção do conhecimento humano e da possibilidade de se trabalhar as dimensões subjetivas e éticas do conhecimento. Esse modelo tornou-se excessivamente dependente das agências financiadoras de pesquisas e fortemente influenciado pelo mercado de trabalho (ORSO, 2003).

Recentemente, com a consolidação da União Europeia, tornou-se mandatário a padronização dos sistemas de formação profissional dos países membros, com a Declaração de Bologna, desencadeando o “Processo de Bologna” iniciado em 1999. É a mais recente reforma universitária, estabelecendo a compatibilidade plena entre os sistemas de ensino superior da União Europeia (ALMEIDA-FILHO, 2007).

Em relação ao Brasil, as universidades surgiram apenas no século XX, contudo, já existiam escolas e faculdades profissionais isoladas desde 1808, com a vinda da Corte Portuguesa, onde o príncipe regente cria o primeiro curso de Cirurgia, Anatomia e Obstetrícia (CUNHA, 2007). Porém, a universidade brasileira que se conhece hoje só foi organizada a partir da década de 1920 (BALTAZAR; MOYSÉS; BASTOS, 2010).

Com base na Reforma Campos de 1931 e com a Lei n. 452/37, é instituída a Universidade do Brasil (UB). O ensino superior brasileiro inicia com características do modelo napoleônico para formar profissionais que atendam as necessidades do Estado. O decreto n. 19.851, de 1931, no seu art. 1º, afirma que a finalidade do ensino universitário será: elevar o nível da cultura geral; estimular a investigação científica em qualquer domínio do conhecimento humano; habilitar ao exercício de atividades que requerem um preparo técnico e científico superior; concorrer, enfim, pela educação do indivíduo e da coletividade, pela harmonia de objetivos entre professores e estudantes e

pelo aproveitamento de todas as atividades universitárias, para a grandeza da nação e para o aperfeiçoamento da humanidade (OLIVEIRA, 2010).

Na Constituição de 1988, a gratuidade do ensino público em todos os níveis foi consagrada pela primeira vez, onde a universidade recebeu tratamento específico, ficando definido que a instituição teria o princípio da autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial (OLIVEIRA, 2010). Ficou ainda definido que: “Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da Saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico” (Constituição Federal, Art. 200, incisos III e IV).

Usualmente, o ensino superior do Brasil recebe conhecimento advindo de outros países, tendo pouca ou nenhuma relação com os problemas da sociedade brasileira, onde a pesquisa estuda questões relativamente superficiais, com pouca ou nenhuma participação da comunidade, além de a extensão tangenciar o sistema universitário e o de saúde, levando à comunidade apenas os resquícios das preocupações acadêmicas. No prefácio da obra de Paulo Freire (1987), Moacir Gadotti alega que toda educação é sempre um ato político, na acepção de que sua associação com o poder decorre do domínio do conhecimento e que, no Brasil, a educação sempre esteve a serviço das classes dominantes.

No entanto, o que vem se observando é um esgotamento do modelo tradicional de educação superior, especialmente do setor saúde. As mudanças necessárias envolvem diretamente as oportunidades advindas do mercado de trabalho, do perfil profissional e da satisfação das demandas populacionais. Dessa forma, a articulação entre as políticas de saúde e de educação e a vinculação com o sistema de saúde brasileiro são essenciais para que as mudanças ocorram de forma efetiva (ARAÚJO, 2006).

A relação da academia com a sociedade deve ser reorientada, capacitando docentes, alunos e grupos da comunidade para debater problemas fundamentais, encontrando soluções adequadas. Quando se propõe a formação de profissionais para o SUS e outra para clínicas especializadas, está se caminhando para o abismo da exclusão social. É ultrapassado pensar nas áreas como dicotomias entre o básico e o clínico, ou o clínico e o social e entre o público e o acadêmico (ARAÚJO, 2006).

Fundamentos teóricos para a mudança na formação universitária já estão sendo discutidos, como, por exemplo, a Declaração de Paris que enfatiza as instituições universitárias como um espaço em que: propicie

o aprendizado permanente; contribua para a consolidação da cidadania democrática; reforce suas funções críticas e progressistas; utilize sua capacidade intelectual e prestígio moral para defender e difundir ativamente valores humanistas; aporte sua contribuição para o tratamento dos problemas que afetam o bem-estar das comunidades onde atua e; fomente a inovação e a transdisciplinaridade.

Em relação ao ensino odontológico, Chaves afirmou em 1977 que:

A educação odontológica é um processo contínuo destinado a produzir profissionais capazes de manter ou restaurar o estado de saúde da cavidade bucal. O objetivo é produzir, eficientemente, um número suficiente de profissionais, com a qualidade adequada, capazes de produzir, entregar e distribuir serviços odontológicos da maneira mais econômica possível. As profissões existem para satisfazer uma necessidade social e a odontologia não é exceção. Ela opera em um sistema social, dentro do qual a profissão e suas instituições estão continuamente se reajustando de acordo com a mudança na tecnologia, os pontos de vista profissionais e as necessidades ou demandas da educação odontológica.

Segundo Mendes (1986), o modelo tradicional de educação odontológica possui as seguintes características estruturais:

- Função educacional clássica-docência, serviço e pesquisa;
- Definição do conteúdo de ensino a partir do estoque de conhecimentos existentes e com critérios de senso comum;
- Plano de curso estruturado em microdisciplinas, por especialidades odontológicas;
- Teoria antecedendo a prática, o básico antecedendo a clínica, ênfase na simulação;
- Currículo orientado para a doença, com ênfase no curativo e reabilitador;
- Espaço educacional dicotômico, sendo que o interno anula ou desconhece o externo;
- Formação de recursos humanos uniprofissional;
- Ensino centrado no uso e difusão de tecnologia sofisticada;
- Metodologia de ensino centrada em aulas expositivas;
- Estrutura física desintegrada em departamentos ou disciplinas;
- Planejamento educacional realizado exclusivamente por professores;
- Professores especializados por microdisciplina;
- Relação professor-aluno autoritária ou paternalista;

- Ênfase na pesquisa biológica.

Questionamentos ao modelo de ensino odontológico científico iniciaram a partir da década de 70, com a verificação de sua ineficácia, ineficiência, desigualdade de acesso e iatrogenicidade, surgindo propostas de *Odontologia Simplificada*, influenciada pela doutrina da atenção primária. Essa nova proposta inicialmente foi executada em projetos-piloto universitário e, em seguida, em trabalhos institucionais, sendo definida como uma padronização da prática odontológica, com diminuição dos passos e do *supérfluo*, tornando-se mais simples e barata. Tornou-se também mais produtiva, viabilizando programas de extensão e cobertura, com simplificação dos recursos humanos, material de consumo e instrumental, com o intuito de produzir mais atos curativos, em menor tempo, a um custo mais baixo. Contudo, esse processo foi desenvolvido, levando a distorções que implicaram na queda de qualidade (MENDES, 1986).

A *Odontologia Integral* surge como um marco conceitual alternativo para a educação odontológica, colocando-se como uma possibilidade teórica de uma nova forma de pensar e fazer odontologia. A proposta é de gerar e difundir uma Odontologia capaz de substituir a prática hegemônica, superando-a e renascendo um novo paradigma profissional com três grandes pilares interdependentes: a simplificação dos elementos; a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber. Ainda tem o objetivo de modificar os elementos estruturais das outras práticas, com elementos ideológicos como o coletivismo, a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, a descentralização da atenção, a inclusão de práticas alternativas, a equipe de saúde, o uso de tecnologia apropriada e a participação comunitária (MENDES, 1986).

O processo de mudança entre a odontologia científica para a integral deve ocorrer dentro do movimento mais amplo da Reforma Sanitária, permitindo o surgimento de um projeto pedagógico inovado, alternativo ao tradicional, com uma função crítica, passando a exercer uma análise sistemática dos objetivos sociais, evidenciando suas contradições e suas deformações ideológicas. Em 1986, Mendes já elencava os elementos constitutivos de um modelo inovado de educação odontológica, dentre os quais:

- Docência, serviço e pesquisa totalmente integrados;
- Definição do conteúdo de ensino a partir da análise da realidade social e da prática odontológica;
- Plano de curso estruturado em módulos integrados por níveis de

- atenção;
- Prática e teoria, básico e clínico integrados, onde a simulação é limitada ao pequeno número de tarefas essenciais;
- Currículo orientado para a manutenção da saúde;
- Superação da dicotomia espacial através de um processo educacional orgânico a diversos espaços sociais;
- Formação multiprofissional da equipe odontológica;
- Ensino centrado na tecnologia apropriada;
- Metodologia de ensino centrada em atividades de grupo;
- Estrutura física integrada segundo os níveis de atenção;
- Planejamento educacional realizado conjuntamente por alunos, professores, funcionário e comunidades;
- Professores generalistas integrados em módulos de ensino;
- Pesquisa dirigida à solução de problemas odontológicos das populações majoritárias.

A prática odontológica científica encontra ainda o desafio em termos de abrangência. A formação odontológica brasileira necessita aprimorar seu trabalho para superar o grave problema da exclusão social, valorizando o público e o coletivo, enfrentando o desafio de superar a dicotomia entre “formação geral e formação específica”. Ainda que a clínica possa suprir as necessidades individuais com propriedade técnica reconhecida, é possível perceber uma distância entre a formação odontológica e a perspectiva de universalização da saúde bucal (SECCO; PEREIRA, 2004).

A atribuição de valor às diferentes disciplinas também é constatada. Geralmente, as disciplinas que lidam com os aspectos biológicos e com as intervenções no corpo recebem maior destaque. Em contrapartida, as disciplinas que propõem reflexões e ações no campo da ética e das interações sociais, recebem pouca atenção. Isso explica, em parte, o motivo pelo qual os profissionais de saúde direcionam sua prática às especializações, dedicando mais atenção aos problemas de saúde individuais, deixando os fatores psíquicos em segundo plano (SIQUEIRA-BATISTA, et al., 2009).

O ensino de graduação, quando se fundamenta na especialização, separa a parte do todo, distanciando o todo de seu contexto bem como dificulta a necessária habilidade criativa, inquiridora e crítica da força de trabalho que resolve os problemas que acometem o homem em sociedade. Quando a educação torna-se técnica, acrítica e sem reflexão sobre a condição humana, a compreensão do homem, ser biológico, social e cultural, torna-se muito difícil (MORIN, 1999).

Para superar concepções antigas, é preciso preparar os cirurgiões-dentistas para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do exercício da profissão. Essa preparação deve partir com uma mudança na formação odontológica, alterando não apenas grades disciplinares em currículos estacionados, mas uma intensa revisão de projetos pedagógicos que sejam mais dinâmicos, críticos, flexíveis e transdisciplinares (MOYSÉS, 2003).

Os projetos pedagógicos trabalham como ideias-força que direcionam o ensino, estabelecidos nos currículos e pesquisas, definidos de acordo com os condicionantes estruturais e os diferentes modelos de práticas sociais profissionais. Os projetos são determinados, em grande parte, pelos elementos ideológicos de um modelo de prática hegemônico, e este é determinado pela estrutura socioeconômica de uma sociedade (MENDES, 1986).

O modelo vigente da prática odontológica no Brasil é consequência de um padrão institucionalizado pelas universidades e associações de classe, conectados a componentes econômicos, políticos e ideológicos. Já o modelo hegemônico do atual Sistema Nacional de Saúde Bucal é o reflexo do modelo tradicional de ensino odontológico, coeso com a prática odontológica científica.

Historicamente, a formação superior em saúde foi construída sobre a fragmentação de conteúdos e organizada em torno de relações de poder, onde o professor especialista estava no centro do processo de ensino-aprendizagem (ALBUQUERQUE et al., 2009).

As mudanças ocorridas ao longo do século XX na educação odontológica pouco superaram os questionamentos técnicos de uma prática profissional altamente sofisticada e elitista. Um dos desafios a serem enfrentados no âmbito político-estrutural da formação odontológica é a prática voltada para o coletivo, com maior impacto social no contexto das políticas públicas de saúde. Secco e Pereira (2004) afirmam que os conflitos em relação à qualidade da formação de cirurgiões-dentistas são mais encobertos na dimensão político-estrutural, parecendo problematizar efetivamente a condição da formação na área.

A adequação dos profissionais às necessidades sociais da população deve partir da relação entre saúde e educação, obtida pela efetiva interação entre a formação e os serviços de saúde do SUS e as comunidades. Nesse aspecto, sobre a saúde bucal coletiva, é possível verificar que os conhecimentos e os conceitos advindos das ciências sociais vêm ajudando a Odontologia a se aproximar da realidade das comunidades, identificando e compreendendo os aspectos sociais,

influenciando no processo saúde-doença (ARAÚJO, 2006). Formicola (1991) já afirmava que um dos equívocos da formação odontológica era a crença de que o ensino não poderia ser cientificamente embasado e socialmente científico ao mesmo tempo, sem possibilidade de harmonia entre esses dois aspectos.

Os desafios que a educação odontológica enfrenta passam ainda pela indústria de equipamentos, medicamentos e de materiais odontológicos, que influenciam diretamente a prática profissional e, conseqüentemente, a prática docente do ensino em Odontologia (SECCO; PEREIRA, 2004). O mercado também passou a influenciar a educação odontológica desde a metade do século XX. Entre 1952-1994, Narvai (1994) afirma que *o movimento do capital... fez aparecer e consolidou no Brasil uma odontologia de mercado, caracterizada pela produção-consumo privada de bens e serviços sob regulação do mercado*. No entanto, essa prática vem sendo alterada.

As mudanças na prática do trabalho devem iniciar pela formação profissional, pois é na academia que são criadas as possibilidades de empregabilidade futura do cirurgião-dentista e de sua relevância social (MOYSÉS, 2003).

Com isso, fica evidente que o ensino superior deve acompanhar as mudanças e o contexto social e de mercado a que o futuro profissional será incorporado. O resultado de anos de formação profissional incoerente com o serviço público resultou em prejuízos para as práticas integrais de atenção, com queda na qualidade dos serviços de saúde, bem como incompatibilidade dos serviços oferecidos com as reais necessidades da população brasileira (MORITA; HADDAD; ARAÚJO 2010; SOUZA; CARCERERI, 2011). Outra forma de evidenciar o descompasso entre o perfil formador e as reais necessidades epidemiológicas dos brasileiros foi a verificação dos indicadores de saúde bucal da população brasileira (NARVAI, 1994).

A saúde deve ser o eixo que orienta a estruturação curricular, iniciando a formação de um profissional apto a interferir na realidade do indivíduo e da comunidade, buscando a sua transformação. A educação do profissional também não pode se encerrar com a conclusão do curso, pois deve se manter numa continuidade durante toda sua vida. Assim, estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários devem ser sujeitos dessa mudança, constituindo o processo coletivo de reflexão crítica sobre as práticas tradicionais, de aquisição de novos conhecimentos (SECCO; PEREIRA, 2004).

Para contemplar essa reorientação na formação, mudanças vêm ocorrendo no ensino de profissionais da saúde por meio de parcerias

entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde com a sinalização de uma reforma curricular (CARCERERI et al., 2011). Em 2002, ocorreu a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação (BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002) com uma construção sobre o papel do cirurgião-dentista na saúde coletiva, denotando que é imprescindível uma relação entre o ensino e o serviço para complementar alguns hiatos na formação desses profissionais para o SUS. As novas diretrizes apontam para a necessidade de ter como perfil de seus egressos “o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico”. Para alcançar esse novo perfil são elencadas algumas competências: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

A relação entre o ensino e o serviço tem como objetivo fundamental o compartilhamento de saberes dos dois polos, promovendo uma relação entre teoria e prática de forma contextualizada, formando um profissional mais justo, ético, humano, independentemente do mercado de trabalho (FERREIRA, 2006).

Todas as instituições de ensino superior devem elaborar seus currículos de acordo com as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). No entanto, na área da saúde, as DCN precisam ser entendidas dentro do contexto da Reforma Sanitária Brasileira, movimento social amplo que traz entre seus pontos estratégicos a criação do SUS, que tem o intuito de assegurar a saúde como um direito do cidadão (MORITA; KRIEGER, 2003).

As Diretrizes Curriculares assumem um papel estratégico no aperfeiçoamento do SUS, com a discussão saindo dos limites acadêmicos na medida em que a sociedade começa a exigir melhores serviços de saúde. Além disso, as DCN valorizam não só a excelência técnica, mas também a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino, com a formação de profissionais habilitados para trabalhar no SUS com qualidade de atender as necessidades da população. Implica-se na formação de cirurgiões-dentistas capazes de prestar atenção integral, mais humanizada, com capacidade de trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população (MORITA; KRIEGER, 2003, WERNECK et al., 2010).

As habilidades e competências gerais e específicas das DCN são importantes para a consolidação do SUS, levando a uma reflexão de que profundas mudanças são necessárias nos cursos de graduação

em Odontologia, com o intuito de formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população. A inadequação da formação tem levado o Ministério da Saúde gastar recursos em “capacitações” para a requalificação profissional. Dessa forma, na agenda de estratégia dos Ministérios da Saúde e da Educação destacam-se o incentivo à implementação das DCN e o uso da avaliação para fortalecer as mudanças (MORITA; KRIEGER, 2003).

Nos sistemas de saúde, as mudanças iniciaram pela atenção básica, garantindo e/ou ampliando a resolutividade neste nível de atenção. Já no sistema educacional, as mudanças deveriam ocorrer em sentido contrário, ou seja, iniciar nas pós-graduações *stricto sensu* e, posteriormente, haver intervenções nas graduações. Com as DCN, as mudanças iniciaram pela graduação, fazendo com que os professores se colocassem em uma situação desconfortável e desfavorável a mudanças.

Dessa forma, mudanças na graduação necessitam mudanças na pós-graduação *stricto sensu*, com mudanças também no sistema de avaliação dos programas de formação docente. Portanto, as mudanças devem ser estruturadas e pensadas globalmente e em longo prazo (BALTAZAR; MOYSÉS; BASTOS, 2010).

MELLO, MOYSÉS, MOYSÉS (2010) afirmam que os movimentos de mudanças serão limitados enquanto a implementação das diretrizes curriculares na área da saúde não entrarem na agenda institucional. Os autores também afirmam que as mudanças poderão ser periféricas em consequência da dificuldade de se atingir o núcleo duro da organização na graduação.

A integração do processo de ensino-aprendizagem à rede de serviços geralmente estava na dependência de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, com as atividades extramural sendo uma opção voluntária dos professores que as coordenavam, com pouco ou nenhum apoio institucional. Para garantir uma efetiva integração do ensino com as redes de serviços, é preciso entender o SUS como um interlocutor essencial das escolas na formulação e implementação dos projetos pedagógicos na formação de recursos humanos e não apenas como um campo de estágio (MORITA; KRIEGER, 2003).

O documento que trata da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS relata:

“A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com

realidades complexas” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em grande parte dos cursos de Odontologia, a clínica de ensino é o local privilegiado para o treinamento prático dos acadêmicos. Contudo, com a reorganização da prática clínica, há uma tendência progressiva de antecipar a clínica integrada desde os primeiros anos da formação. Outra prática que também pode ser desenvolvida com eficácia e eficiência é o ensino em Unidades Básicas de Saúde, nas comunidades e nos domicílios, permitindo ao aluno um melhor conhecimento da população que será atendida (MORITA; KRIEGER, 2003).

Com o SUS sendo cenário de aprendizagem, o Ministério da Saúde desenvolveu um projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil, o VER-SUS (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), onde alunos de diferentes áreas estagiam em diferentes setores, tais como o de financiamento, formulação de políticas técnicas, estratégias de controle e auditoria, dentre outros.

Em uma tentativa de minimizar as diferenças entre o perfil atual do cirurgião-dentista para um profissional que atenda às necessidades dos brasileiros, o Governo Federal formulou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que fornece subsídios para um novo perfil profissional comprometido com a situação epidemiológica. O Pró-Saúde tem o objetivo de integrar o ensino e o serviço, otimizando e qualificando os serviços à sociedade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007).

O Pró-Saúde foi lançado pelos Ministérios da Saúde e da Educação e propõe mudanças no ensino de graduação com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais, buscando sintonizar a formação em saúde às necessidades sociais, considerando as dimensões históricas, culturais e econômicas da população. Tem como objetivo principal formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais, implicando fomentar a capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, ter agilidade diante das situações, ter capacidade propositiva e habilidade crítica (ARAUJO; ZILBOVICIUS, 2008). No entanto, formar profissionais para a Promoção da Saúde e para o trabalho com coletividade requer muito mais do que simples remanejamento da grade curricular. As novas demandas exigem uma postura calcada em habilidades humanas, em capacidades de formação de alianças e de defesa pública de projetos que englobem vários setores

da vida social, em tecnologias de intervenção que exigem seres humanos dotados de alto grau de refinamento em suas práticas laborais (MOYSÉS, 2008, PALMIER et al., 2012).

Em 2005, a Universidade Federal de Santa Catarina reorientou o projeto pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia, ressaltando que o curso tem como objetivos a contextualização, a investigação e o ensino dos saberes e fazeres da Odontologia necessária para a formação de profissionais habilitados para o exercício de uma profissão contemporânea, promotora da saúde e fundamentada nos preceitos da ética, da moral, da ciência, da filosofia, e principalmente, voltada para a realidade da população brasileira. Em 2006, o curso foi contemplado pelo Pró-Saúde, provocando o processo de reforma curricular no primeiro semestre de 2007 (CARCERERI et al., 2011).

No mesmo ano, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) também foi selecionada pelo Programa, reorientando a formação com ênfase em projetos cujo foco é a atenção básica na lógica da ESF. Neste sentido, propõe que 20% da carga horária sejam ministradas por meio de estágio, em consonância com o que recomenda as novas DCN (CARCERERI. PADILHA. BASTOS, 2014). Nesta mesma linha, outras Instituições de Ensino Superior (IES) catarinenses estão desenvolvendo os projetos do Pró-Saúde: na região Nordeste do Estado ocorre na Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE); na região de Laguna ocorre na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL); na região do Médio Vale do Itajaí ocorre na Universidade Regional de Blumenau (FURB); na região do Extremo Oeste ocorre na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) (SANTA CATARINA, 2010).

O Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) fortalece ainda mais a parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. A qualificação dos formandos se consolida por meio de vivências, estágios e iniciação ao trabalho na rede de serviços. Destaca a importância das necessidades dos serviços como objeto de pesquisa e fonte de conhecimento. Defende a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, constitui grupos de aprendizagem tutorial, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica. Com o programa é possível observar um aprendizado mútuo entre acadêmicos, preceptores, coordenação e tutoria, caracterizando um instrumento de educação permanente, com aperfeiçoamento em serviço, de acordo com as necessidades do SUS (LEITE et al., 2012). Dessa forma, além das referidas instituições já citadas, foram contempladas também pelo PET-Saúde a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e a

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) (SANTA CATARINA, 2010).

Além disso, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina elaborou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para os anos de 2011 a 2015 com o objetivo de contribuir para a realização das iniciativas de qualificação técnicas associadas às necessidades de vigilância, assistência e gestão do SUS, bem como visa desenvolver novos instrumentos e processos pedagógicos, gerenciais, humanísticos, éticos e políticos que apoiem os esforços de consolidação do direito à saúde no país. Para isso, conta com Programas de Residência Médica e Multiprofissional, sendo desenvolvidas pelas seguintes universidades: FURB, UFSC, UNOCHAPECÓ e UNIPLAC (Universidade do Planalto Catarinense) (SANTA CATARINA, 2010).

Lazeris, Calvo e Regis Filho (2007) afirmam que cabe à universidade pública o papel intransferível de formar o indivíduo em concordância com as necessidades sociais, mas não que as instituições privadas de ensino superior estejam desvinculadas desta função. Ainda afirmam que é função do sistema formador de recursos humanos em saúde capacitar profissionais para fornecer respostas às necessidades e demandas da sociedade. Costa e Araújo (2011) relatam que, no sistema educacional vigente, atribui-se às universidades a tarefa de aprovar, ministrar e reconhecer habilitações. Contudo, os profissionais são formados para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico concreto com relação às necessidades do setor, gerando um descompasso entre a formação e as necessidades do serviço.

A definição e o tipo de prática odontológica que o Brasil necessita é o ponto fundamental na definição do currículo formador de profissões, sendo, portanto, necessário se conhecer a real situação de saúde bucal dos brasileiros para disponibilizar aos recursos humanos em formação os elementos teóricos, metodológicos e instrumentais que lhes capacitem a desenvolver atitude crítica e criativa frente à realidade encontrada na sociedade (REIBNITZ JUNIOR., 2003). Caetano (1993) ainda aponta que é fundamental no estudo das determinações do exercício profissional considerar as formas e a dinâmica da organização profissional, enfatizando também que algumas das condições objetivas da prática profissional podem ser mantidas ou alteradas.

No final dos anos 1970, a carga horária destinada ao ensino da saúde pública era restrita entre 10% a 13% da carga total dos currículos e o ensino de conteúdos e disciplinas afeitas ao “social” era destinado entre 1,85% a 12,5% da carga total. Eram consideradas “disciplinas do social”: Introdução à Sociologia, Antropologia, Saúde para

Comunidade, Medicina Social, Medicina Comunitária e Saúde Pública. Com a constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil, foi fundada, em 1978, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Na década de 1980, apesar dos esforços dos docentes em busca de ressaltar o caráter social da formação e da prática do futuro profissional, houve muitas dificuldades para que esse destaque ganhasse respaldo (MARSIGLIA, 1998). Anos mais tarde, surge a “Saúde Bucal Coletiva” como campo de saberes e práticas para a operacionalização do SUS, onde a Odontologia é convidada para redimensionar o seu alcance social (CARCERERI, 2005).

Estudo de Carcereri (2005) conclui que, no âmbito das Instituições de Ensino Superior, os resultados apontam para a necessidade de aumento da carga horária dos estágios de vivência junto ao SUS e de mudanças didático-pedagógicas que visem à ampliação dos graus de valorização e capacitação de seus estudantes.

O marco conceitual de um novo projeto pedagógico deve representar uma construção social, com uma multiplicidade de processos, expressando a autonomia relativa da prática e da educação odontológica, bem como, ao nível dos conjuntos sociais, onde essa prática e ensino se constituem e se exercitam. É preciso também se preocupar com os sistemas de valores, ideias e prescrições não explicitadas que conferem aos educandos e educadores uma inteligência particular, induzindo a uma ação educativa determinada.

Contudo, a mudança no processo de formação de cirurgiões-dentistas implica em conflitos e pressões, demandando um longo tempo de maturação, envolvendo mudanças conceituais, de relações institucionais, de enfrentamento de conhecimento e valores com a construção de uma nova ordem (FEUERWERKER, 2002). Porém, a modernização dos métodos não garante por si só que a universidade se integre ao seu meio, influenciando a mudança da realidade social. Para que as mudanças efetivamente ocorram, é necessária transformação na cultura pedagógica das universidades, com um processo de capacitação em educação para docentes.

Mudar o foco na formação do cirurgião-dentista cria lugar para transformações na imagem profissional que podem reconquistar o prestígio em outra dimensão social do trabalho, com maior impacto dos programas públicos e coletivos. Essa mudança cria um desafio para a estrutura curricular, para as orientações pedagógicas e para a função docente (SECCO; PEREIRA, 2004).

Ceccim (2007) coloca que existe a necessidade de mudanças nos modos de “pensar-sentir-querer”. Essas mudanças devem ocorrer

em todos os cenários, considerando as adaptações dos sistemas de educação e dos serviços de saúde, com uma reforma de longo prazo ao invés de reformas subsequentes ou em cascata, pois estas acabam “matando” a reforma propriamente dita, uma vez que são desprovidas de visão de futuro e de perspectivas dos cenários desejados.

O sistema de saúde brasileiro tem pressa para mudar o modelo biomédico hegemônico, não podendo continuar com o consumo de recursos para “construir” perfil profissional inadequado por meio de cursos de capacitação (MOYSÉS, 2003).

O ensino “aprisionado” em contextos de décadas passadas, juntamente com as ideologias ocupacionais do acadêmico de Odontologia, criam uma “bomba-relógio” de expectativas frustradas. É extremamente importante o estudante possuir o domínio dos aspectos biológicos e clínicos, contudo, é cada vez mais premente o desenvolvimento de habilidades nas dimensões éticas, política, econômica, cultura e social de seu trabalho. O que se busca são profissionais com foco deslocado para a promoção de saúde, com aptidões para trabalhar na saúde coletiva, familiar e individual (MOYSÉS, 2003).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Local e Fonte de Dados

Santa Catarina é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizada no centro da região Sul. Possui 295 municípios, sendo Florianópolis a capital do estado. Possui 95.733,978 Km², com uma população estimada para 2015 de 6.819.190 habitantes. A densidade demográfica é de 65,27 habitantes por quilômetro. Os índices sociais do estado estão entre os melhores do país. O rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* em 2014 era de R\$ 1.245,00.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 relata que 54,1% da população residente consultou um cirurgião-dentista nos 12 meses anteriores a data da entrevista e 67,4% autoavaliaram seu estado de saúde como muito bom ou bom. Entre 2008 e 2009, a despesa média mensal familiar com assistência a saúde foi de 162,91 reais. A distribuição da população nas macrorregiões e por sexo, segundo os grupos de idade, está demonstrada na **Figura 1 e 2**, respectivamente.

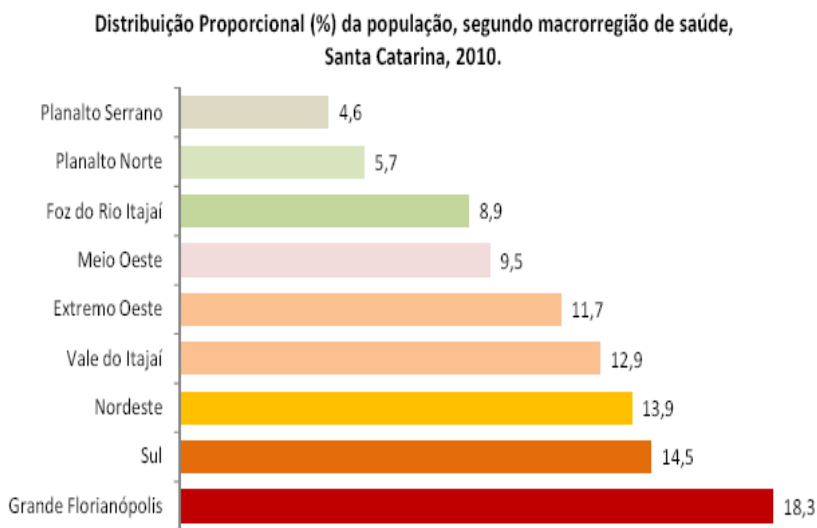


Figura 1: Fonte – IBGE, 2010

Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade

Santa Catarina - 2010

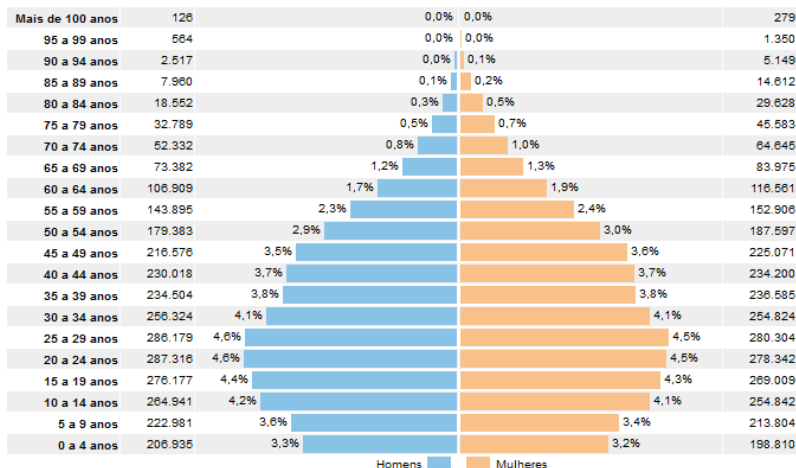


Figura 2: Fonte – IBGE, 2010

O número de cirurgiões-dentistas em atividade, em novembro de 2015, é de 10.404, que resulta numa relação aproximada de 655 habitantes por profissional devidamente inscrito. A distribuição regional desses profissionais encontra-se no **Quadro 1**.

Região	Número de CD	Região	Número de CD
Araranguá	198	Itajaí	428
Balneário Camboriú	715	Jaraguá do Sul	299
Blumenau	672	Joaçaba	220
Brusque	271	Joinville	1013
Caçador	204	Lages	477
Canoinhas	125	Mafra	102
Chapecó	551	Médio Vale	195
Concórdia	213	Rio do Sul	294
Criciúma	600	São Bento do Sul	146
Curitibanos	148	São Miguel D'Oeste	300
Florianópolis	2462	Tubarão	492
Imbituba	91	Xanxerê	188

Quadro 1: Distribuição regional de cirurgiões-dentistas de Santa Catarina. Fonte – CRO-SC, 2015

O estado possui 11 cursos de graduação em Odontologia, sendo 1 totalmente público (UFSC), 2 particulares (AVANTIS e FACVEST) e os demais são comunitários. A relação das instituições encontra-se no **Quadro 2**.

Instituição de Ensino Superior	Localização
Faculdade AVANTIS	Balneário-Camboriú
UNOCHAPECÓ - Universidade Comunitária Regional de Chapecó -	Chapecó
UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense	Criciúma
UNOESC – Universidade do Oeste de Santa Catarina	Joaçaba
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense	Lages
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina	Tubarão
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina	Florianópolis
FURB – Universidade Regional de Blumenau	Blumenau
FACVEST – Centro Universitário FACVEST	Lages
UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville	Joinville
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí	Itajaí

Quadro 2: Relação das Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina com curso de graduação em Odontologia – 2016. Fonte: CFO, 2015.

4.2 Fluxograma da relação entre objetivos, metodologia e resultados

Durante a pesquisa, foi possível realizar a confecção de um “Manual de Orientações” por meio da leitura de diversos documentos, legislação e regulamentação a respeito do processo de contratação na administração pública. A produção do manual objetiva a orientação de todos os envolvidos na seleção pública, especialmente os gestores. A seguir, na **Figura 3**, encontra-se um fluxograma a respeito da relação entre os objetivos da tese com a metodologia utilizada e os resultados encontrados.



Figura 3: Relação entre os objetivos, a metodologia e os resultados.

4.3 Revisão Integrativa

A revisão integrativa tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento já produzido sobre o tema investigado, permitindo buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis que possam contribuir com o conhecimento na temática. O protocolo da pesquisa foi baseado nos pressupostos de Whittemore e Knafl (2005). Os componentes da revisão integrativa podem ser visualizados na **Figura 4**.

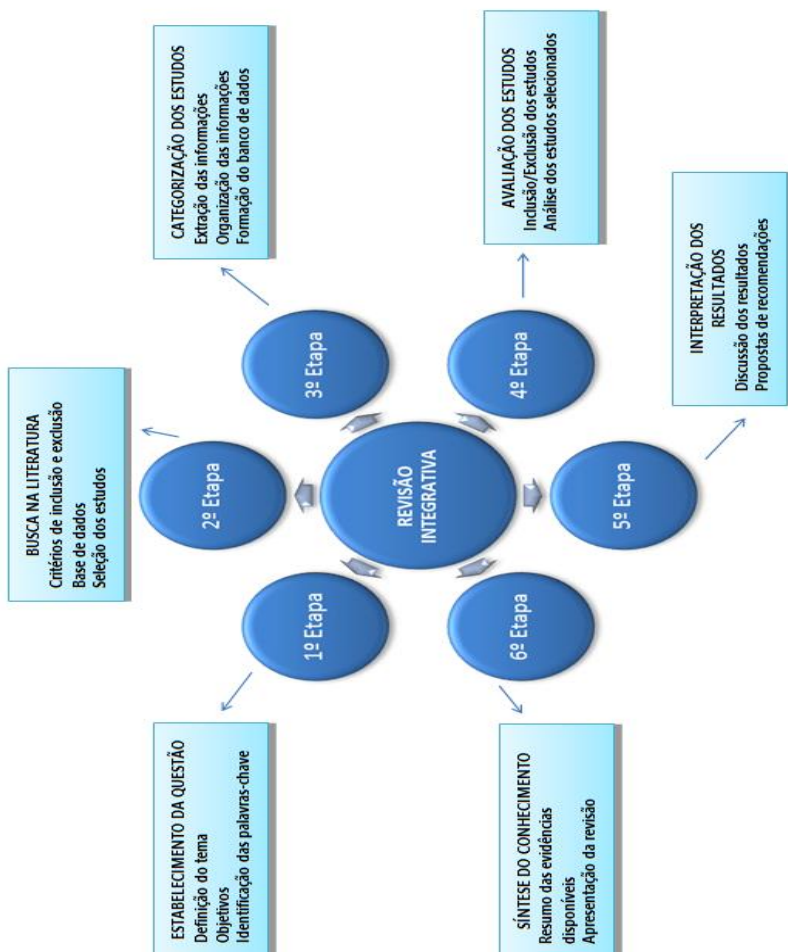


Figura 4: Componentes da revisão integrativa

Para guiar o estudo, as seguintes questões foram formuladas: Como o SUS se configura como campo de trabalho para o cirurgião-dentista? O que foi produzido na literatura e quais os aspectos mais relevantes sobre o tema proposto? Adotaram-se como critérios de inclusão os trabalhos no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões) nos idiomas inglês, português ou espanhol publicados no período de janeiro de 2000 a outubro de 2015. Constituíram critérios de exclusão os estudos que não abordavam o SUS, as cartas, resenhas, editoriais, publicações de autoria governamental, boletins informativos, teses, dissertações, monografias e os estudos duplicados. Os artigos foram captados de acordo com os quesitos constantes na **Tabela 1**. As seguintes bases de dados foram utilizadas: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Web of Science, BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (US National Library of Medicine). Foi utilizado o cruzamento do descritor *Sistema Único de Saúde* com o termo booleano AND e os demais descritores: *Recursos Humanos em Odontologia; Seleção de Pessoal; Mercado de Trabalho; Emprego; Odontologia em Saúde Pública*. A coleta foi realizada entre maio e outubro de 2015. As referências foram importadas e gerenciadas por meio do software EndNote. Os resumos foram avaliados e as produções que atenderam aos critérios estabelecidos foram selecionadas para leitura integral, sendo sistematizadas suas principais características: título, autores, método, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo e principais resultados. Prosseguiu-se com a análise, categorização e síntese das temáticas.

Bases de dados	Bireme, PubMed; Web of Science; Medline; Lilacs; Scielo Scopus, Biblioteca Cochrane
Palavras-chave	Sistema Único de Saúde AND Seleção de Pessoal; Mercado de Trabalho; Emprego; Odontologia em Saúde Pública; Recursos Humanos em Odontologia
Período	Janeiro de 2000 até Outubro de 2015.

Tabela 1 – Parâmetros para a Revisão Integrativa

4.4 Análise da Seleção Pública

A pesquisa pelas seleções públicas foi realizada por meio do acesso aos sítios eletrônicos de prefeituras municipais e de empresas contratadas para a elaboração dos editais e aplicação das provas. Foram acessados também os sítios eletrônicos que mais frequentemente publicam as vagas no setor público para cirurgiões-dentistas: www.odontoconcursos.com.br; www.pciconcursos.com.br; www.concursosdeodontologia.com.br.

Foram selecionados editais que possuíam vagas para cirurgião-dentista no SUS, em Santa Catarina, entre janeiro de 2005 e abril de 2015. Os cargos selecionados foram para clínicos gerais e para cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família. As vagas para especialistas foram descartadas.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma tabela no Editor de Planilhas Microsoft Excel e analisados com auxílio do programa Stata Data Analysis and Statistical Software 9.1.

Em cada edital, foram avaliadas as seguintes variáveis: número total de vagas, salário, gratificações, horas trabalhadas por semana, regime de trabalho, forma de contratação, prova de títulos e conteúdo programático relacionado ao SUS (**Quadro 3**).

Documento	Informações observadas
Edital	Número de vagas
	Salário
	Gratificações
	Conteúdo Programático
	Prova de Títulos
	Jornada de Trabalho
	Forma de Seleção
	Forma de Contratação

Quadro 3: Parâmetros para análise dos editais.

A forma de recrutamento é o instrumento ou conjunto de instrumentos utilizados pelo gestor municipal para selecionar os cirurgiões-dentistas. A variável forma de recrutamento, introduzida nessa pesquisa, será um importante instrumento de verificação do nível de utilização de formas “legais” nos processos seletivos nos municípios. Aponta o grau de discricionariedade do poder executivo na definição do

perfil e escolha dos profissionais que atuam, bem como as implicações destas formas na definição dos tipos de vínculos que serão estabelecidos junto aos cirurgiões-dentistas.

As modalidades de contratação correspondem aos tipos de vínculos existentes entre os profissionais e os respectivos agentes contratantes. Os tipos de vínculos estão definidos no direito administrativo, nos casos de cargo, emprego ou função pública, na legislação trabalhista quando se configura relação de trabalho ou no Código Civil, quando se trata de uma relação comercial entre dois entes jurídicos. Quando se trata de vinculação de agente público a cargos, empregos e funções na administração pública a relação está constitucionalmente disciplinada e regulamentada por legislação específica (a Lei 8.112/1991 – Lei do Regime Jurídico Único, e a Lei 8.745 de 1993, para a contratação temporária por excepcional interesse público, para o governo federal, e seus congêneres nos estados e municípios).

As categorias observadas no inquérito para modalidades de contratação foram:

- a. Estatutário, contratado por meio de concurso público para preenchimento de cargo público com remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas num estatuto;
- b. Celetista, contratado por prazo indeterminado para exercício de funções na administração pública, regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que podem ou não ser admitidos por concurso público;
- c. Contrato temporário, contratado por tempo determinado, mediante processo seletivo simplificado e ampla divulgação, pelo prazo máximo de quatro anos.

A variável *salário* corresponde à remuneração mensal da categoria. Foram considerados os salários de contratação. A variável *jornada de trabalho* é constantemente utilizada nas análises de qualidade de emprego e precarização do trabalho e corresponde ao tempo semanal que o profissional em questão dedica ao exercício de suas atividades. A existência de incentivos trata da adoção por parte do gestor municipal de mecanismos de valorização e retenção do profissional. A pesquisa investigou a existência dos seguintes incentivos: adicional por tempo de trabalho, adicional por produtividade, adicional por qualificação/titulação, auxílio alimentação, auxílio transporte, auxílio moradia, assistência hospitalar, assistência odontológica, creche, previdência privada, estacionamento, outros.

Como medida de comparação, os salários foram padronizados em 40 horas. Também foram ajustados os salários de acordo com o

IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que é o índice oficial do Governo Federal para medição das metas inflacionárias do Brasil. Os valores foram ajustados de acordo com o **Quadro 4**.

ANO DO EDITAL	ÍNDICE DO IPCA	ÍNDICE ACRESCENTADO
2005	5,69%	54,04%
2006	3,14%	48,35%
2007	4,45%	45,21%
2008	5,90%	40,76%
2009	4,31%	34,86%
2010	5,90%	30,55%
2011	6,50%	24,65%
2012	5,83%	18,15%
2013	5,91%	12,32%
2014	6,41%	6,41%

Quadro 4 – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) utilizado para ajuste salarial de acordo com o ano do edital para cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde de Santa Catarina. Florianópolis – 2015.

Após análise geral dos editais de Santa Catarina, os municípios foram divididos em 6 regiões (Oeste, Serrana, Sul, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Norte) para comparação dos dados.

4.5 Inserção do SUS na Formação Acadêmica

Para proceder à pesquisa de campo, foi utilizado o instrumento de coleta intitulado “Avaliação da força de trabalho em odontologia para o Sistema Único de Saúde, no âmbito da atenção primária” (CARCERERI, 2005). O instrumento foi adaptado em duas partes: a Parte I se destina a identificar o perfil do entrevistado e a Parte II busca informações específicas sobre as habilidades da área de gestão de serviços públicos de saúde bucal, contemplando as ações que serão realizadas na futura prática profissional e atual prática acadêmica.

Foram estabelecidas nove competências essenciais aquelas fundamentais para que o SUS possa atingir seu objetivo fim na área da Odontologia: Diagnóstico, Monitoramento; Informação; Mobilização; Desenvolvimento; Conhecimento; Organização; Avaliação e Promoção.

As principais características de cada competência estão explicitadas na **Figura 5**.

<p>DIAGNÓSTICO e investigação dos problemas e riscos à saúde bucal na comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber pesquisar e utilizar estratégias/instrumento de análise • Fazer análise crítica de documentos, levantamentos, relatórios e literatura especializada • Manter-se atualizado em relação aos conhecimentos técnico-científicos e doenças emergentes na área da odontologia 	<p>MONITORAMENTO das condições de saúde bucal e identificação dos problemas de saúde bucal da comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia: definir problemas de saúde bucal coletiva • Estabelecer critérios de risco em saúde bucal • Avaliar sistemas de serviços de saúde 	<p>INFORMAÇÃO, educação, e suporte às pessoas a respeito de saúde bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar estratégias adequadas de comunicação oral e escrita • Manejar efetivamente a informação • Aplicar métodos e tecnologias atualizadas de ensino-aprendizagem e usar efetivas habilidades de ensino
<p>MOBILIZAÇÃO de parceiros comunitários para identificar e resolver problemas de saúde bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar dos Conselhos de Saúde. Ex: Locais, Municipais • Interagir com indivíduos e grupos de diferentes culturas, utilizando as redes de trabalho existentes • Aplicar habilidades de negociação e facilitação em várias situações 	<p>DESENVOLVIMENTO de políticas e planos para dar suporte aos programas de saúde individuais e comunitários</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar princípios de planejamento em saúde bucal • Usar estratégias para manejar situações políticas • Usar apropriada informação, recursos e estratégias para desenvolver novos programas 	<p>CONHECIMENTO de leis, portarias, regulamentações sobre saúde bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interpretar e aplicar leis e regulamentações sobre saúde bucal • Participar da elaboração de portarias e regulamentações por ventura necessárias • Entender e saber aplicar as diretrizes e os princípios do SUS
<p>ORGANIZAÇÃO do atendimento na Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar • Desenvolver e implementar políticas para o atendimento individual, incluindo os serviços de urgência • Participar do acolhimento 	<p>AVALIAÇÃO da eficiência, do acesso e da qualidade do serviço de saúde bucal prestado individual e coletivamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver mecanismos para monitorar e avaliar programas quanto à eficiência e qualidade • Compreender os métodos de avaliação, especialmente aqueles apropriados à saúde bucal • Conduzir análises de custo-eficiência, custo-benefício e custo-utilidade 	<p>PROMOÇÃO da saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as estratégias preventivas passíveis de uso em saúde bucal • Aplicar estratégias preventivas de acordo com critérios de risco • Articular intersetorialmente estratégias de risco comum

Figura 5: Principais características das competências estudadas

Para cada competência apresentada, foram avaliados três quesitos: Valorização, Capacitação e Treinamento. A *valorização* das competências estudadas representa o conhecimento dos acadêmicos quanto à importância delas para o trabalho no SUS. A *capacitação* denota como os respondentes sentem-se capacitados para o exercício das competências pontuadas na pesquisa. O *treinamento* apresenta a medida que os respondentes necessitam de treinamento para o exercício das competências listadas na pesquisa.

Para avaliar o grau de valorização de competências, o grau de capacitação para o desempenho e a necessidade de treinamento, foi utilizada a *Escala Likert*. A escala consiste em um conjunto de itens apresentados em forma de afirmações, onde o acadêmico escolhe um dentre cinco pontos, correspondente ao nível de concordância com os itens a serem analisados:

HABILIDADE

Absolutamente **não** fundamental A – B – C – D – E Absolutamente fundamental

CAPACIDADE

Absolutamente **não** capacitado A – B – C – D – E Absolutamente capacitado

TREINAMENTO

Definitivamente **não** necessita A – B – C – D – E Definitivamente necessita

Dessa forma, foram avaliadas nove competências com três afirmações cada e por três quesitos diferentes, totalizando 81 itens.

Os dados provenientes das escalas intervalares foram analisados segundo a abordagem quantitativa para estudo de eventos qualitativos, proposta por Pereira (1999). O algoritmo utilizado pelo autor é descrito, de forma sumarizada, no **Quadro 5**. Aos níveis de concordância são dados valores numéricos que, somados, fornecem o escore total de um indivíduo. Quanto maior o escore, maior é o grau de concordância com o assunto estudado. A escala permite a expressão da intensidade de sentimentos, pelo menos dentro dos limites das opções de resposta oferecidas (COSTA, 2011).

A partir das transformações obtidas por meio do algoritmo de Pereira (1999), a categorização do fenômeno distinguiu três diferentes dimensões, entre as cinco inicialmente propostas na escala intervalar, para cada um dos três quesitos avaliados, promovendo assim a redução de dimensionalidades tendo em vista as características do fenômeno estudado.

Etapas	Descrição das etapas
1 Tabulação do número de respostas – Tabela “mãe”	Reúne o número de respostas atribuído pelos sujeitos do estudo a cada uma das cinco dimensões da escala. Neste estudo este número é resultado da soma do número de respostas de cada uma das três habilidades necessárias ao desempenho das competências estudadas.
2 Cálculo de valores médios	Para tornar a relação entre as variáveis mais aparentes, calcula valores médios a partir da atribuição de pesos a cada uma das cinco dimensões avaliadas, a saber: 0, 1, 2, 3, 4.
3 Medição de pequenez e grandeza	Considerando que as características reconhecem contrários, atribui valores negativos e positivos às dimensões da escala cujo valor médio é igual a zero (-2, -1, 0, 1, 2). O resultado de sucessivas transformações das variáveis permite obter uma informação mais conclusiva.
4 Categorização do fenômeno estudado	Considerando que a mensuração é uma estratégia de análise e não um objeto de análise, esta etapa examina se a categorização realizada das manifestações do evento estudado é a melhor representação do real.

Quadro 5 – Sumarização do algoritmo proposto por Pereira (1999).

O grau de valorização das competências estudadas representa o conhecimento dos acadêmicos quanto à importância delas para o trabalho no SUS. Foram analisados os seguintes graus “não fundamental” (valores menores que zero), “intermediário” (valores entre 0 e 1) e “fundamental” (valores maiores que 1). O grau de capacitação denota como os acadêmicos se sentem para o exercício das competências pontuadas na pesquisa. Foram analisados os seguintes graus “não capacitado” (valores menores que zero), “intermediário” (valores entre 0 e 1) e “capacitado” (valores maiores que 1). O grau de necessidade de treinamento apresenta a medida que os acadêmicos necessitam de treinamento para o exercício das competências listadas na pesquisa. Foram analisados os graus “não necessita” (valores menores que zero), “intermediário” (valores entre 0 e 1) e “necessita” (valores maiores que 1).

Os questionários foram enviados a todas as Instituições de Ensino Superior de Santa Catarina com cursos de graduação em Odontologia que possuíssem acadêmicos formandos (dois últimos períodos) em 2015. Foram solicitadas autorização e colaboração dos coordenadores do curso para o procedimento de coleta dos dados. O

universo foi composto de 472 estudantes do último ano no período de outubro/novembro de 2015. Aos estudantes foi esclarecido que a participação na pesquisa era voluntária, não interferindo no seu rendimento acadêmico. O projeto foi aprovado no comitê de ética sob o número do Protocolo da Plataforma Brasil (CAAE): 37372214.5.0000.0110.

O banco de dados foi organizado no Programa Microsoft Excel 2013 e analisados por meio de estatística descritiva para os dados de identificação. Para fazer a comparação entre competências de cada quesito foi utilizada a metodologia ANOVA One-Way. Todos os testes de hipóteses desenvolvidas consideraram uma significância de 5%.

5 RESULTADOS

Os resultados da tese serão apresentados na forma de artigos e na apresentação do manual técnico.

Título: O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para cirurgiões-dentistas: uma revisão integrativa

Resumo: O objetivo do estudo foi compilar e categorizar as evidências científicas indexadas em bases de dados bibliográficos acerca da temática sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) como campo de trabalho para o cirurgião-dentista. Utilizou-se como método a revisão integrativa. Os estudos dos últimos 15 anos foram captados das seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo, Web of Science, Bireme e Pubmed. Do processo de análise, categorização e síntese emergiram 3 *Dimensões Temáticas*: formação de recursos humanos (n=28 estudos); gestão de recursos humanos (n=23); mercado de trabalho (n=23). A maioria dos estudos utilizou como abordagem a pesquisa quantitativa (n=19) ou qualitativa (n=19), seguida da revisão de literatura (n=18). A formação e a gestão dos recursos humanos afetam grandemente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação do usuário. Dessa forma, faz-se necessário enfrentar os problemas relacionados à gestão no SUS, desde a formação profissional até a regulação das situações de trabalho. De acordo com a literatura, o SUS passou a se constituir no espaço mais promissor de inserção profissional na atualidade, com uma elevada elasticidade de empregos para cirurgiões-dentistas, sendo a Estratégia Saúde da Família a opção de emprego direto ou indireto.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Recursos Humanos em Odontologia; Mercado de Trabalho; Odontologia em Saúde Pública.

Introdução

Os empregos gerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) representam uma grande oportunidade de trabalho para os diversos profissionais de saúde. O sistema é o principal empregador do país, contratando 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos cirurgiões-dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos¹. A ampliação do número de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) vem contribuindo para o crescimento nos postos de trabalho. De dezembro de 2002 a dezembro de 2009, a ampliação das equipes chegou a 345,5%. De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, foram investidos no *Brasil Sorridente* até o ano de 2005 cerca de R\$ 1,2 bilhão. Em 2006, os recursos para esta política chegaram a R\$ 535, 2 milhões e em 2007 foram investidos cerca de R\$ 640 milhões. Entre 2007 e 2010 os investimentos chegaram a mais de R\$ 2 bilhões². Com a inserção dos cirurgiões-dentistas na ESF, o número de concursos para o cargo também vem aumentando com a crescente demanda por estes profissionais. No mesmo sentido, a procura por cargos públicos também aumentou, haja vista a percepção da saturação do mercado privado. Este interesse já pode ser observado inclusive entre os estudantes de Odontologia³.

Para ingressar no SUS são utilizados diversos meios de recrutamento, porém a Constituição de 1988 determinou a obrigatoriedade universal do concurso público para fins de provimento dos cargos em todas as instituições da administração pública. Há outras formas legais para ingresso no setor público, como os contratos por tempo temporário e os cargos comissionados. Apesar disso, não raro é observado o ingresso dos cirurgiões-dentistas sem processo seletivo, sendo definido por relações de favoritismo e nepotismo. Esse fato evidencia que a seleção é realizada de forma precária, comprometendo a consolidação da estratégia, a criação do vínculo com o serviço, além de interferir no compromisso do profissional com a comunidade⁴.

O processo de trabalho desejado no serviço público é diferenciado em relação ao vivenciado em serviços privados. Na esfera pública, além das habilidades clínicas centradas no indivíduo e no seu contexto familiar e social, são necessárias habilidades para realização de ações em âmbito coletivo, envolvendo planejamento, acompanhamento e avaliação, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, além de identificar necessidades e expectativas da população em relação à saúde. Ademais, os cirurgiões-dentistas têm a responsabilidade de advogarem

políticas públicas saudáveis, auxiliando na capacitação das pessoas pela busca de sua qualidade de vida⁵.

Quando o cirurgião-dentista ingressa no SUS, geralmente não traz uma experiência duradoura e interdisciplinar que já tivesse vivenciado na graduação, nos moldes da lógica da ESF. Percebem-se distorções na formação e na representação social da prática odontológica, com ênfase da graduação pelos domínios cognitivos e instrumentais, com uma separação por oposição da esfera pública e privada⁵.

Para que a mudança do modelo assistencial do SUS realmente ocorra, são necessários profissionais que assumam posturas e práticas profundamente distintas das vigentes. Vale a pena ressaltar que os serviços de saúde representam uma importante estratégia na melhora das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem cirurgiões-dentistas com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, equilibrando prevenção e cura, além de adotar procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica⁶.

Para buscar respostas aos desafios referentes aos recursos humanos em saúde, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o intuito de implementar uma política de valorização do trabalho no SUS bem como formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. A criação desta secretaria aproximou estrategicamente a saúde e a educação⁷.

O setor privado de serviços odontológicos já não apresenta o mesmo prestígio social de outrora. Soma-se a isso a baixa remuneração, a crise econômica do país, a escassez de empregos, as taxas de regulamentação profissional, os custos elevados para manutenção do consultório, os impostos, a competição desleal e antiética. Com este panorama, muitos profissionais veem o serviço público como uma espécie de porto seguro diante das questões desafiadoras e problemáticas postas pelo setor privado.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compilar e categorizar as evidências científicas indexadas em bases de dados nacionais e internacionais acerca da temática sobre o SUS como campo de trabalho para o cirurgião-dentista.

Metodologia

A metodologia foi pautada na literatura científica e utiliza como método a revisão integrativa, a qual tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento já produzido sobre o tema investigado, permitindo buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis que possam contribuir com o conhecimento na temática. O protocolo da pesquisa foi baseado nos pressupostos de Whitemore e Knafl⁷.

Para guiar o estudo, as seguintes questões foram formuladas: Como o SUS se configura como campo de trabalho para o cirurgião-dentista? O que foi produzido na literatura e quais os aspectos mais relevantes sobre o tema proposto? Adotaram-se como critérios de inclusão os trabalhos no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões) nos idiomas inglês, português ou espanhol publicados no período de janeiro de 2000 a setembro de 2015. Constituíram critérios de exclusão os estudos que não abordavam o SUS, as cartas, resenhas, editoriais, publicações de autoria governamental, boletins informativos, teses, dissertações, monografias e os estudos duplicados. Os artigos foram captados nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Web of Science, BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e PubMed (US National Library of Medicine). Foi utilizado o cruzamento do descritor *Sistema Único de Saúde* com o termo booleano AND e os demais descritores: *Recursos Humanos em Odontologia; Seleção de Pessoal; Mercado de Trabalho; Emprego; Odontologia em Saúde Pública*. A coleta foi realizada entre maio e outubro de 2015. As referências foram importadas e gerenciadas por meio do software EndNote. Os resumos foram avaliados e as produções que atenderam aos critérios estabelecidos foram selecionadas para leitura integral, sendo sistematizadas suas principais características: título, autores, método, periódico, ano de publicação, objetivo do estudo e principais resultados. Prosseguiu-se com a análise, categorização e síntese das temáticas.

Resultados

Ao buscar os artigos nas bases de dados com o cruzamento das palavras-chaves citadas, chegou-se ao total de 724 trabalhos científicos. Destes, foram pré-selecionados 249 cujo tema abordava os objetivos do presente estudo. Após remoção das referências que apareciam em

duplicata no software EndNote e leitura prévia do resumo, restaram 89 estudos, dos quais 74 publicações adequaram-se aos critérios de inclusão adotados.

Dos estudos seleccionados, emergiram as seguintes *Dimensões Temáticas*: formação de recursos humanos; gestão de recursos humanos; mercado de trabalho. As principais características dos estudos estão sintetizadas nos **Quadros 1, 2 e 3**, adiante, que contemplam, respectivamente, a formação de recursos humanos, a gestão de recursos humanos e o mercado de trabalho.

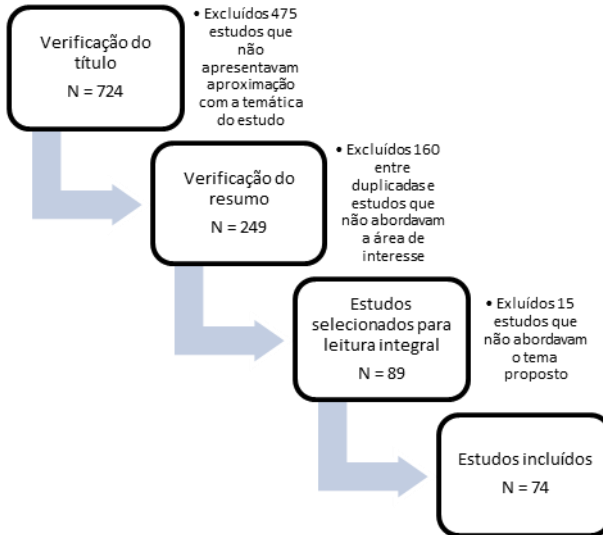


Figura 1 – Fluxo do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa.

Dos estudos seleccionados, emergiram as seguintes *Dimensões Temáticas*: formação de recursos humanos; gestão de recursos humanos; mercado de trabalho (**Figura 2**). As principais características dos estudos estão sintetizadas nos **Quadros 1, 2 e 3**, adiante, que contemplam, respectivamente, a formação de recursos humanos, a gestão de recursos humanos e o mercado de trabalho.

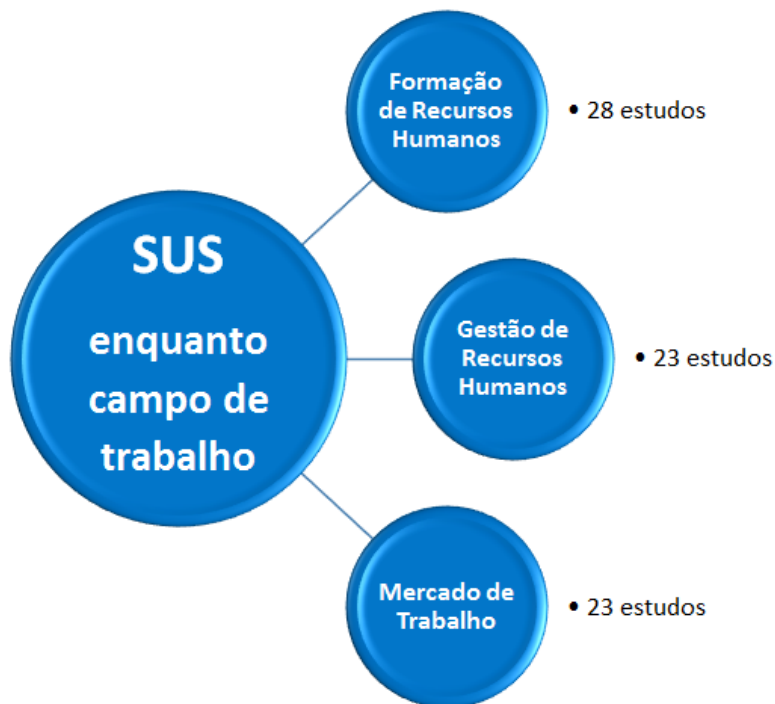


Figura 2 – Dimensões temáticas que emergiram da Revisão Integrativa.

Título	Ano/Autores	Periódico	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados / Conclusões
A contribuição do trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população: a concepção de alunos de Odontologia	2009/Reibnitz Jr C, Caetano JC, Prado ML ⁸	Physis	Pesquisa qualitativa	Analisar e discutir a compreensão de alunos de cursos de Odontologia quanto à contribuição do trabalho odontológico na resolução dos problemas de saúde da população	Necessidade dos cursos de Odontologia realizar com a comunidade acadêmica discussões visando à reflexão crítica do campo conceitual da saúde bucal
A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de Odontologia	2012/Sanchez HF <i>et al</i> ⁹	Acta Bioethica	Pesquisa quantitativa	Avaliar as concepções de dimensões relacionadas à atenção primária em saúde junto aos alunos	O modelo biomédico de ensino possui força significativa na formação profissional e isso pode ser um grande obstáculo para a conformação de novas práticas. A visão ampliada do processo saúde-doença foi observada. A ética e solidariedade são <i>valores</i> que não podem ser sistematizados em conteúdos curriculares
A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação	2004/Matos PES, Tomita NE ¹⁰	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa qualitativa	Verificar a concepção de formadores e estudantes de Odontologia sobre a atuação do cirurgião-dentista no PSF e	Formadores e estudantes apresentam conceitos em construção sobre a atuação do cirurgião-dentista na saúde coletiva. Isso implica a necessidade de maior

				oferecer contribuições para sua qualificação em pólos de educação continuada	desenvolvimento do ensino superior com os serviços públicos de saúde, de modo a complementar algumas lacunas na formação e na prática dos cirurgiões-dentistas no PSF
A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família	2006/Nascimento DDG, Oliveira MAC ¹¹	Rev. Min. Enf.	Relato de experiência	Refletir sobre a formação dos profissionais da saúde frente à necessidade de profissionais generalistas, com competência técnica e visão social, a partir da expansão da ESF	Residência Multiprofissional em Saúde apresenta grande potencialidade para romper paradigmas e para construir um novo modelo de cuidado para a população, a partir da formação dos profissionais para a consolidação do SUS.
A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS	2013/Dias HSA, Lima LD, Teixeira M ¹²	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão de literatura; Análise documental	Analisar a política nacional de reorientação da formação profissional em saúde, desenvolvida a partir de 2003, e seus antecedentes. Destacar marcos e transformações no percurso temporal da política de 1980 a 2010	O fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e a centralidade na atenção básica à saúde são alguns dos componentes presentes nos objetos preconizados pelas iniciativas, bem como norteiam as principais estratégias e instrumentos delineados. Tal contexto propicia efetivar o ordenamento da formação dos recursos humanos para o SUS, por meio da operacionalização

					conjunta de políticas para o setor
Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de dois modelos de formação acadêmica em odontologia	2008/Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL ¹³	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa quantitativa	Avaliar os desejos, percepções e preparo de acadêmicos de Odontologia em relação aos princípios do PSF	Prevalece entre os acadêmicos o desejo de trabalhar no PSF por razões ligadas às dificuldades do mercado de trabalho e os mesmos citam a técnica como a principal característica necessária a um dentista para atuação no PSF
Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde	2009/Moretti-Pires RO ¹⁴	Interface	Pesquisa qualitativa	Debater a formação do médico, do enfermeiro e do odontólogo, e sua adequação à visão ampliada de saúde implicada no SUS/ESF	Os dados apontaram para a formação reducionista/biomédica nas três profissões assim como o foco no trabalho individual, e não em equipe multiprofissional
Contribuição das ações de educação em saúde da disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva na consolidação das DCN e do SUS: relato de uma experiência	2007/Mialhe FL <i>et al</i> ¹⁵	Arq. Ciênc. Saúde	Relato de experiência	Apresentar as estratégias e organização das atividades das disciplinas de Odontologia em Saúde Coletiva para promover uma maior integração serviços-universidade e também uma melhor formação do acadêmico	Verificou-se uma melhora no acesso da população às ações de saúde, tais como prevenção, tratamento e controle das doenças bucais, importantes tanto para a consolidação das DCN no curso de Odontologia, bem como para a melhoria das ações do SUS

Educação odontológica e Sistema de Saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação	2010/Cavalcanti YW, Cartaxo RO, Padilha WWN ¹⁶	Arquivos em odontologia	Pesquisa quantitativa	Analisar o perfil do estudante de Odontologia de acordo com os interesses profissionais e a atuação no SUS	A formação foi considerada adequada às práticas do SUS. Os estudantes têm uma visão coerente com o perfil profissional esperado. O serviço público representa uma transitoriedade da carreira profissional
Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde	2014/Fonseca GS <i>et al</i> ¹⁷	Interface	Pesquisa qualitativa	Avaliar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	O PET é capaz de auxiliar no processo formativo, ampliar o olhar do estudante em direção ao processo saúde/doença e despertar para atuação futura no âmbito do SUS
Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em odontologia	2011/Souza AL, Carcereri DL ¹⁸	Interface	Pesquisa qualitativa	Compreender a integração ensino-serviço a partir da percepção de seus participantes, procurando identificar os fatores que direcionam e/ou distanciam o referido curso de graduação em odontologia da operacionalização de seu atual projeto político pedagógico	Os participantes compreendem a integração ensino-serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudança de práticas na formação em saúde, apesar de haver grupos resistentes. As mudanças desenvolveram-se ativamente com a reestruturação curricular. A integração ensino-serviço é um dos eixos que busca solidificar a proposta curricular

Formação em odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC	2011/Carcereri DL <i>et al</i> ¹⁹	Rev da ABENO	Relato de experiência	Apresentar a experiência da UFSC na implantação do Pró-Saúde	As atividades foram estruturadas em conformidade com os três eixos de desenvolvimento do programa e impulsionaram o movimento da reforma curricular. O programa foi fundamental para a indução desse processo de mudança em uma perspectiva interdisciplinar
Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil	2014/Bulgarelli AF <i>et al</i> ²⁰	Interface	Pesquisa qualitativa	Trabalhar as percepções de estudantes de uma faculdade de odontologia em relação à realização de estágios curriculares supervisionados no SUS	Os estudantes percebem diferentes processos de trabalho em saúde, apontam a importância do engajamento dos professores na supervisão dos estágios e percebem o SUS como um rico espaço de aprendizagem significativa para a formação em saúde
Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família	2008/Costa RKS, Miranda FAN ²¹	Trab educ saude	Análise documental	Refletir sobre as transformações na formação profissional em saúde, tendo como referência as competências do setor da saúde e da educação no ordenamento dos profissionais em	Formação e o desenvolvimento dos recursos humanos configuram-se como questões fundamentais e estratégicas para que as transformações no nível da produção do cuidado em saúde sejam efetivadas

				consonância com a construção do SUS e suas políticas	
Freire e a formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo	2009/Moretti-Pires RO, Bueno SMV ²²	Acta Paul Enferm	Revisão de literatura	Apresentar a literatura sobre a desarticulação entre a formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo para o SUS e a pertinência do marco teórico de Paulo Freire como modelo pedagógico universitário em saúde, para a superação desta desarticulação	Os pressupostos de Freire e do marco teórico que estabeleceu podem se constituir em direcionamento para a reorganização da formação de saúde com o enfoque humano, não distanciando o contexto da formação profissional para o SUS
Inserção do aluno de Odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde	2012/Palmier AC <i>et al</i> ²³	Revista brasileira de educação médica	Relato de experiência	Descrever a experiência da disciplina Ciências Sociais Aplicadas à Saúde	Vivenciar o processo de trabalho das UBSs propicia o surgimento, para o estudante, de um conceito de trabalho que supera a ação centrada no profissional. Permite a incorporação de outros educadores no processo de formação
Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia	2011/Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS ²⁴	Interface	Pesquisa qualitativa	Analisar como ocorre a integração dos cursos de Odontologia com a rede pública de saúde	Os cursos precisam avançar nas alianças e ações estratégicas com base na educação permanente em saúde, a fim de que as novas mudanças

					curriculares sejam efetivamente capazes de colaborar com o aperfeiçoamento do SUS
Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança	2006/Santos AM <i>et al</i> ²⁵	Rev Saúde Com	Revisão de literatura	Discutir a formação do graduando em Odontologia e as perspectivas do mercado de trabalho	Muitas universidades ainda são alheias às reais necessidades da população. O mercado liberal encontra-se saturado e muitos profissionais têm migrado para o setor público, ainda que por necessidade. As disciplinas de saúde coletiva têm inserido discussões sobre o SUS
Teaching at primary healthcare services within the Brazilian National Health System (SUS) in Brazilian healthcare professionals' training	2013/Toassi RFC <i>et al</i> ²⁶	Interface	Pesquisa qualitativa	Analisar o papel do ensino nos serviços de atenção primária do SUS para a formação do cirurgião-dentista	O estágio curricular nos serviços de atenção primária do SUS impactou na formação do cirurgião-dentista por meio do estabelecimento de vínculos, autonomia na resolução de problemas e trabalho em equipe multiprofissional
O Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde na formação profissional	2012/Leite MTS <i>et al</i> ²⁷	Revista Brasileira de Educação Médica	Relato de experiência	Descrever as experiências das equipes de trabalho do PET-Saúde após sua implantação na universidade entre 2009 e 2010	O programa tem enorme potencial transformador da realidade ensino-serviço-comunidade, mesmo com inúmeras dificuldades na construção do SUS
Palavras e silêncios na	2006/Araújo ME ²⁸	Ciência e	Revisão de	Debater sobre a	A formação deve estar em

educação superior em odontologia		Saúde Coletiva	literatura	formação universitária e o perfil profissional que está sendo formado	interface direta com as reais necessidades de saúde bucal da população e inserida no paradigma da política pública de saúde e dos princípios do SUS
Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	2013/Pinto ACM <i>et al</i> ²⁹	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa quantitativa	Analisar, na perspectiva dos alunos, o PET-Saúde de uma universidade pública em seu primeiro ano e seu impacto na formação dos discentes	O PET-Saúde constitui importante estratégia de formação de recursos humanos conforme as necessidades do SUS por possibilitar o exercício do trabalho em equipe, da comunicação, agilidade e criatividade para lidar com situações adversas
Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de curso de Odontologia	2011/Noro LRA, Torquato SM ³⁰	Trab Educ e Saúde	Pesquisa quantitativa	Apresentar a visão de alunos concludentes do curso de Odontologia sobre o aprendizado na área da saúde bucal coletiva e conhecer sua percepção sobre o SUS	A maioria tem maior interesse em atividades clínicas e indicam a importância dos conteúdos de saúde coletiva. Apontam o SUS como positivo e uma real perspectiva de inserção neste campo de trabalho
Percepções dos estudantes de odontologia sobre a Odontologia, mercado de trabalho e Sistema Único de Saúde	2012/Costa SM <i>et al</i> ³¹	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa quantitativa	Analisar as percepções dos estudantes quanto à Odontologia, ao mercado de trabalho e ao SUS	O contato com o contexto social, por meio da integração ensino-serviço, contribuiu para desenvolver novas competências e habilidades profissionais para o trabalho no setor público. No entanto, há contradições nas

					percepções dos estudantes, que pouco valorizam as disciplinas de Saúde Coletiva
Teaching-learning process in times of the Unified Health System (SUS): training of faculty and dental surgeons in Brazil	2010/Diógenes VCN <i>et al</i> ³²	Rev. odonto ciênc.	Revisão de literatura	Discutir a formação do cirurgião-dentista, a participação de instrutores e os requisitos do SUS, enfatizando a necessidade de integração do processo de formação na rede de serviços de saúde	Para a formação nos moldes do SUS, as mudanças na educação devem ser reais com ênfase nos princípios do sistema de saúde, aliando excelência técnica com relevância social
Projeto Pró-Saúde Odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná	2007/Morita MC <i>et al</i> ³³	Revista Espaço para a Saúde	Relato de experiência	Abordar as atividades iniciais de três universidades paranaenses contempladas com o Pró-Saúde Odontologia	Há necessidade do trabalho em rede integrada entre os projetos do Paraná valorizando o compartilhamento de informações, ações desenvolvidas, dificuldades encontradas, resultados positivos alcançados, visando a aproximação entre ensino, serviço e a comunidade
Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da faculdade de	2012/Meneghim MC <i>et al</i> ³⁴	Revista brasileira de educação médica	Relato de experiência	Apresentar a experiência da FOP na integração docente-assistencial	A atividade possibilita a experiência de praticar os conhecimentos auxiliando significativamente na formação profissional, na dinâmica do

Odontologia de Piracicaba – Unicamp					trabalho, na interação com a pós-graduação, além da quebra de preconceitos relativos ao serviço
Saúde Coletiva e novas diretrizes curriculares em Odontologia: uma proposta para graduação	2012/Freitas SFT, Calvo MCM, Lacerda JT ³⁵	Trab. Educ. Saúde	Relato de experiência	Analisar a trajetória das propostas de perfil profissional definidas na orientação dos currículos dos cursos de Odontologia até a implantação das novas diretrizes	Apresenta-se como uma alternativa inovadora cujo diferencial está sintetizado na ideia de formar o aluno, aproximando-os de uma práxis de saúde coletiva

Quadro 1 – Consolidação da Revisão Integrativa – Dimensão temática – Formação de cirurgiões-dentistas.

Título	Ano/Autores	Periódico	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados / Conclusões
A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica	2013/Carvalho M, Santos NR, Campos GWS ³⁶	Saúde em Debate	Revisão de literatura; Análise documental	Analisar a trajetória histórica das políticas de planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil	As políticas de saúde voltadas à gestão e ao planejamento da força de trabalho no contexto pós-constitucional demonstra que o Estado se omitiu das questões relacionadas aos trabalhadores de saúde que compõem o SUS – desde a formação até a distribuição desses trabalhadores

A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios	2013/Dedecca CS, Trovão CJBM ³⁷	Ciência e Saúde Coletiva	Ensaio teórico	Abordar a importância e a dimensão da força de trabalho do complexo da saúde para o mercado de trabalho brasileiro	Para se alcançar qualidade de atendimento e condições adequadas de trabalho, a política pública de saúde demanda o equacionamento adequado de seu financiamento e uma maior articulação com a matriz institucional da política social mais geral
As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia	2007/Chaves SCL, Silva LMV ³⁸	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa	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	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
As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão	2010/Junqueira TS <i>et al</i> ³⁹	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa quantitativa	Analisar a lógica da organização da gestão de recursos humanos em	As prefeituras são responsáveis por 93,3% dos contratos dos profissionais de

em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS				nível da atenção primária em saúde, desde a perspectiva dos gestores municipais, repensando o processo de descentralização a partir da mediação entre as orientações do governo federal e a dimensão do cotidiano dos serviços	saúde do PSF, os quais são vinculações tipicamente temporárias. Os achados ratificam a defasagem dos direitos políticos e sociais dos trabalhadores, com o paradoxo de ser o Estado – via gestão municipal – o responsável pelo descumprimento das leis
Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil	2007/Saupe R et al ⁴⁰	Texto Contexto Enferm	Pesquisa qualitativa	Avaliar um conjunto de competências nucleares para a capacitação de recursos humanos em saúde, na perspectiva de consolidação do SUS/ESF	Os resultados evidenciaram a procedência da proposta, considerando-a um instrumento válido para a incorporação nos projetos pedagógicos dos cursos e nos programas de educação permanente na área da saúde, na perspectiva de consolidação da reforma sanitária.
Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade	2008/Ferreira CA, Loureiro CA ⁴¹	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa qualitativa	Avaliar custos de implantação e manutenção da assistência odontológica no setor público	Devido ao alto custo, intervenções preventivo-promocionais realizadas no ambiente clínico não deveriam ser recomendadas, devendo ser substituídas por ações

					populacionais amplas e de menor custo
Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais	2011/Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP ⁴²	Physis	Revisão de literatura; Análise documental	Descrever e analisar o financiamento federal e o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal	A PNSB representa um importante fator de indução para a adesão pelos gestores locais, mas estes recursos por si só não são capazes de garantir a oferta dessas ações e serviços de modo a contemplar as demandas em saúde bucal da população. Há risco de retrocesso com a Portaria nº 302/2009 uma vez que a política de incentivos do MS é voltada para a ESF.
Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System	2010/Pucca Jr GA, Lucena EHG, Cawahisa PT ²	Braz Oral Res	Análise documental	Discutir o modelo de cuidados de saúde oral implementados no SUS na última década	Um conjunto de ações individuais e coletivas foi desenvolvido por meio de trabalho em equipe. As ações têm contribuído de várias formas para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento odontológico
Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades	2009/Weichert MA ⁴³	Revista de Direito Sanitário	Revisão de literatura	Analisar a proposta das fundações estatais em saúde, adotando como premissa o perfil jurídico desenhado no PLC	O regime jurídico administrativo “mínimo” que se intenta implementar traz riscos ao patrimônio público pois permitirá ilimitada

				n.92/2007 e o modelo operacional apresentado pelo governo federal	remuneração de pessoal, exagerada flexibilização das licitações públicas e supressão de diversos sistemas de controles administrativos. Diversos problemas da gestão permanecem inatacados, principalmente os relacionados à eficiência e ao tratamento isonômico dos recursos humanos, que devem ser incentivados, avaliados e premiados, conforme seu esforço e envolvimento, especialmente nas hipóteses de dedicação exclusiva ao SUS.
Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia	2008/Hennington EA ⁴⁴	Rev Saúde Pública	Revisão de literatura	Refletir sobre o trabalho em saúde, buscando confrontar o pensamento do filósofo francês Schwartz e a temática da gestão dos processos de trabalho no contexto da política de humanização	O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes
Modelo para avaliação da gestão de recursos	2010/Scalco SC, Lacerda JT, Calvo	Cadernos de Saúde	Ensaio teórico	Desenvolver uma proposta de modelo de	Verificou-se que o modelo é viável na atenção básica, em

humanos em saúde	MCM ⁴⁵	Pública		avaliação da gestão em recursos humanos na saúde, aplicado à atenção básica	municípios de diferentes tamanhos. Os indicadores utilizados demonstraram validade para a avaliação da gestão de recursos humanos dentro das políticas vigentes
Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil	2011/Rosenstock KIV, Santos SR, Guerra CS ⁴⁶	Revista Baiana de Saúde Pública	Pesquisa quantitativa	Analisar os principais fatores de motivação e o nível de envolvimento no trabalho entre profissionais que atuam na ESF	Fatores de motivação no trabalho estão relacionados ao bom relacionamento interpessoal, bom salário, valorização da produção, reconhecimento da capacidade de trabalho, responsabilidade e prática profissional. As equipes tendem a se sentir pouco comprometidas com a ESF
Motivações, práticas e percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho na Atenção Básica de João Pessoa	2010/Cavalcanti YW <i>et al</i> ⁴⁷	RFO	Pesquisa qualitativa	Conhecer as motivações para o trabalho na atenção básica, o perfil necessário para o cirurgião-dentista e a percepção sobre as políticas do SUS para a saúde bucal	A estabilidade financeira e a afinidade com o trabalho em saúde pública consistem em motivações para o trabalho. Os cirurgiões-dentistas valorizaram as características que atendam aos princípios do SUS e, em relação às políticas do SUS, consideraram a limitação nos aspectos burocráticos, de recursos

					humanos e financeiro
Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil	2013/Vieira V et al ⁴⁸	Saúde Soc	Pesquisa qualitativa	Analisar a percepção de profissionais de odontologia a respeito da municipalização dos serviços de saúde e seu significado para as ações de saúde bucal	Percebeu-se um impacto positivo da municipalização na organização do serviço e no modo de produção do cuidado odontológico, ampliando a efetividade e a eficiência do sistema público de saúde
O debate entre planejamento de recursos humanos para a saúde e autonomia universitária no parlamento brasileiro	2009/Romero LC ⁴⁹	Revista de Direito Sanitário	Análise documental	Registrar e analisar os debates ocorridos no Congresso Nacional sobre a <i>ordenação de recursos humanos na área da saúde</i>	A apreciação pelo Congresso Nacional arrastou-se por 12 anos e reduziu-se a um foco: a titularidade do direito de permissão para a abertura de novos cursos de nível superior na área de saúde. Perdeu-se a oportunidade de oferecer um instrumento normativo útil para o planejamento de recursos humanos
O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde	2004/Aerts D, Abegg C, Cesa K ⁵⁰	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão de literatura	Discutir sobre a atuação do cirurgião-dentista no SUS	As atribuições podem ser direcionadas para o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. É necessária a

					readequação dos cursos de Odontologia para formar profissionais capacitados a exercerem uma prática que atenda ao SUS
Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública	2010/Costa ACO <i>et al</i> ⁵¹	Odontol. Clín.- Cient	Revisão de literatura	Contextualizar o PCCS como instrumento de gestão de pessoas para nortear e incentivar uma das formas de despreciação da força de trabalho de profissionais de Odontologia do SUS	Embora exista apoio legal para que os municípios utilizem o PCCS-SUS como ferramenta para atrair e manter o dentista a desenvolver sua profissão no SUS, ainda é constante a falta de valorização deste profissional, o que impede sua dedicação exclusiva aos serviços públicos de saúde.
Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática	2013/Nora CRD, Junges JR ⁵²	Rev Saúde Pública	Revisão de literatura	Analisar as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do sistema de saúde brasileiro com base nos princípios da política nacional de humanização do Brasil	Embora muitas práticas sejam citadas como humanizadoras, não conseguem produzir mudanças nos serviços de saúde por falta de uma análise mais aprofundada nos processos de trabalho e de uma educação permanente serviço
Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde	2009/Cruz DB <i>et al</i> ⁵³	Rev. APS	Pesquisa quantitativa	Compreender a dinâmica do processo de trabalho na ESF sob a perspectiva das equipes	Há evidências de que as equipes de saúde bucal incorporaram as bases conceituais e a forma de atuar

bucal				de saúde bucal, integrado aos princípios da ESF e do SUS	de maneira coerente com os princípios da ESF e do SUS, entretanto, há necessidade de investimentos em uma maior capacitação das equipes em temas específicos
Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil	2010/Lacaz FAC <i>et al</i> ⁵⁴	Cadernos de Saúde Pública	Pesquisa qualitativa	Analisar o PCCS como tecnologia de gestão do trabalho na atenção básica do SUS	A temática é incipiente como política pública de gestão, sendo matéria de pouco domínio, seja dos usuários, seja dos sindicalistas e trabalhadores do setor saúde
Reflexões sobre os desafios da Odontologia no Sistema Único de Saúde	2010/Almeida AB, Alves MS, Leite ICG ¹	Rev. APS	Revisão de literatura	Suscitar reflexões quanto à contextualização social da Odontologia, abordando três eixos básicos a ela relacionados: a formação do profissional, a participação e o controle social frente aos serviços de saúde bucal e a adequação dos recursos humanos para o SUS	A Odontologia tem o desafio de superar alguns obstáculos que têm, historicamente, distorcido a percepção da sociedade de sua real importância no processo de construção de um novo modelo de saúde
Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde	2012/Castro JL ⁵⁵	RDisan	Revisão de literatura	Refletir sobre o trabalho nos serviços de saúde, buscando associar as	O espaço da gestão do trabalho deve ser compreendido como um

					condições de trabalho às condições de saúde dos profissionais da saúde	espaço estratégico para a transformação das relações de trabalho baseado em metodologias de gestão participativa que promovam o diálogo com os trabalhadores, o seu envolvimento e, conseqüentemente, crie o sentimento de pertencimento à instituição
Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas	de	2013/André AM, Ciampone MHT, Santelle O ⁵⁶	Rev Saúde Pública	Pesquisa quanti-qualitativa	Identificar que fatores produzem novas tendências no gerenciamento das unidades básicas de saúde e mudanças nos modelos de gestão.	O recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação devem ser norteados pelas competências do SUS. A formação deve ser revista não só quanto aos conteúdos, mas quanto ao desenvolvimento desses profissionais

Quadro 2 – Consolidação da Revisão Integrativa – Dimensão temática - Gestão de recursos humanos.

Título	Ano/Autores	Periódico	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados / Conclusões
A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros,	2011/Coelho MQ <i>et al</i> ⁵⁷	Arq Odontol	Pesquisa quantitativa	Identificar o perfil do cirurgião-dentista e verificar o exercício profissional na APS, no	As competências essenciais para operacionalização do SUS na área da odontologia provocaram mudanças no serviço. A grande maioria relatou

Minas Gerais, Brasil				âmbito do SUS	já ter feito treinamento em serviço e ter formação recente
Public service dental actions in a small town	2012/Campos ACV <i>et al</i> ⁵⁸	Rev Gaucha Odontol	Pesquisa quantitativa	Descrever as ações odontológicas do serviço público em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil.	O serviço odontológico é predominantemente curativo-restaurador, em detrimento às ações coletivas que parecem não estarem sendo executadas e/ou registradas
Avaliação dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família do município de Recife quanto aos conhecimentos apropriados para atuação nesta estratégia	2008/Macedo CLSV <i>et al</i> ⁵⁹	Cad Saúde Colet	Pesquisa qualitativa	Avaliar os cirurgiões-dentistas inseridos na ESF do município de Recife quanto aos conhecimentos apropriados para sua prática assistencial	A maioria dos cirurgiões-dentistas aponta como pertinente a sua formação ao seu exercício profissional. Apresentaram um perfil diferenciado em relação aos achados da literatura, que pode ser devido à especialização em Saúde da Família oferecida pelo município a esses profissionais
Features of selective examinations for dentists in Brazil	2012/Matsumoto SN <i>et al</i> ³	Rev Gaúcha Odontol	Pesquisa quantitativa	Analisar as características dos concursos públicos ofertados por prefeituras municipais para cirurgiões-dentistas atuarem como clínico geral e/ou para integrar a	Houve uma pequena porcentagem das vagas ofertadas para cirurgião-dentista para a ESF, os salários, na maioria dos concursos, não eram atrativos, mostrando ser necessário um maior empenho dos gestores na consolidação da ESF e maior investimento e valorização para os trabalhadores do SUS

				equipe de saúde bucal na ESF	
Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal na Bahia	2012/Chaves SCL, Cruz DN ⁶⁰	Revista Baiana de Saúde Pública	Revisão de literatura	Examinar o desenvolvimento histórico e o estado atual da organização dos serviços odontológicos na Bahia	Há distribuição desigual dos recursos humanos do SUS nas macrorregiões. A realidade da Odontologia pública na Bahia revela uma fraca tradição de burocracia estatal, associada ao predomínio da prática odontológica liberal, exigindo avanços na formação dos recursos humanos, no fortalecimento do movimento da saúde bucal coletiva e melhor gestão dos serviços públicos odontológicos
Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública	2008/Chaves MC, Miranda AS ⁶¹	Interface	Pesquisa qualitativa	Analisar os significados de discursos proferidos por cirurgiões-dentistas que tratam das percepções sobre a própria inserção e atuação profissional em serviços do PSF	Denota-se a crise de um determinado habitus profissional, em razão de sua inserção em um novo contexto de trabalho assalariado e prestação de serviços na esfera pública, diverso da expectativa e ideação iniciais de uma atuação profissional-liberal
Inserção dos egressos do curso de odontologia no mercado de trabalho	2011/Pinheiro VC <i>et al</i> ⁶²	RGO	Pesquisa quantitativa	Analisar o mercado de trabalho dos recém-egressos do curso de Odontologia	Quase todos os pesquisados conseguiram sua inserção no mercado de trabalho nos quatro primeiros meses de iniciação profissional, a maioria atuando profissionalmente como dentista da

					ESF
Mercado de trabalho dos odontólogos no Brasil	2010/Cardoso AL, Vieira ALS, Machado MH ⁶³	Divulg saúde debate	Revisão de literatura	Investigar o mercado de trabalho dos odontólogos, tendo em vista as transformações que vêm acontecendo no mundo do trabalho no setor saúde	As modificações ocorridas no mercado de trabalho demonstram que a profissão vive uma tendência de assalariamento, direto e indireto
Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas	2013/Ferreira NP, Ferreira AP, Freire MCM ⁶⁴	Revista de Odontologia da UNES	Revisão de literatura	Discutir aspectos relacionados ao mercado de trabalho em Odontologia	O sistema liberal de atenção em Odontologia está em crise; entretanto, com a superação dos paradigmas ultrapassados relacionados à atuação profissional e ao direcionamento do ensino, é factível a sustentabilidade e a valorização da profissão
O mercado de trabalho odontológico em saúde coletiva: possibilidades e discussões	2010/Pereira AC <i>et al</i> ⁶⁵	Arquivos em Odontologia	Revisão de literatura	Discutir as possibilidades de trabalho para os odontólogos na área da saúde bucal coletiva	A área de Saúde Coletiva é muito rica e abrangente como campo de trabalho, sendo importante se capacitar e conhecer as possibilidades de inserção no mercado
O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da	2014/Manoel RA <i>et al</i> ⁶⁶	Trab Educ Saúde	Pesquisa qualitativa	Analisar os determinantes para a escolha da ESF como campo de atuação profissional, a fim de	A escolha pela ESF não ocorreu de forma reflexiva, sendo influenciada pela expansão da oferta de emprego. Sugere-se investimentos nos processos educativos como forma de

saúde				verificar a influência da formação acadêmica e suas implicações	incentivar e favorecer a atuação e o compromisso com o SUS
O quadro de trabalhadores federais em saúde no Brasil: uma análise no contexto dos anos 2000	2011/Alberto LG, Machado CV, Teixeira M ⁶⁷	Physis	Revisão de literatura; Análise documental	Analisar o quadro de trabalhadores do Ministério da Saúde e entidades vinculadas, de 2000 a 2008, relacionando a evolução quantitativa e o perfil dos vínculos dos trabalhadores federais da saúde com os condicionantes históricos e as políticas para o funcionalismo	A partir de 2003 houve uma recomposição parcial de quadros na administração pública federal por meio de concursos públicos. A área da saúde apresentou um aumento de servidores ativos inferior à média federal. O nível central do Ministério foi pouco beneficiado com a realização de concursos, mantendo baixa proporção de servidores e alta dependência de consultores, terceirizados e contratos temporários
O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões-dentistas	2011/Camargo SX, Nakama L, Cordoni Jr L ⁶⁸	Interface	Pesquisa qualitativa	Verificar se o SUS é reconhecido pelos cirurgiões-dentistas como paradigma para a prática profissional	O SUS não é plenamente reconhecido como referencial para a atenção odontológica pelos cirurgiões-dentistas e que sua adesão ao projeto SUS se dá apenas na contingência da associação entre conhecimento do SUS e crença pessoal em sua viabilidade
Oral Health in Brazil – Part I: Public Oral Health Policies	2008/Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM ⁶⁹	Braz Oral Res	Revisão de literatura	Revisar a evolução histórica das políticas de saúde pública e a inserção da saúde	Recursos humanos devem estar preparados para atuação nesse sistema. Políticas públicas devem ser orientadas à promoção da saúde com

				bucal neste contexto	estratégias que enfatizam a criação de condições favoráveis para o desenvolvimento da saúde
Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do governo central brasileiro	2013/Costa NR, Lamarca I ⁷⁰	Ciência e Saúde Coletiva	Revisão de literatura	Analisar a configuração da força de trabalho civil ativa do governo central brasileiro nos mandatos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)	A residual participação do Ministério da Saúde na prestação direta de serviços públicos influenciou na trajetória declinante da força de trabalho federal. A implantação do SUS foi fortemente afetada pelo ajuste estrutural da força de trabalho no nível federal ao longo das décadas de 1990 e 2000
Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho	2012/Saliba NA et al ⁷¹	Revista de odontologia da UNESP	Pesquisa qualitativa	Conhecer a percepção dos cirurgiões-dentistas em atuação no mercado de trabalho a respeito das principais dificuldades para sua inserção profissional	Os profissionais têm-se deparado com a saturação do mercado de trabalho e realidades diferentes daquelas vivenciadas na formação acadêmica
Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade	2011/Marsiglia RMG ⁷²	Saúde Soc	Pesquisa quantitativa	Levantar o perfil dos trabalhadores das UBS, organizadas sob: Programas de Saúde, Saúde da Família e Mistas	Predominância de trabalhadores do sexo feminino; escolaridade superior à exigida para a função; processo de terceirização nas relações de trabalho e cirurgiões-dentistas como o terceiro mais frequente de nível superior
Perfil profissional do	2009/Villalba JP,	Rev Inst	Pesquisa	Descrever o perfil	Predomínio do sexo feminino e sem

cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)	Madureira PR, Barro NF ⁷³	Ciênc Saúde	quantitativa	profissional dos cirurgiões-dentistas que atuam na rede básica e analisar sua adequação para atuação no SUS	formação para o SUS nos cursos de graduação. A educação permanente foi fundamental para a aproximação com o sistema
Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil	2008/Lucietto DA, Amâncio Filho A, Oliveira SP ⁷⁴	Rev. Fac. Odontol.	Revisão de literatura	Discutir a necessidade de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil a partir do indicador que expressa a proporção identificada como adequada entre o número de profissionais por uma quantidade determinada de população	Os resultados apontam para, tomando-se por base o indicador da OMS, um excesso e uma má distribuição dos cirurgiões-dentistas no país. O indicador do Ministério da Saúde evidencia a necessidade de um grande número de novos postos de trabalho de modo a garantir a universalidade de acesso aos serviços odontológicos
Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí	2013/Moura MS <i>et al</i> ⁷⁵	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa quantitativa	Avaliar o perfil dos cirurgiões-dentistas que trabalham na ESF, e a partir deste, refletir sobre aspectos do desenvolvimento das ações odontológicas na atenção primária	Há formação profissional ainda distante do desejado quando se trata da aproximação real com o SUS. O trabalho interdisciplinar ainda é uma realidade distante
Saúde bucal no	2009/Rodrigues	Revista	Pesquisa	Conhecer o perfil dos	Maioria do sexo feminino. Todos

Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista	AAAO <i>et al</i> ⁷⁶	Baiana de Saúde Pública	quantitativa	profissionais de odontologia inseridos no ESF a fim de investigar se esse perfil é adequado às diretrizes e objetivos desse programa	contratados sem concurso. Possuem uma visão coletiva voltada para a prevenção
Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família	2012/Guerra LM <i>et al</i> ⁷⁷	RFO	Pesquisa quantitativa	Investigar as variáveis que impactam no desempenho dos profissionais em relação à odontologia na ESF	Há satisfação no trabalho na ESF com predominância das atividades clínicas e centralização na figura do profissional. Apresenta necessidade de educação permanente
Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS	2012/Assunção AA, Machado AF, Araújo TM ⁷⁸	R. Bras. Est. Pop	Pesquisa quantitativa	Avaliar a precariedade nos vínculos, jornada e rendimento do trabalho	Constatação da vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde em função das condições de trabalho precárias, além de indicaram a relevância da abordagem da atividade de trabalho, no sentido de identificar agentes estressores e outros fatores do ambiente relacionados às situações nocivas e de adoecimento

Quadro 3 – Consolidação da Revisão Integrativa – Estudos cujo tema central abordava o mercado de trabalho.

Por sua vez, os resultados expostos na **Figura 3** evidenciam uma tendência de realização de estudos a respeito do mercado de trabalho no SUS por meio de pesquisas com abordagem qualitativa e quantitativa, seguidos da revisão de literatura. Outras abordagens também foram utilizadas para desenvolver pesquisas na área.

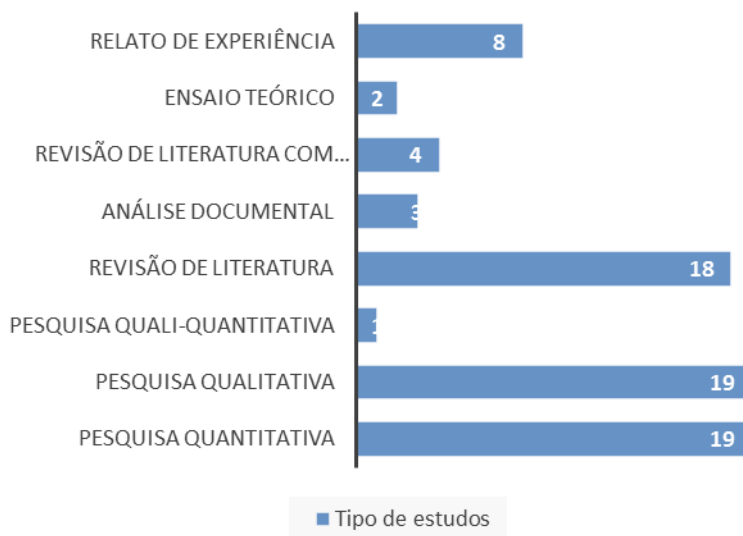


Figura 3 – Estudos sobre o SUS enquanto campo de trabalho para cirurgiões-dentistas, segundo abordagem.

Por fim, o **Quadro 4** ilustra o panorama geral dos principais resultados, classificados de acordo com as *Dimensões Temáticas*.

Formação de Recursos Humanos	Gestão de Recursos Humanos	Mercado de Trabalho
<ul style="list-style-type: none"> • Os princípios e diretrizes do SUS ou já são ou se reconhece que devem ser orientadores da formação • O SUS constitui um espaço 	<ul style="list-style-type: none"> • As políticas de saúde voltadas à gestão e ao planejamento da força de trabalho demonstram omissão do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> • As competências essenciais para operacionalização do SUS provocaram mudanças no serviço • O serviço odontológico no

<p>de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • A formação deve ser voltada às necessidades do usuário e dos serviços de saúde • A educação permanente colabora para o aperfeiçoamento do SUS • O Pró-Saúde e o PET-Saúde são capazes de auxiliar no processo formativo, ampliar o olhar do estudante em direção ao processo saúde-doença e despertar para atuação futura no âmbito do SUS • Há interesse no SUS como transitoriedade de carreira profissional • As novas DCN ampliam a visão do processo saúde-doença e melhoram integração ensino-serviço-comunidade, com a formação voltada para o SUS • Há interesse em ingressar futuramente no SUS em razão da dificuldades do mercado de trabalho • Sobressai a necessidade de um perfil profissional generalista e conhecedor da comunidade-realidade • A inserção dos estudantes no cenário das práticas do SUS favorece a evolução do 	<ul style="list-style-type: none"> • A hegemonia do setor privado influencia a prática no serviço público • As prefeituras são responsáveis pela maioria dos contratos dos profissionais, os quais constituem vinculações tipicamente temporárias • O regime jurídico “mínimo” permite ilimitada remuneração de pessoal, exagerada flexibilização das licitações públicas e supressão de diversos sistemas de controles administrativos • Fatores de motivação no trabalho estão relacionados ao bom relacionamento interpessoal, valorização da produção, reconhecimento da capacidade de trabalho, responsabilidade e prática profissional • A estabilidade financeira e a afinidade com o trabalho em saúde pública consistem em motivações para o trabalho • Destaca-se o impacto positivo da municipalização na organização do serviço odontológico • Ainda é constante a falta de valorização do cirurgião- 	<p>SUS é predominantemente curativo-restaurador</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos cirurgiões-dentistas apontam a sua formação como pertinente ao seu exercício profissional • Os salários normalmente não são atrativos, mostrando ser necessário maior empenho dos gestores e maior investimento e valorização • As modificações ocorridas no mercado de trabalho demonstram que a profissão vive uma tendência de assalariamento, direto e indireto • O sistema liberal de atenção em Odontologia está em crise • A área de Saúde Coletiva é muito rica e abrangente como campo de trabalho, sendo importante a capacitação e o conhecimento das possibilidades de inserção no mercado • A escolha pela ESF não ocorre de forma reflexiva, sendo influenciada pela expansão da oferta de emprego • O SUS não é plenamente reconhecido como referencial para a atenção odontológica • Devem ser preparados recursos humanos para atuação
---	--	--

<p>conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • São considerados requisitos para a formação aspectos como solidariedade, vínculo, trabalho em equipe, humanização e capacidade de diálogo • O modelo biomédico de ensino possui força significativa na formação profissional, assim como o foco no trabalho individual • Os formadores e os estudantes apresentam conceitos em construção sobre a atuação do cirurgião-dentista na saúde coletiva • A formação e o desenvolvimento dos recursos humanos se configuram como questões fundamentais • A maioria tem maior interesse em atividades clínicas e indicam a importância dos conteúdos de saúde coletiva 	<p>dentista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há necessidade de investimentos em capacitação das equipes • O espaço da gestão do trabalho deve ser compreendido como um espaço estratégico para a transformação das relações de trabalho • O recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação dos profissionais devem ser norteados pelas competências do SUS 	<p>no SUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais têm se deparado com a saturação do mercado de trabalho e realidades diferentes daquelas vivenciadas na formação acadêmica • Há predominância de trabalhadores do sexo feminino • Há excesso e má distribuição dos cirurgiões-dentistas no país • Ainda é habitual a seleção e recrutamento sem concurso público • Há satisfação no trabalho na ESF com predominância das atividades clínicas e centralização na figura do profissional • Constata-se vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde em função das condições de trabalho precárias
---	---	---

Quadro 4 – Panorama síntese dos principais resultados da Revisão Integrativa.

Discussão

A responsabilidade pela assistência à saúde é encontrada essencialmente na força de trabalho, que atua diretamente na execução das ações, na gerência e gestão da área de recursos humanos. A Odontologia possibilita o trabalho em diversas modalidades, atuando de

forma autônoma, no serviço público e privado, além da inserção em convênios e trabalho por porcentagem cuja popularidade vem aumentando⁷¹.

A prática exclusiva no serviço privado já não é mais uma realidade para muitos profissionais da Odontologia. Cavalcanti *et al*¹⁶ relatam a tendência dos cirurgiões-dentistas recém-formados de conciliarem carreira pública com o consultório particular. A atenção básica frequentemente representa um primeiro passo para a vida profissional, apesar de pouco valorizada pelo recém-formado, que apresenta forte tendência à especialização.

A esfera pública, representada e corporificada no atual sistema nacional de saúde, configura-se como a maior empregadora de mão-de-obra odontológica do setor. A partir da inserção da saúde bucal na ESF, o SUS passou a compor uma das mais importantes opções de mercado de trabalho para os profissionais da Odontologia. Essa estratégia foi interessante enquanto abertura de campo de trabalho para o cirurgião-dentista bem como iniciativa de atenção bucal à comunidade⁶⁵. A expansão da cobertura da ESF também se caracteriza por uma elevada elasticidade do emprego na área, com uma ampliação sistemática do volume de recursos humanos. Com a expansão do emprego, também é observada uma progressiva deterioração das condições de trabalho e remuneração³⁷.

Com a crescente oportunidade de trabalho no setor público, observa-se uma tendência de assalariamento dos cirurgiões-dentistas, mudando o perfil que outrora fora autônoma, uma vez que esses profissionais estavam inseridos em consultórios privados⁶². O estudo de Coelho *et al*⁵⁷ constatou que a maior parte dos cirurgiões-dentistas trabalhava na ESF e que 52,1% trabalham no setor público há menos de 11 anos.

O setor público não possui um piso salarial estabelecido por lei para o cargo de cirurgião-dentista, sendo a remuneração definida com base na média salarial dos municípios vizinhos. Além disso, a maioria dos municípios não respeita o piso válido para o setor privado. Não se descarta que os baixos salários oferecidos por alguns municípios são resultado do pouco estímulo, motivação e comprometimento dos profissionais com o sistema público³.

A opção pela dedicação exclusiva do exercício profissional no SUS ainda representa um nó crítico a ser superado, uma vez que a política salarial existente não garante um piso nacional nem isonomia nas três esferas de governo ou desenvolvimento da carreira no SUS. Todavia, os cirurgiões-dentistas, em sua grande maioria, afirmam

estarem satisfeitos em possuir emprego público no SUS⁵¹. Outro nó crítico é que muitos profissionais reproduzem no sistema público as mesmas práticas e critérios abordados no serviço particular do seu consultório.

Apesar das inúmeras vagas criadas com a implantação das equipes de saúde bucal na ESF, estas são insuficientes para atender à demanda da categoria odontológica, uma vez que mais de dez mil profissionais são lançados no mercado todos os anos. Dessa forma, as vagas na ESF e nos Centros de Especialidades Odontológicas apenas amenizam as dificuldades encontradas pelos cirurgiões-dentistas na inserção no mercado de trabalho⁶⁵.

Com a crescente migração dos vínculos dos cirurgiões-dentistas ao SUS, os cursos de Odontologia estão dando mais ênfase no ensino da saúde coletiva, incluindo tal área em suas estruturas curriculares²⁴. A formação envolve diretamente as oportunidades sobrevindas do mercado de trabalho, do perfil profissional e da satisfação das demandas populacionais. Por isso, as preocupações com a formação de recursos humanos para o setor público estiveram presentes desde a concepção do SUS¹².

É papel fundamental dos cursos de Odontologia a formação de profissionais com consciência de que seu *vínculo empregatício* se firma com a sociedade, criando entre o cirurgião-dentista e o usuário um atendimento mais humano, integral e de maior qualidade²⁰. O desenvolvimento dos recursos humanos se configura como uma estratégia fundamental para que as transformações na produção do cuidado em saúde sejam efetivadas, uma vez que os princípios e políticas do SUS necessitam cada vez mais de profissionais com formação acadêmica científica, ética e humanística. Não obstante, observa-se uma formação universitária ainda baseada na visão fragmentada e reduzida em disciplinas. Uma vez que a ênfase na formação foi dada aos aspectos técnicos e sem visão do todo e ainda sem articulação com outras profissões, a interdisciplinaridade fica seriamente comprometida²².

A reestruturação do currículo dos cursos de graduação em Odontologia por meio das novas diretrizes vem contribuindo para a construção de um novo perfil de atuação profissional, com competências de liderança, gestão de serviço público, tomada de decisões, administração e gerenciamento. Para que esse novo perfil seja alcançado, é necessária a oportunidade de vivências do acadêmico junto ao SUS, o mais próximo possível da realidade. Além disso, a vivência

junto ao SUS também pode ser vista pelo estudante como possibilidade de inserção no serviço público²⁰.

Freire *et al*^{7b} relata o desejo de estudantes trabalharem tanto no setor privado quanto no público. Já a grande maioria dos estudantes avaliados no estudo de Sanchez *et al*¹³ afirma que gostariam de trabalhar no SUS devido às dificuldades do mercado de trabalho. Cavalcanti *et al*⁴⁷ revela que a maioria dos estudantes acredita que o setor público é uma boa alternativa para o primeiro emprego. Noro *et al*³⁰ mostraram que a percepção dos alunos em relação ao SUS foi positiva para 80,9% dos participantes e que 85,1% veem sua inserção nesse sistema como provável. Dessa forma, a percepção dos acadêmicos denota a relevância do setor público na oportunidade de inserção no mercado de trabalho, levando ao reconhecimento da necessidade de inclusão do SUS na sua formação.

A construção de uma agenda nacional para a implementação e efetivação da política de recursos humanos no SUS é um importante fator para a fixação dos profissionais nos serviços e na adesão ao modelo assistencial. Além disso, recursos humanos comprometidos com as necessidades de saúde da comunidade, com a valorização da equipe e com a relação com os usuários consolidam ainda mais o sistema⁴⁶. Dessa forma, tomar decisões na área de gestão de recursos humanos implica modificar determinadas realidades, processos de trabalho, direitos e deveres, afetando diretamente a vida dos trabalhadores⁴⁵.

O ingresso no setor público mediante concurso ocorreu com 81% dos profissionais no estudo de Costa *et al*⁵¹ e 57% possuíam o regime de trabalho estatutário. Já Costa *et al*⁴ demonstraram um grande percentual de profissionais inseridos no serviço público sem concurso e com forma de vínculo laboral como prestadores de serviços. Colocam ainda trabalhadores sem contrato algum. No entanto, a Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece que a investidura em cargo público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou provas e títulos. É importante salientar que a Constituição contempla ainda a figura jurídica do *emprego público*, introduzindo na gestão de pessoal da administração pública regras claras para a contratação, regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Dessa forma, o nepotismo e o favorecimento político são dificultados, beneficiando os profissionais realmente capacitados para o exercício da função⁵¹.

A Constituição garante ainda as normas para a contratação pública e a proteção social do trabalho. Porém, tem-se observado a existência de diversos tipos de contratos e formas de ingresso no SUS, caracterizando a precarização das relações de trabalho. Pesquisa

realizada por Medeiros *et al*⁸⁰ em municípios da região sul revela que o vínculo empregatício precário pode ser usado como instrumento de controle político sobre as equipes de saúde. Os dados publicados por Silveira *et al*⁸¹ revelam que 38% dos trabalhadores da rede de atenção básica possuem vínculos precários de trabalho, sendo que apenas 40% ingressaram no setor por meio de concurso público.

O estudo de Chaves *et al*⁶¹ referiu que o atual mercado de trabalho odontológico foi percebido como muito competitivo e que a maior parte da população não poderia pagar por serviços odontológicos privados. Dessa forma, as iniciativas de uma prática liberal tornaram muito dispendiosa e praticamente insustentável para profissionais em início de carreira. Portanto, diante da impossibilidade do trabalho autônomo exclusivo em consultórios próprios, a alternativa na esfera privada recai sobre o trabalho assalariado em grandes empresas ou convênios odontológicos, implicando em sobrecarga e exploração do trabalho, instabilidade profissional e acúmulo de empregos. O assalariamento seria uma alternativa de remuneração ao trabalho em consultório privado ou, contrariamente, o consultório próprio seria o complemento do trabalho assalariado em convênios. O mesmo estudo coloca, então, que o setor público se configura como oportunidade única e imediata de “transição” para o trabalho assalariado na esfera pública, podendo significar um emprego seguro e provisório, enquanto se aguarda o reingresso na esfera privada, em condições mais lucrativas, ou seja, a escolha pelo setor público foi quase sempre compelida pela insustentabilidade de permanência exclusiva na esfera privada.

Dessa forma, pode-se afirmar que a carência de oportunidades no mercado de trabalho no setor privado altera a escolha de seguimento de carreira de muitos cirurgiões-dentistas. O SUS torna-se, então, a “tábua de salvação” num campo cheio de frustrações, onde a oportunidade de emprego pode não ser sinônimo de realização profissional⁶¹. No entanto, não se pode generalizar a conduta dos cirurgiões-dentistas, uma vez que são conhecidas experiências exitosas em muitos municípios brasileiros decorrentes da dedicação dos seus profissionais⁸.

Considerações Finais

A revisão integrativa concernente ao SUS enquanto campo de trabalho para o cirurgião-dentista realçou três dimensões temáticas: a formação de recursos humanos, a gestão de recursos humanos e o

mercado de trabalho. Dentre o universo de estudos analisados, foram selecionados 28 estudos relacionados à formação de cirurgiões-dentistas, 23 referentes à gestão destes profissionais e outros 23 relativos ao mercado de trabalho, totalizando 74 estudos sintetizados.

Inicialmente, quanto aos estudos relativos à formação, entre os resultados encontrados se destacaram as seguintes características: reconhecimento da importância dos princípios e diretrizes dos SUS como orientadores da formação, sendo o sistema um espaço de aprendizagem por meio da inserção das novas DCN; programas federais são capazes de auxiliar no processo formativo, ampliando o olhar dos acadêmicos sobre o processo saúde-doença e melhorando a integração ensino-serviço-comunidade; interesse dos estudantes em ingressar futuramente no SUS em razão das dificuldades do mercado de trabalho; formadores e estudantes apresentam conceitos em construção sobre a atuação do cirurgião-dentista na saúde coletiva e a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos se configuram como questões fundamentais para a consolidação do sistema.

Por sua vez, relativamente à gestão, as características relacionadas aos principais resultados identificados foram as seguintes: hegemonia do setor privado influenciando a prática no serviço público; as prefeituras são responsáveis pela maioria dos contratos dos profissionais, os quais constituem vinculações tipicamente temporárias, porém, observou-se um impacto positivo da municipalização na organização do serviço odontológico; a estabilidade financeira e a afinidade com o trabalho em saúde pública consistem em motivações para o trabalho; o espaço da gestão do trabalho deve ser compreendido como um espaço estratégico para a transformação das relações de trabalho; o recrutamento, a seleção, o desenvolvimento e a avaliação dos profissionais devem ser norteados pelas competências do SUS.

Finalmente, em relação ao mercado de trabalho, os resultados apontaram para as seguintes características: os salários normalmente não são atrativos, mostrando ser necessário maior empenho dos gestores e maior investimento e valorização; as modificações ocorridas no mercado de trabalho demonstram que a profissão vive uma tendência de assalariamento, direto e indireto; a escolha pela ESF não ocorre de forma reflexiva, sendo influenciada pela expansão da oferta de emprego; devem ser preparados recursos humanos para atuação no SUS; há predominância de trabalhadores do sexo feminino; há excesso e má distribuição dos cirurgiões-dentistas no país; ainda é habitual a seleção e recrutamento sem concurso público; há satisfação no trabalho na ESF com predominância das atividades clínicas e centralização na figura do

profissional; constata-se vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde em função das condições de trabalho precárias.

Como reportam os estudos, destaca-se a tentativa de efetuar a aproximação da formação odontológica e da gestão dos profissionais às necessidades dos usuários e dos serviços públicos de saúde. Percebe-se que muito já se alcançou nesse sentido, especialmente com as novas DCN e com a inserção do cirurgião-dentista na ESF. A inclusão desse profissional no sistema também se tornou um atrativo enquanto abertura de campo de trabalho, onde já é possível observar que em torno de um terço desses profissionais possuem vínculo com o SUS. Com a crescente oportunidade de trabalho no setor público, observa-se uma tendência de assalariamento dos cirurgiões-dentistas, mudando o perfil que outrora fora autônomo. Não obstante, continua se mostrando fundamental evoluir para enfrentar os problemas relacionados à gestão de recursos humanos no SUS, desde a formação profissional até a regulação da situação de trabalho, objetivando atingir uma prestação de serviços em saúde de maior qualidade.

Referências

- 1 - Almeida AB, Alves MS, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev APS* 2010; 13(1):126-132.
- 2 - Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res* 2010; 24(Supl. 1):26-32.
- 3 – Matsumoto SN, Endo MS, Terada RSS, Lolli LF, Hayacibara MF. Features of selective examinations for dentists in Brazil. *RGO* 2012; 60(2):233-239.
- 4 - Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG. Feminização do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, Brasil. *Cienc Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1865-1873.
- 5 - Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev ABENO*; 2004 4:30-37.

6 - Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cienc Saude Colet* 2010; 15:1643-1652.

7 - Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5):546-543.

8 - Reibnitz Junior C, Caetano JC, Prado ML. A contribuição do trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população: a concepção de alunos de Odontologia. *Physis* 2009; 19(1):189-206.

9 – Sanchez HF, Silva CJP, Drumond MM, Ferreira EF. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. *Acta Bioeth* 2012; 18(1):101-109.

10 – Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1538-1544.

11 - Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Rev Min Enferm* 2006; 10(4):435-439.

12 - Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet* 2013; 18(6):1613-1624.

13 - Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça EL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Cien Saude Colet* 2008; 13(2):523-531.

14 - Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface* 2009; 13(30):153-166.

15 - Mialhe FL, Melo MM, Berti M, Dobrowolski M. Contribuição das ações de educação em saúde da disciplina de odontologia em saúde coletiva na consolidação das DCN e do SUS: relato de uma experiência. *Arq Cienc Saude* 2007; 11(3):193-197.

16 - Cavalcanti YW, Cartaxo RO, Padilha WWN. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. *Arq Odontol* 2010; 46(4):224-231.

17 - Fonseca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais de saúde. *Interface* 2014; 18(50):571-583.

18 - Souza AL, Carcereri DL. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. *Interface* 2011; 15(39):1071-1084.

19 - Carcereri DL, Amante CJ, Reibnitz MT, Mattevi GS, Silva GG, Padilha ACL, Rath IBS. Formação em Odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC. *Rev ABENO* 2011; 11(1):62-70.

20 - Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK, Toassi RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface* 2014; 18(49):351-362.

21 - Costa RKS, Miranda FAN. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saude* 2008; 6(3):233-247.

22 - Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e a formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(4):439-444.

23 - Palmier AC, Amaral JHL, Werneck MAF, Senna MIB, Lucas SD. Inserção do aluno de Odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. *Rev Bras Educ Medic* 2012; 36(1) (Supl. 2):152-157.

24 - Finkler M, Caetano JC, Ramos RFS. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface* 2011; 15(39):1053-1070.

- 25 - Santos AM, Rodrigues AAAO, Suziki CLS, Magalhaes DC, Brandao PRJ, Batista RL, Fróes TC. Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de odontologia: o paradigma da mudança. *Rev Saude Com* 2006; 2(2):169-182.
- 26 - Toassi RFC, Baumgarten A, Warmling CM, Rossoni E, Rosa AR, Slavutzky SMB. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals training. *Interface* 2013; 17(45): 385-392.
- 27 - Leite MTS, Rodrigues CAQ, Mendes DC, Veloso NS, Andrade JMO, Rios LR. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. *Rev Bras Educ Medic* 2012; 36(Supl.1):111-118.
- 28 - Araújo ME. Palavras e silêncios na educação superior em Odontologia. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):179-182.
- 29 - PINTO ACM, Oliveira IV, Santos ALZ, Silva LES, Izidoro GSL, Mendonça RD, Lopes ACS. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde *Cien Saude Colet* 2013; 18(8):2201-2210.
- 30 - Noro LRA, Torquato SM. Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de cursos de Odontologia. *Trab Educ Saude* 2011; 8(3):439-447.
- 31 - Costa SM, Silveira MF, Durães SJA, Abreu MHNG, Bonan PRF. Percepções dos estudantes de odontologia sobre a Odontologia, mercado de trabalho e Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1285-1296.
- 32 - Diógenes VCN, Souza GCA, Emiliano GBG, Lima Júnior JF, Suliano AA. Teaching-learning process in times of the Unified Health System (SUS): training of faculty and dental surgeons in Brazil. *Rev Odonto Cienc* 2010, 25(1):92-96.
- 33 - Morita MC, Kriger L, Gasparetto A, Tanaka EE, Higasi MS, Mesas AE, Iwakura MLH, Alvanham D. Projeto Pró-Saúde Odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná. *Espaço Saude* 2007; 8(2):53-57.

34 – Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL, Sousa MLR. Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. *Rev Bras Educ Medic* 2012; 36(1) (Supl.2):97-104.

35 - Freitas SFT, Calvo MCM, Lacerda JT. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. *Trab Educ Saude* 2012; 10(2):223-234.

36 - Carvalho M, Santos NR, Campos GWS. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saude Debate* 2013; 37(98):372-387.

37 - Dedecca CS, Trovão CJBM. A força de trabalho no complexo de saúde: vantagens e desafios *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1555-1567.

38 - Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1697-1710.

39 - Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro RMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):918-928.

40 - Saupé R, Wendhausen ALP, Benito GAV, Cutolo LRA. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(4):654-661.

41 - Ferreira CA, Loureiro CA. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. *Cad Saude Publica* 2008; 24(9):2071-2080.

42 - Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis* 2011; 21(1):197-215.

- 43 - Weichert, M. A. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Rev Direito Sanit* 2009; 10(1):81-97.
- 44 - Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):555-561.
- 45 - Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saude Publica* 2010; 26(3):603-614.
- 46 - Rosenstock KIV, Santos SR, Guerra CS. Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Rev Baiana Saude Publica* 2011; 35(3):591-603.
- 47 - Cavalcanti YW, Padilha WWN, Paulino MR, Moreira MSC. Motivações, práticas e percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho na atenção básica de João Pessoa – PB. *RFO UPF* 2010; 12(3):228-232.
- 48 - Vieira V, Andrade FR, Castro CGJ, Bighetti TI, Narvai PC. Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. *Saude Soc* 2013; 22(3):795-803.
- 49 - Romero LC. O debate entre planejamento de recursos humanos para a saúde e autonomia universitária no parlamento brasileiro. *Rev Direito Sanit* 2009; 9(3):75-88
- 50 - Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):131-138.
- 51 - Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontol Clin-Cient* 2010; 9(2):119-123.
- 52 - Nora CRD, Junges JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev Saude Publica* 2013; 47(6):1186-1200.

53 - Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moyses SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev APS* 2009; 12(2):168-175.

54 - Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):253-263.

55 - Castro JL. Saúde e trabalho: direito do trabalhador da saúde. *Rev Direito Sanit* 2012; 12(3):86-101.

56 - André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saude Publica* 2013; 47(1):158-163.

57 - Coelho MQ, Costa SM, Martelli DRB, Martelli Junior H, Bonan PRF, Francly S. A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Arq Odontol* 2011; 47(2):65-72.

58 - Campos ACV, Borges CM, Lucas SD, Vargas AM, Ferreira EF. Public service dental actions in a small town. *RGO* 2012; 60(1):27-32.

59 - Macedo CLSV, Martelli PJJ, Pimentel FC. Avaliação dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família do município do Recife quanto aos conhecimentos apropriados para atuação nesta estratégia. *Cad Saude Colet* 2008; 16(3):503-512.

60 - Chaves SCL, Cruz DN. Desafios contemporâneos à organização da atenção em saúde bucal na Bahia. *Rev Baiana Saude Publica* 2012; 36(3):621-639.

61 - Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na saúde pública. *Interface* 2008; 12(24):153-167.

62 - Pinheiro VC. Inserção dos egressos do curso de Odontologia no mercado de trabalho. *RGO* 2011; 59(2):277-283.

- 63 - Cardoso AL, Vieira ALS, Machado MH. Mercado de trabalho dos odontólogos no Brasil. *Divulg Saude Debate* 2010; 45:71-79.
- 64 - Ferreira NP, Ferreira AP, Freire MCM. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. *Rev Odontol UNESP* 2013; 42(4):304-309.
- 65 - Pereira AC, Mialhe FL, Pereira SM, Meneghim MC. O mercado de trabalho odontológico em saúde coletiva: possibilidades e discussões. *Arq Odontol* 2010; 46(4):232-239.
- 66 - Manoel RA, Combinato DS, Gomes FMZ, Silva KF. O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da saúde. *Trab Educ Saude* 2014; 12(3):595-614.
- 67 - Alberto LG, Machado CV, Teixeira M. O quadro de trabalhadores federais em saúde no Brasil: uma análise no contexto dos anos 2000. *Physis* 2011; 21(4):1537-1560.
- 68 - Camargo SX, Nakama L, Cordoni Junior L. O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões-dentistas. *Interface* 2011; 15(38):883-902.
- 69 - Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral health in Brazil – Part I: public oral health policies. *Braz Oral Res* 2008; 22(1):8-17.
- 70 - Costa NR, Lamarca I. Os governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do governo central brasileiro. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1601-1611.
- 71 - Saliba NA, Moimaz SAS, Prado RL, Garbin CAS. Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. *Rev Odontol UNESP* 2012; 41(5):297-304.
- 72 - Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saude Soc* 2011; 20(4):900-911.
- 73 - Villalba JP, Madureira PR, Barros NF. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde. *Rev Inst Cienc* 2009; 27(3):262-268.

74 - Lucietto DA, Amâncio Filho A, Oliveira SP. Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 2008; 49(3):28-35.

75 - Moura MS, Ferro FEFD, Cunha NL, Sousa Netto OB, Lima MDM, Moura LFAD. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):471-480.

76 - Rodrigues AAAO, Gallotti AP, Pena SFA, Ledo CAS. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. *Rev Baiana Saude Publica* 2009; 33(4):582-594.

77 - Guerra LM, Gonçalves VB, Pereira AC, Meneghim MC Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. *RFO UPF* 2012; 17(2):201-207.

78 - Assunção AA, Machado AF, Araújo TM. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. *Rev Bras Estud Popul* 2012; 29(1):147-167.

79 - Freire MCM, Jordao LMR, Ferreira NP, Nunes MF, Queiroz MG, Leles CR. Motivation towards career choice of brazilian freshman students in a fifteen-year period. *J Dent Educ* 2011; 75(1):115-121.

80 - Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1521-1531.

81 - Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilélio AS, Maia MFS. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(9):1714-1726.

Título: O Mercado de Trabalho para Cirurgiões-Dentistas no Sistema Único de Saúde de Santa Catarina: Análise da Seleção Pública de 2005 a 2015

Resumo: Conhecer o mercado de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) é primordial, uma vez que o SUS é o principal empregador de cirurgiões-dentistas (CD) no Brasil. Este estudo descritivo e exploratório, de caráter retrospectivo, analisou a seleção pública para CD, em Santa Catarina, por meio de editais publicados entre 2005 e 2015. A coleta de dados foi realizada por meio do acesso aos sítios eletrônicos de prefeituras municipais e de empresas contratadas para a elaboração de concursos, e aos sítios eletrônicos que mais frequentemente publicam editais para contratação de CD para o SUS. Em cada edital foram avaliadas as seguintes variáveis: número total de vagas, salário, gratificações, horas trabalhadas por semana, regime de trabalho, forma de contratação, prova de títulos e conteúdo programático relacionado ao SUS. Pesquisaram-se as vagas para os cargos de clínico geral e CD da Estratégia Saúde da Família (ESF). Após a coleta, os dados foram organizados em uma tabela no Editor de Planilhas Microsoft Excel e analisados com auxílio do programa Stata Data Analysis and Statistical Software 9.1. No período estudado, 83,39% dos 295 municípios catarinenses realizaram seleção pública. Foram localizados 627 editais com um total de 1.040 vagas para CD clínico geral; 39,71% das vagas se destinava à ESF. Quanto à forma de contratação 55,5% consistiam em Concurso Público e 44,5% em Processo Seletivo. Em relação ao regime de trabalho 45,61% das vagas eram destinadas ao regime estatutário, 37,80% a contratos temporários, 13,88% celetista. Em relação ao conteúdo programático dos editais, 64,43% incluía o SUS. O salário médio foi de R\$ 4.362,23, registrou-se discrepâncias salariais entre os municípios, e, em geral, declínio da média salarial a partir de 2012. Pode-se projetar para Santa Catarina, em média, 62,7 editais com 104 vagas por ano. O estado possui 11 cursos de Odontologia com aproximadamente 900 egressos anuais. Se um terço apresentar interesse em ingressar no SUS, observar-se-á um déficit de quase 200 vagas anuais. De acordo com as evidências do estudo, o mercado de trabalho para CD no SUS, em Santa Catarina, se mostra potencialmente impossibilitado de absorver os profissionais disponíveis. O Estado carece de avanços no processo de seleção pública, necessitando de políticas que possibilitem o cumprimento do princípio Constitucional de obrigatoriedade universal de concurso público para ingresso no SUS. E políticas que assegurem planos de cargos, carreiras e

salários compatíveis com as atribuições do cirurgião-dentista na equipe de saúde bucal, com vistas à operacionalização das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde; Recursos Humanos em Odontologia; Mercado de Trabalho; Seleção de Pessoal

Introdução

A assistência odontológica surgiu na esfera pública pela necessidade de ofertar serviços gratuitos de urgência à população de baixa renda. No entanto, a esfera privada foi, historicamente, o espaço privilegiado para o desenvolvimento das práticas dos profissionais, mediada pela lógica da mercadoria, cabendo à esfera pública um papel secundário para a formação e o exercício profissional. Atualmente, o que se observa é uma reestruturação produtiva da Odontologia que enfrenta uma realidade de precarização do mercado de trabalho por meio da ampliação de planos e seguros de saúde privados, pela formação de uma camada profissional assalariada, especialmente na modalidade de clínicas *populares* e pela incorporação de uma intersubjetividade individual-narcisista e concorrencial (MORAES; KLIGERMAN; COHEN, 2015).

Por outro lado, os postos de trabalho no setor público para os profissionais da saúde bucal tiveram um grande acréscimo nos últimos dez anos. Os empregos gerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) representam uma grande oportunidade de inserção no mercado, sendo o principal empregador para cerca de um terço dos cirurgiões-dentistas no Brasil (ALMEIDA-FILHO, 2011). Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF), pela dimensão e pelas características do emprego gerado, pode ser incluída no rol das políticas governamentais com grande potencial de impacto no campo de trabalho (GIRARDI; CARVALHO, 2003).

Em Santa Catarina, a inserção da saúde bucal na ESF teve início em 2001 e, ao final do mesmo ano, já haviam 162 equipes, atingindo 10,3% da população. Em 2008, o número de equipes aumentou para 770, com 39,3% de cobertura, passando para 41% em 2009, presentes em 274 municípios catarinenses. A maior cobertura em saúde bucal estava no Extremo Oeste (64,9% em 2008 e 69,5% em 2009), seguida do Planalto Serrano (57,7% em 2008 e 60,6% em 2009) e Meio Oeste (55,5% em 2008 e 56,7% em 2009). Desde 2009, 15 anos após a implantação, Santa Catarina tornou-se o primeiro estado do país a contar

com a ESF em todos os municípios, enquanto a saúde bucal contava com apenas 41% de cobertura estadual (PANIZZI; SANTOS, 2010). Já em 2015, os dados de outubro do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde revelam que aproximadamente 95% dos municípios catarinenses possuem equipes de saúde bucal na ESF.

Para o provimento dos cargos em instituições públicas, incluindo a atuação junto ao SUS, a Constituição de 1988 determinou a obrigatoriedade universal de concurso público. Historicamente, o acesso às funções públicas no Brasil tem sido farto de nepotismo, favoritismos, apadrinhamentos e demais formas de desvirtuamentos, com ênfase no Estado patrimonialista. Essas formas de contratação são incompatíveis com o Estado Democrático de Direito (BORGES, 2009).

A força de trabalho é um dos requisitos fundamentais para que o sistema vigente garanta serviços de saúde de alta qualidade. Sem profissionais capacitados, os sistemas de saúde são incapazes de fornecer serviços básicos como prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento. Por isso, os gestores e planejadores de saúde necessitam de informações precisas sobre o tamanho, composição e conjunto de habilidades necessárias para o bom desempenho da força de trabalho na saúde pública com a finalidade de selecionar adequadamente os futuros trabalhadores (SPERO; McQUIDE; MATTE, 2011).

No contexto atual observa-se que o processo de trabalho desejado no serviço público é diferenciado em relação àquele vivenciado em serviços privados. Na esfera pública, além das habilidades clínicas centradas no indivíduo e no seu contexto familiar e social, são necessárias habilidades para realização de ações em âmbito coletivo, envolvendo planejamento, acompanhamento e avaliação, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, além de identificar necessidades e expectativas da população em relação à saúde. Ademais, os cirurgiões-dentistas (CD) têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis, auxiliando na capacitação das pessoas pela busca de sua qualidade de vida e da coletividade (MOYSES, 2008).

Para planejar e implementar políticas relativas à força de trabalho é fundamental conhecer os dados da demanda de postos de trabalho, assim como entender a sua dinâmica cotidiana – como a força de trabalho é recrutada, como é contratada, como é remunerada e em que base. Os dados da demanda correspondem ao número de postos ou posições de trabalho disponíveis (ocupados e vacantes) por área geográfica em um ponto do tempo (GIRARDI; MAAS, 2011).

Iniciar a vida profissional gera angústias nos estudantes provocadas pela necessidade de tomar decisões que irão influenciar

diretamente seu sucesso futuro. Por isso, é imprescindível conhecer o SUS enquanto campo de trabalho para o CD, uma vez que esse sistema é um dos maiores empregadores desses profissionais. Ademais, a perspectiva sobre o futuro emprego determina o modo como os acadêmicos irão planejar suas carreiras, como conduzirão seus estudos, bem como irão direcionar seus relacionamentos interpessoais e como exercerão seus papéis na sociedade. Pelo exposto, é possível observar a importância de se estudar o SUS como campo de trabalho para os cirurgiões-dentistas, uma vez que são esses profissionais os principais responsáveis pela saúde bucal da coletividade. O objetivo do presente estudo foi analisar a seleção pública para cirurgiões-dentistas em Santa Catarina por meio de editais dos anos 2005 a 2015.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de caráter retrospectivo e metodologia de abordagem quantitativa. Segundo Lakatos e Marconi (2002), este tipo de pesquisa visa descrever, analisar e interpretar os fenômenos atuais, objetivando conhecer o seu funcionamento, descrevendo as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Santa Catarina é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizada no centro da região Sul. Possui 295 municípios, sendo Florianópolis a capital do estado. Possui 95.703.487 Km², com uma população estimada 2015 de 6.819.190 habitantes. Os índices sociais do estado estão entre os melhores do país. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 relata que 54,1% da população residente consultou um cirurgião-dentista nos 12 meses anteriores a data da entrevista e 67,4% autoavaliaram seu estado de saúde como muito bom ou bom. Entre 2008 e 2009, a despesa média mensal familiar com assistência a saúde foi de 162,91 reais. O estado conta com 38 Centros de Especialidades Odontológicas implantados pelas 9 macrorregiões de saúde do estado. A pesquisa pelas seleções públicas foi realizada por meio do acesso aos sítios eletrônicos de prefeituras municipais e de empresas contratadas para a elaboração dos editais e aplicação das provas. Foram acessados também os sítios eletrônicos que mais frequentemente publicam as vagas no setor público para cirurgiões-dentistas: www.odontoconcursos.com.br; www.pciconcursos.com.br; www.concursosdeodontologia.com.br.

Foram selecionados editais que possuíam vagas para CD no SUS, em Santa Catarina, entre janeiro de 2005 e abril de 2015. Os cargos selecionados foram para clínicos gerais e para cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família (ESF). As vagas para especialistas foram descartadas.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma tabela no Editor de Planilhas Microsoft Excel e analisados com auxílio do programa Stata Data Analysis and Statistical Software 9.1.

Em cada edital, foram avaliadas as seguintes variáveis: número total de vagas, salário, gratificações, horas trabalhadas por semana, regime de trabalho, forma de contratação, prova de títulos e conteúdo programático relacionado ao SUS.

Como medida de comparação, os salários foram padronizados em 40 horas. Também foram ajustados os salários de acordo com o IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que é o índice oficial do Governo Federal para medição das metas inflacionárias do Brasil. Os valores foram ajustados de acordo com o **Quadro 1**.

ANO DO EDITAL	ÍNDICE DO IPCA	ÍNDICE ACRESCENTADO
2005	5,69%	54,04%
2006	3,14%	48,35%
2007	4,45%	45,21%
2008	5,90%	40,76%
2009	4,31%	34,86%
2010	5,90%	30,55%
2011	6,50%	24,65%
2012	5,83%	18,15%
2013	5,91%	12,32%
2014	6,41%	6,41%

Quadro 1 – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) utilizado para ajuste salarial de acordo com o ano do edital para cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde de Santa Catarina. Florianópolis – 2015.

Após análise geral dos editais de Santa Catarina, os municípios foram divididos em 6 regiões (Oeste, Serrana, Sul, Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Norte) para comparação dos dados.

Resultados

Dentro do período estudado, 83,39% dos 295 municípios catarinenses realizaram seleção pública para CD clínico geral. Foram encontrados 639 editais, sendo 8 descartados por falta de informações e 4 pelo fato da vaga oferecida ser para o posto de plantonista, totalizando 627 editais. Uma limitação do estudo foi quanto à seleção de editais com prazo de validade expirado devido ao fato de não haver obrigatoriedade de mantê-los disponíveis ao público. Dessa forma, alguns editais podem não ter sido captados.

Dados de fevereiro de 2015 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde revelam que o estado possui 1.656 Equipes de Saúde da Família, sendo 946 com Equipe de Saúde Bucal modalidade I e 57 com modalidade II. Dos 627 editais, apenas 39,71% das vagas destinavam-se para a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Foram oferecidas ao total 1.040 vagas, contudo 115 editais (18,34%) ofereciam apenas vagas como cadastro de reserva ou reserva técnica. Em relação ao conteúdo programático, a maioria (64,43%) dos editais incluía o Sistema Único de Saúde. A **Tabela 1** apresenta a relação entre os editais com vagas para a ESF e o conteúdo programático incluindo o SUS. Já em relação à prova de títulos, apenas 22,49% dos editais a consideravam como requisito para classificação dos candidatos.

SUS NO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO				
VAGA PARA ESF	SIM	NÃO	NÃO INFORMADO	TOTAL
SIM	167	60	22	249
	41.34	36.81	36.67	39.71
NÃO	237	103	38	378
	58.66	63.19	63.33	60.29
TOTAL	404	163	60	627
	100.00	100.00	100.00	100.00

Tabela 1 – Relação entre os tipos de vagas para cirurgiões-dentistas e o conteúdo programático das provas incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS) – Santa Catarina entre 2005 e 2015.

A maioria dos editais (55,5%) oferecia vagas para Concurso Público e 44,5% para Processo Seletivo. Em relação ao regime de trabalho, 45,61% das vagas eram destinadas ao regime estatutário, 37,80% ao regime temporário e 13,88% de contratos pela Consolidação

das Leis do Trabalho (CLT) o chamado regime celetista. A distribuição dos regimes jurídicos praticados por ano está apresentada na **Tabela 2**. A **Tabela 3** apresenta a média, o desvio padrão, o valor máximo e mínimo dos salários. Para comparação, os valores foram ajustados de acordo com o IPCA e padronizados em 40h semanais. Já as **Figuras 1 e 2**, representam a média salarial de acordo com os anos.

ANO	REGIME JURÍDICO				
	Estatutário	Celetista	Temporário	Descartado	TOTAL
2005	1	0	0	0	1
	100.00	0.00	0.00	0.00	100.00
2006	9	0	4	1	14
	64.29	0.00	28.57	7.14	100.00
2007	29	15	7	2	53
	54.72	28.30	13.21	3.77	100.00
2008	16	8	10	0	34
	47.06	23.53	29.41	0.00	100.00
2009	30	10	28	5	73
	41.10	13.70	38.35	6.85	100.00
2010	34	11	18	3	66
	51.52	16.67	27.26	4.55	100.00
2011	51	21	33	2	107
	47.66	19.63	30.84	1.87	100.00
2012	28	4	24	1	57
	49.12	7.02	42.11	1.75	100.00
2013	31	6	51	1	89
	34.83	6.74	57.31	1.12	100.00
2014	42	10	47	1	100
	42.00	10.00	47.00	1.00	100.00
2015	15	2	15	1	33
	45.45	6.06	45.46	3.03	100.00
TOTAL	286	87	237	17	627
	45.61	13.88	37.80	2.71	100.00

Tabela 2 – Distribuição dos regimes jurídicos empregados para contratar cirurgiões-dentistas em Santa Catarina entre 2005 e 2015.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Salário	R\$ 3.003,92	R\$ 1.269,94	R\$ 724,56	R\$ 7.672,59
Ajustado IPCA	R\$ 3.630,66	R\$ 1.436,87	R\$ 832,69	R\$ 8.412,07
Ajustado 40h	R\$ 3.604,75	R\$ 1.331,01	R\$ 724,56	R\$ 10.311,30
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 4.362,23	R\$ 1.481,66	R\$ 1.052,13	R\$ 12.182,80

Tabela 3 – Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo dos salários para cirurgião-dentista de Santa Catarina entre os anos de 2005 e 2015. Os salários foram reajustados segundo o índice anual do IPCA e padronizados em 40 horas semanais.

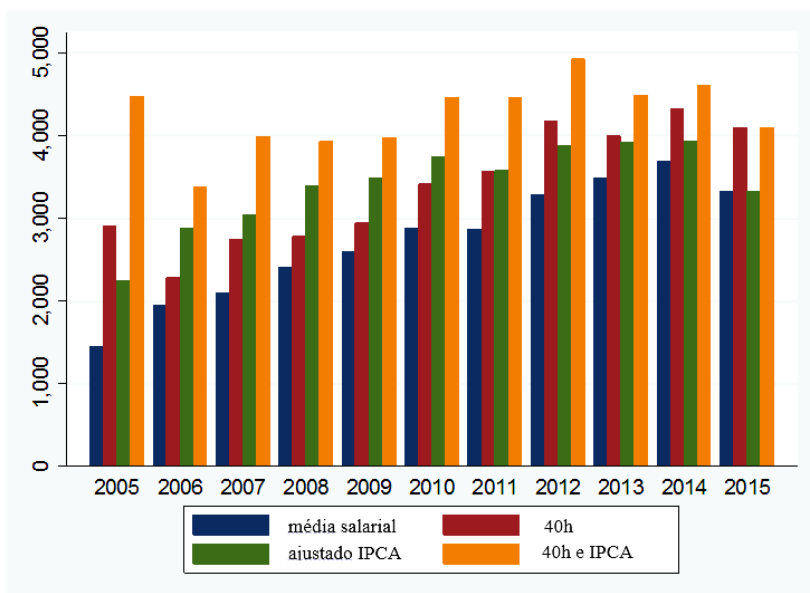


Figura 1 – Média salarial em reais de acordo com o ano para as vagas de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina. Os salários foram padronizados em 40h e ajustados de acordo com o IPCA.

O menor salário oferecido foi na cidade de Tubarão em 2007 para o cargo de Odontólogo, com uma vaga com carga horária de 20 horas semanais como clínico-geral com valor de R\$ 724,56 e gratificação de produtividade de R\$ 255,00. Tubarão também ofereceu o menor salário para o emprego público de Odontólogo da ESF, com 7 vagas para 40 horas semanais com um salário de R\$ 724,56 e

gratificação PSF de R\$ 915,00 e de produtividade de R\$ 255,00. O maior salário encontrado foi na cidade de Xanxerê em 2014, com vaga de cadastro de reserva para CD no valor de R\$ 7.672,59.

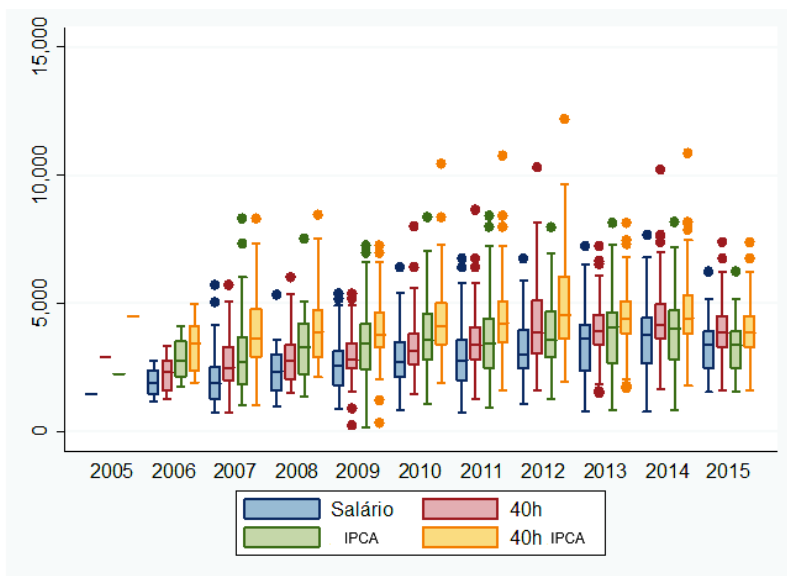


Figura 2 – Média salarial e desvio padrão em reais de acordo com o ano para as vagas de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina. Os salários foram padronizados em 40h e ajustados de acordo com o IPCA.

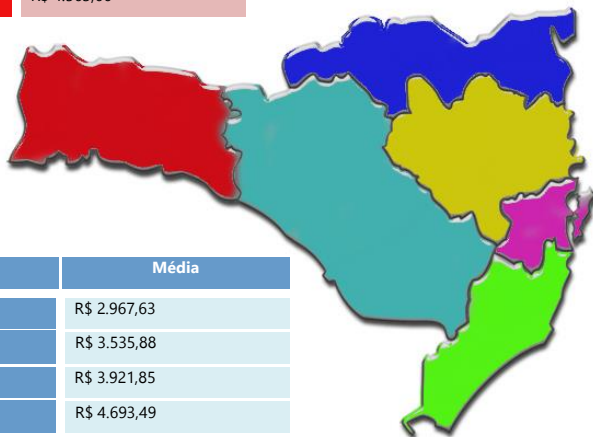
Em relação à carga horária, a mínima encontrada foi na cidade de Ouro Verde em 2011 com 8 horas semanais e a máxima foi na cidade de Abelardo Luz em 2009 e Celso Ramos em 2006 com carga horária semanal de 44 horas. Para as vagas para a ESF, 92,7% exigiam 40 horas semanais. O número total de vagas lançados por ano está esboçado na **Tabela 4**. A **Figura 3** ilustra a média salarial das 6 diferentes regiões do estado.

Ano	Editais	Min	Max	Média	Desvio padrão
2005	1	2	2	2.00	.
2006	14	1	6	2.64	1.78
2007	53	0	18	3.35	3.74
2008	34	0	9	2.47	2.16
2009	73	0	11	2.00	2.09
2010	66	0	9	1.47	1.53
2011	107	0	8	1.41	1.35
2012	57	0	10	1.30	1.82
2013	89	0	5	1.07	1.11
2014	100	0	13	1.44	2.03
2015	33	0	5	0.97	0.95
TOTAL	627	0	18	1.65	2.03

Tabela 4 – Número de editais lançados para seleção pública de cirurgiões-dentistas em Santa Catarina com número mínimo e máximo de vagas, média e desvio padrão.

Região Oeste	Média
Salário	R\$ 3.266,27
Ajustado IPCA	R\$ 3.937,80
Ajustado 40h	R\$ 3.776,43
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 4.563,66

Região Norte	Média
Salário	R\$ 3.081,18
Ajustado IPCA	R\$ 3.776,90
Ajustado 40h	R\$ 4.130,88
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 5.043,10



Vale do Itajaí	Média
Salário	R\$ 3.265,67
Ajustado IPCA	R\$ 3.978,24
Ajustado 40h	R\$ 3.841,76
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 4.687,35

Região Serrana	Média
Salário	R\$ 2.967,63
Ajustado IPCA	R\$ 3.535,88
Ajustado 40h	R\$ 3.921,85
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 4.693,49

Grande Florianópolis	Média
Salário	R\$ 2.523,44
Ajustado IPCA	R\$ 3.049,66
Ajustado 40h	R\$ 2.834,64
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 3.410,55

Região Sul	Média
Salário	R\$ 2.340,67
Ajustado IPCA	R\$ 2.818,15
Ajustado 40h	R\$ 2.723,55
Ajustado 40h e IPCA	R\$ 3.297,22

Figura 3 – Média salarial para cirurgiões-dentistas de acordo com as regiões de Santa-Catarina entre 2005 e 2015

Discussão

Com as mudanças no campo de trabalho, a Odontologia tem acompanhado os movimentos e as transformações na estrutura e no funcionamento do SUS, provocando alterações importantes na forma como a profissão se organiza (MELLO; MOYSÉS; CARCERERI, 2011). Dessa forma, é possível que o CD atue no SUS, na saúde suplementar e na assistência particular com desembolso direto, destacando uma busca acirrada por empregos no SUS pelo fato deste representar a possibilidade de emprego estável.

A inclusão de profissionais da saúde bucal na ESF iniciou em 2001 e se ampliou em escala nacional, efetivamente, em 2004, com a Política Nacional de Saúde Bucal Brasil Sorridente com a proposta de superar o modelo curativo-mutilador, reorganizar a atenção primária em saúde e ampliar o acesso da população brasileira às ações odontológicas. Por consequência, houve um sensível crescimento dos postos de trabalho no setor público para os profissionais de saúde bucal. Contudo, o estudo mostra que a minoria das vagas (39,71%) criadas para cirurgiões-dentistas em Santa Catarina nos últimos 10 anos estavam configuradas para a ESF, demonstrando uma necessidade de reorganização da atenção básica. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Matsumoto et al (2012), que analisou as características dos concursos públicos ofertados por prefeituras municipais do país para cirurgiões-dentistas. O resultado mostrou que os editais para a ESF ainda não eram predominantes, com apenas 29% das vagas. Dessa forma, observa-se uma necessidade de expansão das equipes de saúde bucal na ESF, com o objetivo de qualificar e consolidar a atenção básica, favorecendo o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e os princípios do SUS, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde da coletividade (MOYSÉS, 2008).

Entre 2002 e 2009, o número de cirurgiões-dentistas vinculados ao SUS cresceu 49%, passando de 40.205 para 59.958. Ainda, no mesmo período, o número de equipes de saúde bucal passou de 4.261 para 18.982, um aumento de 345,5%. As equipes atuavam em 4.117 municípios, o equivalente a 84,8% das cidades brasileiras. Em 2010, o Brasil concentrava aproximadamente 20% de todos os cirurgiões-dentistas do mundo, embora distribuídos de uma maneira desigual pelo país (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Nos últimos dez anos o número de vagas para cirurgiões-dentistas clínicos gerais em Santa Catarina chegou a 1.040. No entanto,

apesar das inúmeras vagas criadas recentemente no setor público, estas ainda são insuficientes para atender a demanda da categoria, apenas amenizando a dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Para melhorar esse quadro, é necessário um nivelamento do número de equipes de saúde bucal em relação ao número de equipes da ESF e, em seguida, a ampliação e manutenção de ambas. Santa Catarina possui em torno de 650 equipes sem profissionais da saúde bucal, ou seja, o número de vagas para cirurgiões-dentistas no estado tende a aumentar à medida que os municípios completem a equipe multidisciplinar.

Em 2001, dados projetados do estudo de Girardi e Carvalho (2003) mostravam que a ESF contava com 3,8 mil postos de trabalho para cirurgiões-dentistas, representando pouco mais de 2% do contingente de profissionais ativos. Os dados também revelam que as prefeituras respondem diretamente pela contratação da maior parte dos profissionais, chegando a 98,5% na região Centro-Oeste. No mesmo estudo, em relação ao vínculo empregatício, a região Sul apresentou 45% de vínculo estatutário para os cirurgiões-dentistas. Os salários praticados no período pela ESF foram menores que o segmento celetista para todas as regiões, com exceção do Nordeste. Já no presente estudo, os dados mostram que a média salarial no setor público para os cirurgiões-dentistas que integram a ESF é aproximadamente 12% maior em relação aos clínicos-gerais que atendem em unidades básicas tradicionais. Uma das possíveis causas seria o incentivo financeiro federal e estadual que são repassados aos municípios. O repasse federal está regulamentando pela Portaria n. 978 de 16 de maio de 2012, que define o incentivo para as equipes de saúde bucal modalidade I de R\$ 2.230,00 por mês e na modalidade II de R\$ 2.980,00.

O estudo mostrou uma ampla variação salarial, com valor mínimo de R\$ 724,56 e máximo de R\$ 7.672,59 com média de R\$ 3.003,92. O menor valor encontrado foi praticado na cidade de Tubarão que em 2010 apresentou um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,796, ficando na 12ª posição dentro do estado. Já o maior salário foi praticado na cidade de Xanxerê, cujo IDH no mesmo ano foi de 0,775, ficando na 39ª posição estadual. Isso demonstra uma grande diferença na valorização do profissional de saúde bucal por parte dos municípios que findam por não respeitar o piso salarial da classe. Certamente, os baixos salários pagos por alguns municípios contribuem para a falta de estímulo e motivação para ingresso de CD no SUS.

A Lei n. 3.999 de 15 de dezembro de 1961 estabelece o piso salarial de 3 salários mínimos, ou seja, em 2007 (salário mínimo no valor de R\$ 380,00) o piso da categoria estava em R\$ 1.140,00. Dessa

forma, o salário no município de Tubarão neste ano estava quase a metade do piso estabelecido. Está em tramitação um Projeto de Lei 2750/11 que visa constituir um novo piso salarial para médicos e cirurgiões-dentistas no valor de 9 mil reais. Contudo, caso aprovado, este valor se refere apenas ao setor privado. No setor público, o vencimento é determinado em cada município, por lei aprovada pela Câmara de Vereadores. Alguns locais ainda definem o valor com base na média salarial dos municípios vizinhos.

O mercado de trabalho brasileiro está atualmente caracterizado pelo aumento da informalidade nos contratos de trabalho e pela expansão de muitas formas precárias e atípicas de emprego, tais como os contratos temporários (DIAS et al., 2011). No presente estudo, observou-se que 45,61% dos vínculos eram estatutários e o segundo vínculo mais predominante foi o contrato por tempo determinado. Estudo de Panizzi, Santos e Caetano (2010) identificou que 37,7% dos contratos para cirurgião-dentista da ESF de Santa Catarina eram temporários, seguido pelo vínculo estatutário com 35,6% e celetista com 23,7% e a média salarial registrada neste estudo ficou em R\$ 2.903,00. A Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) monitora o emprego na ESF desde o início da década. Um dos objetivos da EPSM é conhecer a qualidade do emprego, considerado fator determinante na atração e retenção dos profissionais contratados. Em 2006, a EPSM constatou que cerca de 20 a 30% dos vínculos de trabalho eram precários, gerando insegurança, insatisfação e alta rotatividade, comprometendo a qualidade dos serviços. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O estudo de Tomasi et al (2008) avaliou o perfil das equipes de saúde da rede básica em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste. Foi observado que o ingresso por concurso público alcançou pouco mais de 40% dos trabalhadores da rede básica de saúde, sendo maior no modelo de atenção tradicional do que na ESF. O mesmo estudo também observou que os vínculos trabalhistas precários alcançaram cerca de 38% dos profissionais, sendo maior entre os sujeitos pesquisados da região Nordeste. Em relação à satisfação com o vínculo de trabalho, cerca de 69% dos profissionais da região Sul demonstraram estarem satisfeitos enquanto na região Nordeste a satisfação chegou a 58% dos profissionais. Em ambas as regiões, os profissionais da atenção básica tradicional estavam mais satisfeitos com o vínculo de trabalho que seus colegas da ESF. O mesmo estudo ainda ressalta que os vínculos precários geram insegurança e

dificuldades nas reivindicações dos direitos trabalhistas e quanto ao reconhecimento profissional.

A análise dos editais também mostrou que muitos municípios, durante os últimos dez anos, realizaram processos seletivos anuais para contratação temporária e nenhum concurso público para contratação efetiva. Conseqüentemente, o profissional não é incentivado a criar vínculo com a comunidade atendida e esta terá que se adaptar a um novo profissional todos os anos. A estabilidade é outra questão fundamental para os profissionais do setor saúde. Recrutar, reter e desenvolver a força de trabalho é um dos principais objetivos da gestão de pessoas, uma vez que a alta rotatividade afeta negativamente o acesso e o nível de qualidade dos cuidados de saúde a serem prestados (BUCHAN, 2010).

O concurso é o instrumento de investigação técnica da capacidade específica do candidato, tanto para ocupação de cargo quanto de emprego público. Constitui-se em ferramenta essencial à concretização da moralidade, impessoalidade e eficiência no acesso aos cargos e empregos. A prova deve guardar relação direta com a natureza e a complexidade da função a ser preenchida, sendo inadmissível que sejam impostos requisitos que não apresentam relação direta com as atribuições que serão necessárias para a execução do trabalho. Dessa forma, os requisitos constantes no edital devem estar em clara sintonia com as atividades a serem desempenhadas (MONTEIRO; CASTRO, 2010).

Outro ponto importante é caracterizar o cargo do concurso, descrevendo o conjunto de atribuições e as competências necessárias, as quais devem ser suficientemente amplas, possibilitando a evolução ao longo da carreira. É relevante também apresentar uma estrutura de progressão, incentivando o desenvolvimento do servidor. Vale a pena ressaltar que a contratação é uma das principais estratégias para atingir o perfil ideal, tanto quantitativo como qualitativo dos novos funcionários, sendo necessária a realização de forma muito precisa (MARCONI, 2005).

Para selecionar o cirurgião-dentista com o perfil adequado para o exercício de sua função no SUS, o gestor deve orientar o certame a fim de que apenas os candidatos mais preparados sejam aprovados. Alcançar este objetivo nem sempre é uma tarefa fácil. É necessário um planejamento prévio que se inicia antes mesmo da elaboração do edital.

No presente estudo, constatou-se que a maioria (64,43%) dos editais incluía o SUS no conteúdo programático. Selecionar o candidato com o conhecimento sobre o sistema em que atuará é fundamental para

que os princípios e metas do sistema sejam alcançados. O estudo de Matsumoto et al (2012) demonstrou que apenas 8,1% dos editais estudados contava com questões sobre o SUS. Para selecionar profissionais com capacidade para o trabalho no sistema de saúde vigente é essencial uma definição do conteúdo programático de acordo com o perfil desejado, recrutando o candidato mais apto, que entenda como o SUS funciona, suas estratégias, a fim de que o profissional possa ter o melhor desempenho esperado. Além disso, é importante que o conteúdo do SUS não recaia apenas na legislação, mas também no processo de trabalho que será desenvolvido.

A graduação marcadamente biomédica, ainda é um entrave para uma visão mais integral dos sujeitos. A formação acadêmica por si só não é responsável por profissionais capacitados para uma prática integral. O mercado e a própria população contribuem para escolhas fragmentadas e as instituições de ensino superiores não devem ser omissas nesses aspectos (SANCHEZ et al., 2015).

Mudanças na formação e no mercado de trabalho têm contribuído para que os estudantes se interessem pelo serviço público. Esse fato é relatado no estudo de Matos e Tomita (2004) que mostrou uma inversão no perfil dos estudantes, destacando que anteriormente 80% dos alunos buscavam a clínica privada, porém, em 2004, 80% manifestavam o desejo de ingressar em um serviço público. Para Morita, Haddad e Araújo (2010) o serviço público configura-se como oportunidade de primeiro emprego para vários profissionais, que podem atuar em tempo integral ou parcial.

Quanto à prova de títulos, apenas 22,49% dos editais apresentavam esta etapa como requisito para a classificação dos candidatos. Diferenciar profissionais com uma maior titulação, especialmente aqueles com especialização em saúde da família, selecionam ainda mais o candidato com o perfil desejado para atuar no sistema.

Muitos editais, rotineiramente, são publicados apenas para a formação de cadastro de reserva. Esse cadastro é uma modalidade que oferece ao *concurseiro* uma possibilidade a uma vaga, e não uma oportunidade, pois o candidato participará da seleção pública sem saber se será nomeado ou não, uma vez que o edital não indica a existência de vagas. Ao criar a reserva, o candidato só será chamado caso venha a surgir uma vaga disponível ao longo da vigência do concurso. O fato é que muitos municípios têm utilizado este artifício indiscriminadamente, criando uma falsa expectativa ao candidato que paga a inscrição, tem gastos com os estudos, com a ida até o local da prova e, na grande

maioria das vezes, termina não sendo convocado, mesmo que tenha ficado em primeiro lugar na classificação. Para evitar essa prática, há um Projeto de Lei do Senado (PLS 74/2010) que exige um mínimo de vagas asseguradas para os candidatos, evitando-se que essa modalidade seja utilizada como tática meramente arrecadatória por parte do órgão que está promovendo a seleção pública. Evita-se também que, ao realizar o concurso, o candidato confie na boa-fé do órgão estatal e, após a não nomeação, depara-se com a notória deslealdade por parte de alguns, visto que ofereceram a opção de cadastro sem ter a real intenção de nomeação. Dessa forma, o cirurgião-dentista ou acadêmico deve prestar atenção em editais que oferecem cadastro de reserva, verificando com a entidade se existe a informação de vagas que irá concorrer ou a possibilidade destas surgirem durante a vigência do concurso, minimizando possíveis decepções futuras.

Considerações Finais

A finalidade da seleção pública é clara: garantir o princípio da isonomia, onde todos os interessados são delineados na mesma condição, cuja aprovação depende exclusivamente do candidato, sendo aprovado o mais preparado. Dessa forma, a única maneira de entrar regularmente no serviço público é com a submissão em concurso público, criando um vínculo novo e regular.

O concurso é um artifício que dificulta hábitos nepotistas arraigados na cultura administrativa, mostrando-se como um caminho para que servidores com perfil desejado possam integrar o quadro de agentes públicos. Contudo, nem sempre os melhores candidatos coincidem com o provimento de bons servidores. Por isso, é sempre importante aperfeiçoar o certame, conjugando com outros mecanismos que assegurem o desenvolvimento do mérito potencial.

O edital é o instrumento de controle do concurso, contendo todas as suas disposições, regras, exigências e fases. Este documento deve ser elaborado atendendo os princípios da impessoalidade, isonomia, eficiência, publicidade, moralidade e razoabilidade.

Conhecer o mercado de trabalho no SUS é primordial para gestores, coordenadores de saúde bucal, profissionais e estudantes de Odontologia, uma vez que esse sistema é um dos maiores empregadores de cirurgiões-dentistas. O planejamento da força de trabalho é um importante fator para aqueles envolvidos em todos os níveis do cuidado em saúde bucal. A viabilidade de recursos humanos em Odontologia vai influenciar a extensão, eficiência e efetividade dos serviços que são

ofertados à população. Para os estudantes, o conhecimento do mercado pode determinar como estes irão planejar os estudos e a futura carreira.

É importante ressaltar que uma boa política de recursos humanos deve delinear o perfil do candidato, favorecendo sua atuação de forma motivada e eficiente. Para isso, é necessário conhecer os principais objetivos e metas da organização, além de determinar o número necessário de servidores e sua alocação. Também se destaca a necessidade de uma estrutura de carreira que estimule o cirurgião-dentista a aprimorar o seu desempenho e, ao mesmo tempo, que os gestores possam cobrar resultados.

Os municípios catarinenses lançaram 627 editais nos últimos 10 anos com um total de 1.040 vagas para cirurgiões-dentistas no SUS. Dessa forma, pode-se projetar uma média de 62,7 editais com 104 vagas por ano. Santa Catarina possui 11 cursos de Odontologia com aproximadamente 900 egressos anuais. Se um terço dos estudantes apresentarem interesse em ingressar no SUS, observar-se-á um déficit de quase 200 vagas. Portanto, conclui-se que o mercado de trabalho no SUS para cirurgião-dentista em Santa Catarina não é capaz de absorver os profissionais disponíveis, mostrando que o número de vagas ainda é insuficiente para atender a demanda.

O Estado carece de avanços no processo de seleção pública, necessitando de políticas que possibilitem o cumprimento do princípio Constitucional de obrigatoriedade universal de concurso público para ingresso no SUS. E políticas que assegurem planos de cargos, carreiras e salários compatíveis com as atribuições do cirurgião-dentista na equipe de saúde bucal, com vistas à operacionalização das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **The Lancet**, v. 377, n. 4, jun., 2011.

BORGES, M. C. M. Editais de concursos públicos e seus elementos padrões diante dos princípios constitucionais. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**. v. 70, n. 1, jan./mar. 2009.

BRASIL. **Lei n. 3.999**, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as equipes de saúde da família,

equipes de saúde bucal e aos núcleos de apoio à saúde da família, instituídos pela política nacional de atenção básica. **Portaria Nº 978**, de 16 de maio de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas e respostas**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BUCHAN, J. Reviewing the benefits of health workforce stability. **Human Resources for Health**, v. 4, n. 29, p. 1-5, 2010.

DIAS, E. C. *et al.* Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2452-2460, 2011.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil.. In: FALCÃO, A. *et al.* (Org.) **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GIRARDI, S. N.; MAAS, L. W. D. **Informações sobre mercado de trabalho em saúde: conceitos e bases de dados**. Belo Horizonte: Estação de pesquisa Sinais de Mercado de Trabalho; 2011. [acesso em 20 ago. 2015]. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/infosauade.pdf>.

MARCONI, N. Políticas integradas de recursos humanos para o setor público, In: LEVY, E.; DRAGO, P. A. **Gestão Pública no Brasil Contemporâneo**. Edições Fundap. São Paulo, Brasil, 2005.

MARCONI, M. A. de.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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**, v. 20, n. 6, p. 1538-1544, nov./dez. 2004.

MATSUMOTO, S. N. et al. Features of selective examinations for dentists in Brazil. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.60, n.2, p. 233-239, abr./jun., 2012

MELLO, A. L. S. F. ; MOYSES, S. J. ; CARCERERI, D. L. . Ensino ou Serviço? A Universidade e o curso de Odontologia na rede de atenção à

saúde bucal. **O Mundo da Saúde** (CUSC. Impresso), v. 35, n. 4, p. 364-72, 2011.

MONTEIRO, D. M. V.; CASTRO, S. H. R. A legitimação da escolha das forças da ação administrativa. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, v. Especi, p. 29-42, 2010.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil Atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Dental Press International: Maringá, 2010, 96p.

MOYSÉS, S. J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, v.16, n.1, p.10-13. 2008.

PANIZZI, M.; SANTOS, P. P. Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina: características da implantação e funcionamento. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, v. 1, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/494386-3-Revista-Catarinense-de-Saude-da-Familia>>

PANIZZI, M.; SANTOS, P.P.; CAETANO, J. C. Vínculo contratual e remuneração dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, v. 1, n. 4, p.6-13, 2010. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/494387-4-Revista-Catarinense-de-Saude-da-Familia>>

SANCHEZ, H. F. *et al.* A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trab. Educ. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 201-214, jan./abr. 2015.

SPERO, J. C.; McQUIDE, P. A.; MATTE, R. Tracking and monitoring the health workforce: a new human resources information system (HRIS) in Uganda. **Human Resources for Health**, v. 9, n. 6, p. 1-10, 2011.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 193-201, 2008.

Título: Inserção do Sistema Único de Saúde na formação de cirurgiões-dentistas: percepção dos acadêmicos de Santa Catarina

Resumo: A adequação dos profissionais às necessidades sociais da população deve partir da relação entre saúde e educação. Com as alterações no mercado de trabalho, no perfil profissional e na satisfação das demandas populacionais, passou a se observar um esgotamento do modelo tradicional de ensino de Odontologia. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as políticas indutoras da formação em saúde que se seguiram contribuíram para a valorização da formação na direção do Sistema Único de Saúde (SUS). Decorridos 14 anos da homologação das DCN, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil dos acadêmicos do último ano de Instituições de Ensino Superior (IES) de Odontologia de Santa Catarina. Os dados foram coletados com aplicação de um questionário contendo 9 competências essenciais para a formação em Odontologia, com ênfase na atenção primária à saúde. Foram avaliados 3 quesitos: o grau de valorização das competências essenciais para o trabalho do cirurgião-dentista no SUS, o grau de capacitação para o desempenho das referidas competências e as necessidades de treinamento para desenvolvimento das competências. Para avaliar o grau de *valorização* de competências, o grau de *capacitação* para o desempenho e a necessidade de *treinamento*, foi utilizada uma *Escala Likert* com 5 alternativas de resposta. Os questionários foram enviados a todas as IES que possuíam acadêmicos formandos em 2015. O banco de dados foi organizado no Programa Microsoft Excel 2013 e continha duas partes: dados de identificação e dados da *Escala Likert*. Os dados de identificação foram analisados por meio de estatística descritiva. Para comparação entre competências de cada quesito foi utilizada a metodologia ANOVA One-Way. Todos os testes de hipóteses desenvolvidas consideraram uma significância de 5%. Observou-se que a maioria dos estudantes tem entre 21 e 24 anos (69%) e são do sexo feminino (77%). Em relação às aspirações futuras para o exercício da profissão, a grande maioria (72,5%) relata o desejo de trabalhar tanto no setor público quanto no privado. Em relação aos motivos que levariam o acadêmico a optar pela inserção no setor público, 47,40% relatam que seria pela estabilidade financeira e 39,80% pelo ganho de experiência profissional. Houve predominância dos graus intermediários nos três quesitos avaliados. Não foram observados níveis mais elevados em nenhuma competência. Comparando o tipo de IES, não se pode afirmar que existe diferença entre os quesitos entre os acadêmicos que irão se formar na instituição pública em relação aos formandos de instituições

privadas ou comunitárias. Uma vez inseridos no sistema, espera-se que os futuros profissionais saibam valorizar as competências essenciais para a sua atuação e que estejam capacitados e treinados para que o SUS possa atingir seu objetivo na área de Odontologia.

Palavras-Chave: Educação em Odontologia; Escolas de Odontologia; Estudantes de Odontologia; Odontologia em Saúde Pública; Sistema Único de Saúde

Introdução

O paradigma da educação e da formação odontológica está associado à proposta do Relatório Flexner, de 1910, cuja propriedade fundamental é a predominante atenção ao estudo e à pesquisa nas ciências básicas e especializadas, possibilitando um aprofundamento e ampliação do conhecimento nas diferentes áreas. Contudo, esse modelo limita a visão do ser humano em seu contexto mais amplo, uma vez que está embasado eminentemente no biologicismo, no tecnicismo, no individualismo, na atuação curativa e na fragmentação, sem uma visão integrada do processo saúde-doença e dissociada do contexto social (BALTAZAR; MOYSÉS; BASTOS, 2010).

Ocorre que, com as alterações no mercado de trabalho, no perfil profissional e na satisfação das demandas populacionais, passou a se observar um esgotamento do modelo tradicional de ensino e, em consequência, sobreveio a necessidade de se realizar mudanças. Dessa forma, a articulação entre as políticas de saúde e de educação e a vinculação com o sistema de saúde brasileiro passam a ser essenciais para que as mudanças ocorram de forma efetiva (TOASSI et al., 2013).

A prática odontológica científica ainda encontra um desafio em termos de abrangência, necessitando aprimorar seu trabalho para superar o problema da exclusão social, valorizando o público e o coletivo e enfrentando o desafio de superar a dicotomia entre “formação geral e formação específica”. Ainda que a clínica possa suprir as necessidades individuais com propriedade técnica reconhecida, é possível perceber uma distância entre a formação odontológica e a perspectiva de universalização da saúde bucal (SILVEIRA; GARCIA, 2015).

Para superar concepções antigas, é preciso preparar os cirurgiões-dentistas para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do exercício da profissão. Essa preparação deve partir de uma mudança na formação odontológica, não apenas alterando grades disciplinares em

currículos estacionados, mas realizando uma intensa revisão de projetos pedagógicos que sejam mais dinâmicos, críticos, flexíveis e interdisciplinares (MOYSÉS, 2004).

As mudanças ocorridas ao longo do século XX na educação odontológica pouco superaram os conhecimentos técnicos de uma prática profissional altamente sofisticada e elitista. Um dos desafios a serem enfrentados no âmbito político-estrutural da formação odontológica é a prática voltada para o coletivo, com maior impacto social no contexto das políticas públicas de saúde. A adequação dos profissionais às necessidades sociais da população deve partir da relação entre saúde e educação, obtida pela efetiva interação entre a formação e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e as comunidades. Por isso, as mudanças na prática do trabalho odontológico devem iniciar pela formação profissional, uma vez que é justamente na academia que são formadas as possibilidades de empregabilidade futura do cirurgião-dentista e as diretrizes de sua relevância social (MOYSÉS, 2004).

Com isso, fica evidente que o ensino superior deve acompanhar as mudanças e o contexto social e de mercado a que o futuro profissional será incorporado. Não há dúvida de que o resultado de anos de formação profissional incoerente com o serviço público pode resultar em prejuízos para as práticas integrais de atenção, com queda na qualidade dos serviços de saúde, bem como incompatibilidade dos serviços oferecidos com as reais necessidades da população brasileira (MORITA; HADDAD; ARAÚJO 2010; SOUZA; CARCERERI, 2011).

Para contemplar a reorientação na formação, mudanças vêm ocorrendo no ensino de profissionais da saúde por meio de parcerias entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), com a sinalização de mudanças na formação em saúde em direção ao SUS.

Em 2002 ocorreu a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino de graduação com uma construção sobre o papel do cirurgião-dentista na saúde coletiva, denotando ser fundamental o estabelecimento de uma relação entre o ensino e o serviço para complementar alguns hiatos na formação desses profissionais para o SUS. As novas diretrizes apontam para a necessidade de ter como perfil de seus egressos “o cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico”. Para alcançar esse novo perfil são elencadas algumas competências: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação,

liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (CARCERERI et al., 2011).

Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com o intuito de viabilizar o desenho de políticas para reorientar a formação profissional para o SUS, estreitando a relação entre instituições formadoras e o sistema público de saúde. As ações da Secretaria incluem a indução de mudanças nas graduações com integração ensino-serviço e ênfase na atenção básica. Já o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), lançado entre 2003 e 2004, reconhecia o sistema como um espaço de ensino aprendizagem. O AprenderSUS, em 2004, teve importante papel no debate em torno da integralidade da atenção à saúde como eixo de mudança na formação profissional (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Em 2005 é instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), com a expectativa de reorientar a formação em saúde, incentivando a integração do ensino ao serviço público, formando profissionais que atendam às necessidades da população em busca do fortalecimento do SUS (COELHO et al., 2011). Para isso, amplia a duração da prática educacional nos serviços, voltando as atenções a uma formação que leva em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população. Articula com o sistema por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e os fatores da ordem social.

Em 2007 surge o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), fortalecendo ainda mais a parceria entre o MEC e o MS. A qualificação dos formandos se consolida por meio de vivências, estágios e iniciação ao trabalho na rede de serviços. Destaca a importância das necessidades dos serviços como objeto de pesquisa e fonte de conhecimento. Defende a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, constitui grupos de aprendizagem tutorial, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica. Com o programa é possível observar um aprendizado mútuo entre acadêmicos, preceptores, coordenação e tutoria, caracterizando um instrumento de educação permanente, com aperfeiçoamento em serviço, de acordo com as necessidades do SUS (LEITE et al., 2012).

Todos esses programas federais foram estruturados tendo a saúde como eixo orientador, visando transformar o acadêmico em um profissional capaz de interferir na realidade do indivíduo e da comunidade. Além disso, a demanda social por profissionais com

valores éticos e implicados com a transformação da sociedade tem norteado as universidades a repensarem o perfil dos seus egressos.

Nessas condições, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil dos acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia de Santa Catarina, identificando o grau de valorização das competências essenciais para o trabalho do cirurgião-dentista no SUS, o grau de capacitação para o desempenho das referidas competências e as necessidades de treinamento para atuação no referido sistema.

Metodologia

Para proceder à pesquisa de campo, foi utilizado o instrumento de coleta intitulado “Avaliação da força de trabalho em odontologia para o Sistema Único de Saúde, no âmbito da atenção primária” (CARCERERI, 2005). O instrumento foi adaptado em duas partes: a Parte I se destina a identificar o perfil do entrevistado e a Parte II busca informações específicas sobre as habilidades da área de gestão de serviços públicos de saúde bucal, contemplando as ações que serão realizadas na futura prática profissional e atual prática acadêmica.

Foram estabelecidas nove competências essenciais àquelas fundamentais para que o SUS possa atingir seu objetivo fim na área da Odontologia: Diagnóstico, Monitoramento; Informação; Mobilização; Desenvolvimento; Conhecimento; Organização; Avaliação e Promoção. As principais características de cada competência estão explicitadas na **Figura 1**.

Para cada competência apresentada, foram avaliados três quesitos: Valorização, Capacitação e Treinamento. A *valorização* das competências estudadas representa o conhecimento dos acadêmicos quanto à importância delas para o trabalho no SUS. A *capacitação* denota como os respondentes sentem-se capacitados para o exercício das competências pontuadas na pesquisa. O *treinamento* apresenta a medida que os respondentes necessitam de treinamento para o exercício das competências listadas na pesquisa.

Para avaliar o grau de valorização de competências, o grau de capacitação para o desempenho e a necessidade de treinamento, foi utilizada a *Escala Likert*. A escala consiste em um conjunto de itens apresentados em forma de afirmações, onde o acadêmico escolhe um dentre cinco pontos, correspondente ao nível de concordância com os itens a serem analisados:

<p>DIAGNÓSTICO e investigação dos problemas e riscos à saúde bucal na comunidade</p>	<p>MONITORAMENTO das condições de saúde bucal e identificação dos problemas de saúde bucal da comunidade</p>	<p>INFORMAÇÃO, educação, e suporte às pessoas a respeito de saúde bucal</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Saber pesquisar e utilizar estratégias/instrumento de análise • Fazer análise crítica de documentos, levantamentos, relatórios e literatura especializada • Manter-se atualizado em relação aos conhecimentos técnico-científicos e doenças emergentes na área da odontologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia: definir problemas de saúde bucal coletiva • Estabelecer critérios de risco em saúde bucal • Avaliar sistemas de serviços de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar estratégias adequadas de comunicação oral e escrita • Manejar efetivamente a informação • Aplicar métodos e tecnologias atualizadas de ensino-aprendizagem e usar efetivas habilidades de ensino
<p>MOBILIZAÇÃO de parceiros comunitários para identificar e resolver problemas de saúde bucal</p>	<p>DESENVOLVIMENTO de políticas e planos para dar suporte aos programas de saúde individuais e comunitários</p>	<p>CONHECIMENTO de leis, portarias, regulamentações sobre saúde bucal</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Participar dos Conselhos de Saúde. Ex: Locais, Municipais • Interagir com indivíduos e grupos de diferentes culturas, utilizando as redes de trabalho existentes • Aplicar habilidades de negociação e facilitação em várias situações 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar princípios de planejamento em saúde bucal • Usar estratégias para manejar situações políticas • Usar apropriada informação, recursos e estratégias para desenvolver novos programas 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar e aplicar leis e regulamentações sobre saúde bucal • Participar da elaboração de portarias e regulamentações por ventura necessárias • Entender e saber aplicar as diretrizes e os princípios do SUS
<p>ORGANIZAÇÃO do atendimento na Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde</p>	<p>AValiação da eficiência, do acesso e da qualidade do serviço de saúde bucal prestado individual e coletivamente</p>	<p>PROMOÇÃO da saúde</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar • Desenvolver e implementar políticas para o atendimento individual, incluindo os serviços de urgência • Participar do acolhimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver mecanismos para monitorar e avaliar programas quanto à eficiência e qualidade • Compreender os métodos de avaliação, especialmente aqueles apropriados à saúde bucal • Conduzir análises de custo-eficiência, custo-benefício e custo-utilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as estratégias preventivas passíveis de uso em saúde bucal • Aplicar estratégias preventivas de acordo com critérios de risco • Articular intersetorialmente estratégias de risco comum

Figura 1: Principais características das nove competências estudadas.

HABILIDADE

Absolutamente **não** fundamental A – B – C – D – E Absolutamente fundamental

CAPACIDADE

Absolutamente **não** capacitado A – B – C – D – E Absolutamente capacitado

TREINAMENTO

Definitivamente **não** necessita A – B – C – D – E Definitivamente necessita

Dessa forma, foram avaliadas nove competências com três afirmações cada e por três quesitos diferentes, totalizando 81 itens.

Os dados provenientes das escalas intervalares foram analisados segundo a abordagem quantitativa para estudo de eventos qualitativos, proposta por Pereira (1999). O algoritmo utilizado pelo autor é descrito, de forma sumarizada, no **Quadro 1**. Aos níveis de concordância são dados valores numéricos que, somados, fornecem o escore total de um indivíduo. Quanto maior o escore, maior é o grau de concordância com o assunto estudado. A escala permite a expressão da intensidade de sentimentos, pelo menos dentro dos limites das opções de resposta oferecidas (COSTA, 2011).

Etapas	Descrição das etapas
1 Tabulação do número de respostas – Tabela “mãe”	Reúne o número de respostas atribuído pelos sujeitos do estudo a cada uma das cinco dimensões da escala. Neste estudo este número é resultado da soma do número de respostas de cada uma das três habilidades necessárias ao desempenho das competências estudadas.
2 Cálculo de valores médios	Para tornar a relação entre as variáveis mais aparentes, calcula valores médios a partir da atribuição de pesos a cada uma das cinco dimensões avaliadas, a saber: 0, 1, 2, 3, 4.
3 Medição de pequenez e grandeza	Considerando que as características reconhecem contrários, atribui valores negativos e positivos às dimensões da escala cujo valor médio é igual a zero (-2, -1, 0, 1, 2). O resultado de sucessivas transformações das variáveis permite obter uma informação mais conclusiva.
4 Categorização do fenômeno estudado	Considerando que a mensuração é uma estratégia de análise e não um objeto de análise, esta etapa examina se a categorização realizada das manifestações do evento estudado é a melhor representação do real.

Quadro 1 – Sumarização do algoritmo proposto por Pereira (1999).

A partir das transformações obtidas por meio do algoritmo de Pereira (1999), a categorização do fenômeno distinguiu três diferentes dimensões, entre as cinco inicialmente propostas na escala intervalar, para cada um dos três quesitos avaliados, promovendo assim a redução de dimensionalidades tendo em vista as características do fenômeno estudado.

O grau de valorização das competências estudadas representa o conhecimento dos acadêmicos quanto à importância delas para o trabalho no SUS. Foram analisados os seguintes graus “não fundamental” (valores menores que zero), “intermediário” (valores entre 0 e 1) e “fundamental” (valores maiores que 1). O grau de capacitação denota como os acadêmicos se sentem para o exercício das competências pontuadas na pesquisa. Foram analisados os seguintes graus “não capacitado” (valores menores que zero), “intermediário” (valores entre 0 e 1) e “capacitado” (valores maiores que 1). O grau de necessidade de treinamento apresenta a medida que os acadêmicos necessitam de treinamento para o exercício das competências listadas na pesquisa. Foram analisados os graus “não necessita” (valores menores que zero), “intermediário” (valores entre 0 e 1) e “necessita” (valores maiores que 1).

Os questionários foram enviados a todos os cursos de Odontologia de Santa Catarina que possuíam acadêmicos formandos (dois últimos períodos) em 2015. Foram solicitadas autorização e colaboração dos coordenadores do curso para o procedimento de coleta dos dados. O universo foi composto de 472 estudantes do último ano no período de outubro/novembro de 2015. Aos estudantes foi esclarecido que a participação na pesquisa era voluntária, não interferindo no seu rendimento acadêmico.

O projeto foi aprovado no comitê de ética sob o número do Protocolo da Plataforma Brasil (CAAE): 37372214.5.0000.0110.

O banco de dados foi organizado no Programa Microsoft Excel 2013 e analisados por meio de estatística descritiva para os dados de identificação. Para fazer a comparação entre competências de cada quesito foi utilizada a metodologia ANOVA One-Way. Todos os testes de hipóteses desenvolvidas consideraram uma significância de 5%.

Resultados

Santa Catarina possui 11 Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos de graduação em Odontologia. Destas, duas IES não possuíam ainda acadêmicos formandos no segundo semestre de 2015.

Desse modo, dentre os nove cursos passíveis de inclusão no estudo, sete aceitaram o convite, diminuindo, portanto, o universo de acadêmicos para 407. Foram recebidos 210 questionários, correspondendo a uma taxa de resposta de 52%. A **Tabela 1** apresenta a frequência absoluta e relativa das informações de perfil da amostra. Observa-se que a maioria tem de 21 a 24 anos (69%) e são do sexo feminino (77%).

Variável	Categoria	N	%
Idade	até 20 anos	4	2
	21-24 anos	144	69
	25-28 anos	43	20
	29-32 anos	17	8
	33 ou mais anos	2	1
	Total	210	100
Sexo	Feminino	161	77
	Masculino	49	33
	Total	210	100
Período	Oitavo Período	66	31
	Nono Período	85	41
	Décimo Período	59	28
	Total	210	100
Instituição	FURB - Universidade Regional de Blumenau	28	13
	UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina	25	12
	UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense	32	15
	UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí	42	20
	UNIVILLE - Universidade da Região de Joinville	19	9
	UNOCHAPECO - Universidade Comunitária Regional de Chapecó	27	13
	UNOESC - Universidade do Oeste de Santa Catarina	37	18
	Total	210	100

Tabela 1: Frequência absoluta e relativa das informações do perfil dos acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia de Santa Catarina – 2015.

Em relação às aspirações futuras para o exercício da profissão, a grande maioria (72,5%) relata o desejo de trabalhar tanto no setor público quanto no privado. Para este quesito, foi aberta a possibilidade de marcação de mais de uma alternativa, como é representado na **Figura 2**. Em relação aos motivos que levariam o acadêmico a optar pela

inserção no setor público, 47,40% relatam que seria pela estabilidade financeira e 39,80% pelo ganho de experiência profissional, 6,60% pela aspiração por carreira no SUS e 6,20% não tem interesse em ingressar no setor público.

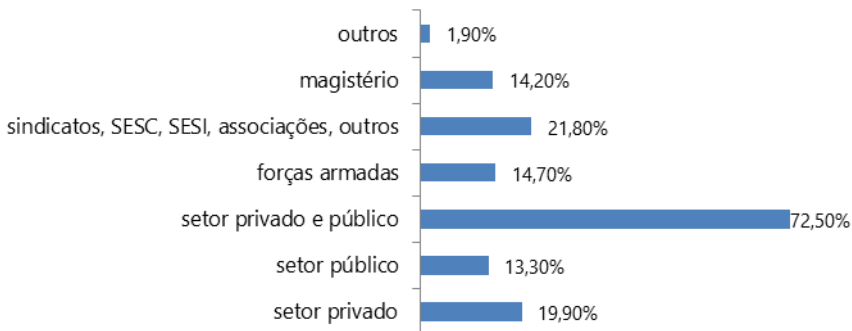


Figura 2 – Aspirações dos acadêmicos de Odontologia de Santa Catarina quanto ao exercício profissional futuro. 2015.

Competências	Quesitos		
	Valorização	Capacitação	Treinamento
Diagnóstico	0.79	0.36	0.17
Monitoramento	0.73	0.45	0.31
Informação	0.77	0.41	-0.06
Mobilização	0.43	0.38	-0.2
Desenvolvimento	0.78	0.16	0.33
Conhecimento	0.58	-0.06	0.37
Organização	0.92	0.52	-0.1
Avaliação	0.67	0.17	0.2
Promoção	0.87	0.43	-0.09

Tabela 2: Média dos valores dos quesitos para cada competência

A **Tabela 2** demonstra a predominância dos graus intermediários nos três quesitos avaliados. Não foram observados níveis mais elevados em nenhuma competência, ou seja, em nenhum quesito o

grau de valorização “fundamental”, o grau “capacitado” ou grau “necessita” de treinamento foi observado. Por outro lado, no quesito *Treinamento*, em 4 competências (Informação, Mobilização, Organização e Promoção) foi observado que os acadêmicos apontam que não necessitam de treinamento. A **Figura 3** apresenta a interação entre as competências e quesitos estudados, localizando os valores médios encontrados.

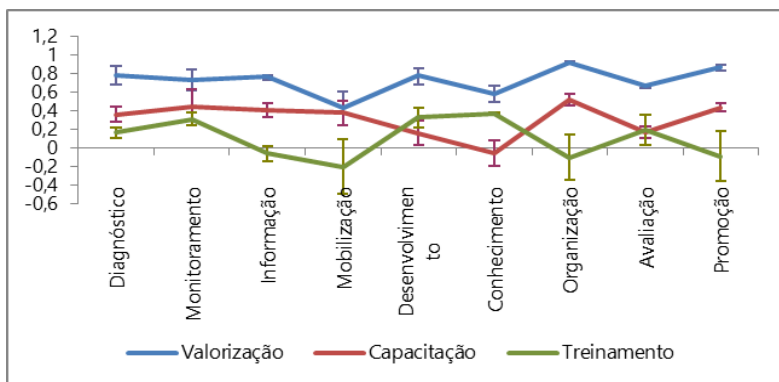


Figura 3 – Inter-relação entre as competências e quesitos avaliados e respectivos valores médios.

É possível observar que a competência *Organização* foi a mais valorizada pelos estudantes e a que eles possuem maior grau de capacitação. No mesmo sentido, para esta competência, os alunos relataram o menor grau no quesito treinamento, ou seja, os alunos não necessitam de treinamento. Em todas as competências estudadas, a média do quesito valorização foi superior aos quesitos capacitação e treinamento.

Posteriormente foi feita a comparação dos valores médios de cada quesito entre os diferentes tipos de instituições (pública x privada ou comunitária) por meio do teste ANOVA One-Way onde se observou que para nenhum dos quesitos houve diferença (com 5% de significância) quanto às competências, uma vez que os p-valores (P) foram todos superiores a 0,05. Ou seja, não se pode afirmar que existe diferença entre as 9 competências quanto à Valorização, à Capacitação e ao Treinamento entre os acadêmicos que irão se formar em instituições públicas em relação aos formandos de instituições privadas ou comunitárias. Das instituições estudadas, apenas a UFSC apresenta caráter totalmente público. A **Figura 4** apresenta os valores médios de

cada quesito das instituições privadas ou comunitárias e da instituição pública.

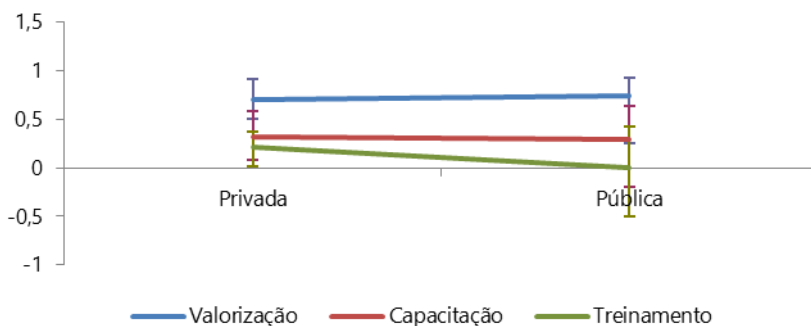


Figura 4 – Comparação entre instituições privadas ou comunitárias e a instituição pública referente aos quesitos estudados.

Discussão

Tem representado um desafio lidar com os temas relacionados à nova visão para a formação do cirurgião-dentista diante das demandas da sociedade atual, bem como das exigências do processo ensino-aprendizagem na moderna estruturação dos currículos dos cursos de odontologia voltados para o sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto, é possível visualizar que a integração desses dois elementos pode ser alcançada mediante a inter-relação direta entre o SUS e a formação do estudante de odontologia. Ademais, a atuação no SUS constitui um ambiente de aprendizado para a formação de profissionais da saúde e, nessas condições, revela-se primordial para o desenvolvimento de cirurgiões-dentistas com habilidades técnicas e clínicas adequadas e com autonomia para enfrentar os desafios do ofício (BULGARELLI et al., 2014).

O perfil dos acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia de Santa Catarina revela a predominância do sexo feminino (77%) e faixa etária entre 21 a 24 anos (69%). Esses dados vão ao encontro de outros achados, como os de Santos et al (2015) que avaliou o perfil dos ingressantes da Faculdade de Odontologia da USP e constatou que 72% eram do sexo feminino, percentual semelhante (76,6%) de Noro e Torquato (2011) que analisou os alunos concludentes

de Odontologia de uma faculdade de Fortaleza e Costa et al (2012) (62,4%) que avaliou estudantes de uma universidade de Minas Gerais.

Em relação às aspirações futuras para o exercício da profissão, a grande maioria (72,5%) dos estudantes de Santa Catarina relatou o desejo de trabalhar tanto no setor público quanto no privado e menos de 20% sinalizaram o desejo de inserção exclusiva no setor privado. O estudo de Sanchez, Drumond e Vilaça (2008) questionou se os acadêmicos gostariam de trabalhar em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a maioria confirmou o interesse de ingresso no SUS, com índices chegando a 83,73% tendo como principal razão as dificuldades percebidas no mercado de trabalho. A inserção do cirurgião-dentista na ESF ampliou os postos de trabalho para a categoria, atraindo um grande número de profissionais para o SUS. Os acadêmicos também já manifestam o desejo de ingresso no SUS, considerando o regime de oito horas diárias, denotando uma queda de interesse pelo setor privado, dando lugar ao assalariamento.

No mesmo sentido, Cavalcanti, Cartaxo e Padilha (2010) relatam que 27,3% dos estudantes pesquisados declararam a intenção de atuar exclusivamente no serviço público e 88,4% esperam conciliar os empregos público e privado. Entre os estudantes que pretendem montar o consultório particular, 47,1% acreditam na independência profissional, e 16,3%, visam à lucratividade. Por outro lado, dos profissionais que desejam trabalhar no setor público, 55,8% acreditam que seja uma boa alternativa para o primeiro emprego. Dessa forma, observa-se que a prática exclusiva no serviço privado não é mais uma realidade para os estudantes, sendo que estes direcionam suas aspirações para o setor público como uma alternativa de trabalho, representando um salto na construção da carreira profissional.

A percepção dos alunos em relação ao SUS foi positiva para 80,9% dos participantes do estudo de Noro e Torquato (2011), assim como 85,1% veem sua inserção nesse sistema como provável ou muito provável, sendo a atividade clínica a perspectiva desta inserção para 61,7% dos alunos pesquisados. Costa et al (2012) também observou um alto percentual (89%) de estudantes com interesse em trabalhar no setor público, reforçando a ideia de que o setor é percebido como uma possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Contudo, a abordagem qualitativa deste estudo identificou que, antes de entrar na graduação, o ponto de vista do mercado de trabalho se limitava à prática privada. Com o decorrer do curso, os alunos perceberam a ESF como uma alternativa ao mercado privado saturado nos grandes centros urbanos, e observaram também o crescimento das vagas no setor

público. Por outro lado, o estudo de Santos et al (2015) revela que 47% dos alunos pesquisados demonstram o interesse em atuar em clínicas ou consultórios particulares.

Ao serem questionados sobre o principal motivo que levaria os estudantes a escolherem o setor público para ingresso no mercado de trabalho, esta pesquisa revelou que para 47,40% seria devido à estabilidade financeira e para 39,80% pelo ganho experiência profissional. Muitos estudantes do estudo de Cavalcanti, Cartaxo e Padilha (2010) consideram insuficientes as atividades clínicas durante a graduação e, dessa forma, o aprimoramento das habilidades técnicas é transferido para o setor público. Os sujeitos da pesquisa realizada por Castro et al (2015) revelam a concepção utilitarista do SUS. Alguns veem o sistema público de saúde como um *locus* de formação para aquisição de experiência e habilidades, para posteriormente utilizá-las no setor privado. O setor público também foi identificado como uma forma de *evitar o desemprego* com a falta de perspectivas na prática privada. Assim, o SUS serviria como uma opção de trabalho residual e percepção de recursos financeiros para um futuro investimento no consultório privado (COSTA et al., 2012).

No entanto, o governo federal vem investindo cada vez mais no setor público de saúde, aperfeiçoando a ESF, fazendo com que os cirurgiões-dentistas direcionem sua visão e qualificação para esse modelo de atenção. Essa concepção vem fazendo com que os cursos de odontologia aprimorem o ensino da saúde coletiva (BULGARELLI et al., 2014).

A ênfase na saúde coletiva pode ser observada pela quase triplicação da carga horária atribuída a esta temática, em relação ao currículo anterior, sendo este um indicador limitado, uma vez que é puramente quantitativo (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011). Uma comprovação pode ser observada no estudo de Costa et al (2012) que registrou que quase a metade dos estudantes declararam não se sentirem preparados para o trabalho no sistema público de saúde e, mesmo assim, relataram que se as disciplinas da saúde coletiva fossem optativas, eles não as cursariam.

As DCN assumem um papel estratégico no aperfeiçoamento do SUS, com a discussão saindo dos limites acadêmicos na medida em que a sociedade começa a exigir melhores serviços de saúde. Além disso, as diretrizes valorizam não só a excelência técnica, mas também a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino, com a formação de profissionais habilitados para trabalhar no SUS com qualidade de atender as necessidades da população. Objetiva-se,

assim, a formação de cirurgiões-dentistas capazes de prestar atenção integral, mais humanizada, com capacidade de trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população (WERNECK et al., 2010).

Em 2005, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) reorientou o projeto pedagógico do curso de graduação em Odontologia, ressaltando que o curso tem como objetivos a contextualização, a investigação e o ensino dos saberes e fazeres necessários para a formação de profissionais habilitados para o exercício de uma profissão contemporânea, promotora da saúde e fundamentada nos preceitos da ética, da moral, da ciência, da filosofia, e principalmente, voltada para a realidade da população brasileira. Em 2006, o curso foi contemplado pelo PRÓ-SAÚDE, provocando o processo de reforma curricular no primeiro semestre de 2007 (CARCERERI et al., 2011). No mesmo ano, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) também foi selecionada pelo programa, reorientando a formação com ênfase em projetos cujo foco é a atenção básica na lógica da ESF. Neste sentido, propõe que 20% da carga horária sejam ministradas por meio de estágio, em consonância com o que recomenda as novas DCNs (CARCERERI; PADILHA; BASTOS, 2014). Nesta mesma linha, outras IES catarinenses estão desenvolvendo os projetos do PRÓ-SAÚDE: na região Nordeste do Estado ocorre na Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE); na região de Laguna ocorre na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL); na região do Médio Vale do Itajaí ocorre na Universidade Regional de Blumenau (FURB); na região do Extremo Oeste ocorre na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) (SANTA CATARINA, 2010).

O Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) fortalece ainda mais a parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. A qualificação dos formandos se consolida por meio de vivências, estágios e iniciação ao trabalho na rede de serviços. Destaca a importância das necessidades dos serviços como objeto de pesquisa e fonte de conhecimento. Defende a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, constitui grupos de aprendizagem tutorial, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica. Com o programa é possível observar um aprendizado mútuo entre acadêmicos, preceptores, coordenação e tutoria, caracterizando um instrumento de educação permanente, com aperfeiçoamento em serviço, de acordo com as necessidades do SUS (LEITE et al., 2012). Dessa forma, além das referidas instituições já citadas, foram contempladas também pelo PET-Saúde a Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e a

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC) (SANTA CATARINA, 2010).

Portanto, as IES catarinenses estão direcionando esforços para aperfeiçoar a formação dos futuros cirurgiões-dentistas com vistas ao desenvolvimento de competências para o SUS. Isso pode ter contribuído para não observarmos diferença estatisticamente significativa entre instituições privadas ou comunitárias e pública a respeito da valorização, capacitação e necessidade de treinamento das competências essenciais ao trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica.

Além disso, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina elaborou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para os anos de 2011 a 2015 com o objetivo de contribuir para a realização das iniciativas de qualificação técnicas associadas às necessidades de vigilância, assistência e gestão do SUS, bem como visa desenvolver novos instrumentos e processos pedagógicos, gerenciais, humanísticos, éticos e políticos que apoiem os esforços de consolidação do direito à saúde no país. Para isso, conta com Programas de Residência Médica e Multiprofissional, sendo desenvolvidas pelas seguintes universidades: FURB, UFSC, UNOCHAPECÓ e UNIPLAC (Universidade do Planalto Catarinense) (SANTA CATARINA, 2010). Atualmente, a UNIVALI também conta com residência multiprofissional.

A reestruturação do currículo vem contribuindo para a construção de um novo perfil de atuação profissional, com competências de liderança, gestão de serviço público, tomada de decisões, administração e gerenciamento. Para que esse novo perfil seja alcançado, é necessária a oportunidade de vivências do acadêmico junto ao SUS, o mais próximo possível da realidade de trabalho. Além da formação de um novo perfil, a vivência junto ao SUS durante a formação também pode ser vista pelo estudante como possibilidade de inserção no serviço público, necessitando de aulas teóricas que os preparem para os processos seletivos voltados para atuação no sistema (BULGARELLI et al., 2014).

Mello, Moysés, Moysés (2010) afirmam que os movimentos de mudanças serão limitados enquanto a implementação das diretrizes curriculares na área da saúde não entrarem na agenda institucional. Os autores também afirmam que as mudanças poderão ser periféricas em consequência da dificuldade de se atingir o núcleo duro da organização na graduação.

Para buscar informações específicas sobre as habilidades da área de gestão de serviços públicos de saúde bucal, contemplando as ações que serão realizadas na futura prática profissional e atual prática

acadêmica, o presente estudo utilizou a *Escala Likert*, pelo fato desta permitir a ordenação de indivíduos quanto à sua *favorabilidade* aos quesitos estudados. Esta escala é frequentemente utilizada para medir variáveis, considerando a facilidade de construção do instrumento e facilidade de uso por parte do respondente (COSTA, 2011).

Em relação ao quesito *Valorização*, pode ser observado que em todas as nove competências estudadas foram encontrados valores referentes ao grau intermediário, ou seja, a percepção dos acadêmicos quanto à importância das competências para o trabalho no SUS ficou no nível médio. Observou-se ausência de registros negativos, demonstrando que há compreensão de que os pontos apresentados são relevantes para o trabalho do cirurgião-dentista na atenção à saúde. Por outro lado, também se observou a ausência de registros em níveis superiores (*fundamental*), demonstrando que os acadêmicos não consideram essenciais as aptidões apresentadas.

As competências essenciais ao trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária em saúde no SUS também foram pesquisadas por Carcereri (2005) que coletou os dados com os estudantes de IES catarinenses após 2 anos da publicação das novas DCN. Os resultados desse estudo revelaram ausência de registros negativos para o quesito *valorização* em todas as competências e poucos registros no nível *fundamental*, predominando os níveis intermediários. Após mais de uma década, os resultados desta pesquisa apontaram índices semelhantes. Isso demonstra que após 13 anos da publicação das DCN, o grau de valorização dos estudantes continua o mesmo, ou seja, de modo geral, os estudantes consideraram as competências mais ou menos fundamentais. Dessa forma, abre-se a possibilidade de ampliação da visão dos estudantes com relação às referidas competências.

Medeiros et al (2015) referem a existência de dificuldades na articulação com os serviços de saúde ao longo de todo o processo formativo, refletindo na pouca compreensão acerca da importância das competências e habilidades comuns aos profissionais da área da saúde. Isso pode gerar insegurança nos alunos quanto ao enfrentamento de situações de rotina em ESF, principalmente quando se deparam com fatores socioeconômicos e culturais, bem como com a gestão dos processos de trabalho e aspectos organizacionais do SUS.

No quesito *Capacitação*, oito competências também contemplaram o grau intermediário e a competência *Conhecimento* apresentou o nível “não capacitado”, denotando que os acadêmicos não se sentem capacitados para interpretar e aplicar leis e regulamentos sobre saúde bucal, participar da elaboração de portarias e

regulamentações eventualmente necessárias e entender e saber aplicar as diretrizes e os princípios do SUS. Para o mesmo quesito, o estudo de Carcereri (2005) observou a predominância do grau intermediário e, na mesma competência (*Conhecimento*), foi observado o grau “não capacitado” para 5 das 7 IES estudadas pela autora. Já o nível “capacitado” não foi encontrado, denotando que a formação pode aprimorar o ensino do sistema por meio da legislação pertinente.

É importante que as competências necessárias para o trabalho no SUS sejam tratadas na graduação, trazendo uma perspectiva de educação continuada, a fim de que não haja um abismo entre o que é trabalhado em um semestre letivo e nos seguintes. É importante que a organização das disciplinas consiga fazer com o que o acadêmico possa estar sempre trabalhando todas as habilidades requeridas de um cirurgião-dentista, desde o início da sua formação (MORETTI-PIRES, 2009).

No quesito *Treinamento* foi observado o grau “não necessita” nas competências *Informação*, *Mobilização*, *Organização* e *Promoção*, ou seja, os acadêmicos relataram que não necessitam de treinamento para futuramente exercerem estas competências no SUS. Já no estudo de Carcereri (2005), o grau intermediário foi predominante. Nas mesmas competências em que os estudantes desta pesquisa relataram não necessitarem de treinamento, o nível de capacitação observado foi o mediano, demonstrando certo desequilíbrio, ou seja, “não preciso de muito treinamento para aquilo que não conheço muito bem”.

O estudo de Reis, Scherer, Carcereri (2015), que teve como objetivo compreender o processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF tendo como referência a ergologia e as prescrições para a atenção primária em saúde, demonstrou um consenso entre os entrevistados sobre a falta de treinamento e preparo para a atuação no sistema.

Toassi et al (2013) demonstram que a aprendizagem em serviços de atenção primária do SUS tem impacto sobre a educação dos futuros cirurgiões-dentistas, melhorando a sua competência na compreensão e intervenção com a realidade enfrentada. A educação profissional realizada por meio de experiências com as comunidades nos serviços de saúde não deve ser percebida como um *adicional*, mas sim como um componente integrante do currículo contemporâneo.

Na atual conformação do sistema de saúde brasileiro, a formação e o desenvolvimento dos recursos humanos se configuram como questões fundamentais e estratégicas. Entretanto, muitas limitações ainda precisam ser superadas para o alcance da consistência na relação intersetorial entre a esfera acadêmica e o sistema de saúde.

Desta forma, a formação dos cirurgiões-dentistas invariavelmente deve ser vinculada ao SUS, delimitando e conformando o perfil quantitativo e qualitativo para a consolidação do sistema.

Considerações Finais

Os resultados demonstram um predomínio de estudantes do sexo feminino com idades entre 21 a 24 anos, onde a grande maioria relata o desejo de conciliar a carreira pública com a privada. Como motivos principais para o ingresso no setor público, estão a estabilidade financeira e o ganho de experiência profissional. Em relação à valorização, à capacitação e à necessidade de treinamento, o estudo apontou ênfase do nível médio em todas as competências essenciais para o trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde.

As dificuldades relacionadas ao mercado de trabalho podem estar sendo decisivas para que os alunos concludentes direcionem sua futura profissão para o setor público. Dessa forma, a relação de convivência mútua entre a academia e o SUS permite ao estudante contemplar a sua inserção no serviço público como uma possibilidade de carreira profissional.

Após 13 anos da publicação das novas DCN para o ensino da Odontologia, poucas mudanças foram observadas a respeito do perfil dos acadêmicos bem como do grau de avaliação das competências essenciais para o SUS. Apesar das IES de Santa Catarina estarem redirecionando a formação para o SUS por meio das novas DCN, de projetos do Pró-Saúde, Pet-Saúde, é preciso repensar em possibilidades de capacitação/formação que sejam mais eficazes e eficientes. Contudo, a implementação de programas de treinamento devem ser bem delineadas, uma vez que os estudantes manifestaram nenhuma ou pouca necessidade de treinamento para as competências pesquisadas.

Nessa ordem de ideias, sobressai a perspectiva do acadêmico de que lhe seja garantida a formação teórica necessária para que ele possa enfrentar as seleções públicas que assegurem o seu ingresso e a consequente atuação no SUS. E, uma vez inseridos no sistema, espera-se que estes profissionais saibam valorizar as competências essenciais para a sua atuação e que estejam capacitados e treinados para que o SUS possa atingir seu objetivo-fim na área de Odontologia, qual seja, ofertar ações e serviços públicos odontológicos de qualidade, em conformidade com seus princípios organizacionais e éticos-doutrinários, garantindo o direito à saúde aos seus usuários.

Não é improvável que uma pesquisa direcionada a avaliar outras áreas de atuação alcançasse semelhante nível de avaliação intermediária pelos acadêmicos. E não se pode atribuir a isso algum insucesso na formação relacionado a esta ou àquela área. Ao contrário, no mundo de múltiplos conhecimentos, tendências e oportunidades em que vivemos, a medida de equilíbrio revelada pela pesquisa aponta que a atuação no SUS é sim uma das perspectivas consideradas pelos futuros profissionais.

Vivemos em um momento em que certos valores fundamentais para o desenvolvimento da sociedade têm sido relegados e em que outros conceitos mais imediatos têm ganhado lugar. Um dos aspectos relevantes aos recursos humanos atuantes no SUS é a solidariedade. E ser solidário pode implicar renúncia a certos benefícios, a certos privilégios, uma vez que, na regra, a solidariedade envolve também a partilha. Em um mundo cada vez mais segmentado e permeado de egocentrismo, com valores individuais de minorias procurando se sobrepor ao interesse coletivo geral/maior, com um notório enfraquecimento da ideologia do coletivo, ou mesmo ideologia de pátria (outrora tão presente na sociedade), não é razoável atribuir os resultados da pesquisa à eventual deficiência da formação acadêmica do cirurgião-dentista ou falha na integração do SUS com a academia.

A deficiência não está na academia, está na sociedade. Não é possível que não fossem os valores introduzidos pela formação acadêmica, a sociedade pudesse estar ainda mais autocentrada. Logo, os resultados da pesquisa, por si só, não são suficientes para concluir pela ineficiência do processo de formação. Ao revés, diferentemente de outrora, eles podem sim estar contribuindo para a formação de profissionais mais solidários e conscientes do seu papel na sociedade.

Referências

BALTAZAR, M. M. M.; MOYSÉS, S. J.; BASTOS, C. C. B. C. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8 n. 2, p. 285-303, jul./out., 2010.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de

Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface**, v. 18, n. 49, abr./jun., 2014.

CARCERERI, D. L. Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área da Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina. 2005. 218f. **Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)** – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CARCERERI, D. L., et al. Formação em Odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC. **Revista ABENO**, v. 11, n. 1, p. 62-70, jan./jun., 2011.

CARCERERI, D. L.; PADILHA, A. C. L.; BASTOS, R. C. Fatores relevantes para a mudança na formação em Odontologia motivada pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). **Revista ABENO**, v.14, n. 1, p. 94-106, 2014.

CASTRO, R. D. et al. Aprendizagens em odontologia: entre o virtual e o presencial. **Rev. Cereus**, v. 7, n. 1, p.100 a 113, jan./abr., 2015

CAVALCANTI, Y. W.; CARTAXO, R. O.; PADILHA, W. W. N. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 4, out./dez., 2010.

COELHO, M. Q. et al. A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 47, n. 2, p.65-72, abr./jun., 2011.

COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas**: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

COSTA, S. M. et al. Perceptions of dental students regarding dentistry, the job market and the public healthcare system. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1285-1296, 2012.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, R. F. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 39, p. 1053-70, 2011.

LEITE, M. T. S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, supl. 1, p. 111-118, 2012.

MEDEIROS, C. C. B. M. et al. As implicações das práticas pedagógicas no desenvolvimento das competências. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 30-9, 2015.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface - Comunic Saúde Educ**, v. 14, n. 34, p. 683-92, jul./set., 2010.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals. **Interface - Comunic Saude Educ**, v.13, n.30, p.153-66, jul./set., 2009.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. Perfil Atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Dental Press International: Maringá, 2010, 96p.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Rev ABENO**, v. 4, p. 30-7, 2004.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de cursos de Odontologia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 439-447, nov. 2010 / fev. 2011.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 1999

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar., 2015

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTA CATARINA. Plano estadual de educação permanente em saúde. Santa Catarina – Brasil – 2011 -2015. Superintendência de planejamento e gestão. Diretoria de educação permanente em saúde. CIES/Estadual. Florianópolis, 2010.

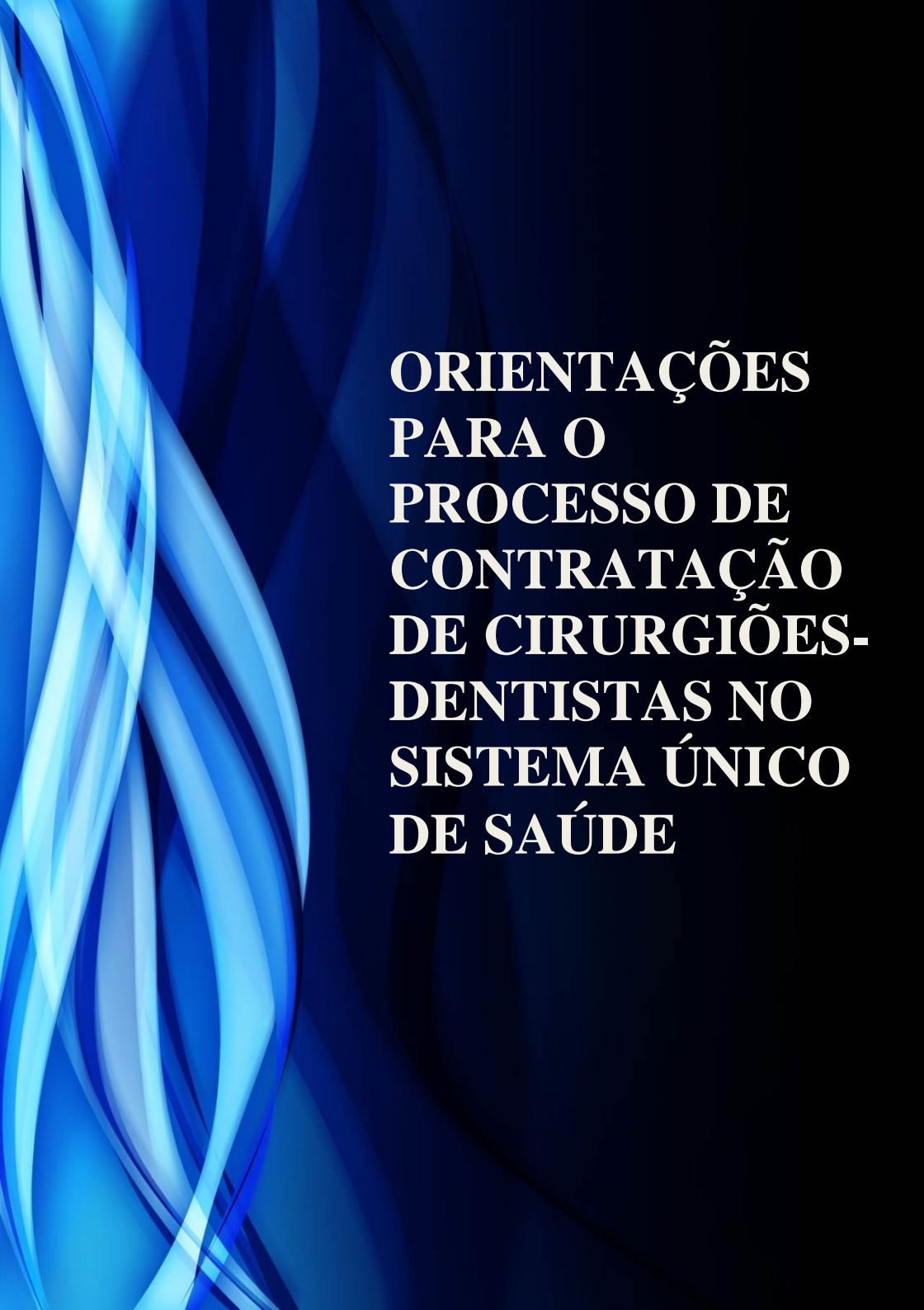
SANTOS, B. R. M. et al. Perfil e expectativas dos ingressantes da Faculdade de Odontologia da USP: uma visão integrada com as diretrizes curriculares nacionais e o sistema único de saúde. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 1, p. 28-37, 2015.

SILVEIRA, J. L. G. C.; GARCIA, V. L. Curricular change within dentistry: meanings according to the subjects of the learning. **Interface** , v. 19, n. 52, p. 145-58, 2015.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. **Interface - Comunic Saude Educ**, v.15, n.39, p.1071-84, out./dez., 2011.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals training. **Interface**, v. 17, n. 45, p. 385-92, abri./jun., 2013

WERNECK M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 221-231, 2010.



**ORIENTAÇÕES
PARA O
PROCESSO DE
CONTRATAÇÃO
DE CIRURGIÕES-
DENTISTAS NO
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

1 Introdução

Os primeiros registros de cirurgiões-dentistas contratados pela administração pública no Brasil datam de 1911, em São Paulo, por meio da Lei 1.280, iniciando o atendimento odontológico público nesse



Estado. Já em 1929, esses profissionais passaram a fazer parte da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior e, em 1932, São Paulo instituiu a Inspeção de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário.

Com a criação da Secretaria Estadual de Saúde, em 1947, houve a recomendação de que os centros de saúde contassem com um serviço de higiene dentária, marcando, dessa forma, a organização da assistência odontológica pública, situação que foi se expandindo tanto em São Paulo quanto em outros estados. Contudo, apesar de os profissionais estarem inseridos no serviço público, a prática clínica diária reproduzia essencialmente a abordagem realizada nos consultórios particulares (NARVAI, 2006).

Esta prática seguiu até 1952, quando a criação do Serviço Especial de Saúde Pública propiciou a implementação dos primeiros programas de Odontologia Sanitária. O alvo era a população em idade escolar, pelo fato de esta ser considerada epidemiologicamente mais vulnerável, além de ser mais sensível às intervenções de saúde pública. Em 1950, o “Manual de Odontologia Sanitária” foi elaborado por

profissionais da área odontológica em saúde pública, sendo a principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia para diagnosticar e intervir sobre os problemas bucais dos escolares matriculados na rede pública, ganhando a denominação de *Sistema Incremental* (NARVAI, 2006).

O Município de Aimorés/MG foi o pioneiro na implantação do Sistema Incremental, cujo objetivo era tratar as necessidades acumuladas da população prioritária até a finalização de todo tratamento proposto, sendo, então, instituído o controle destes pacientes. (PINTO, 2000). A fluoretação da água de abastecimento, ou a recomendação de aplicações tópicas de flúor, eram os únicos recursos preventivos desse sistema. Dessa forma, apesar de ser um modelo caracterizado por ser preventivo-curativo, apresentou um enfoque na ação restauradora, deixando as ações educativas em segundo plano. Além disso, não havia preocupação quanto aos aspectos promocionais, tampouco à estrutura de determinação do processo saúde-doença, ou ainda aos fatores de risco para desenvolvimento da cárie dental e outros problemas e agravos, caracterizando um sistema com programa intensivo e curativo, com metodologia preventivo-educativa insatisfatória. Apesar das críticas, foi um modelo estruturado e organizado em base sólida, sendo um modelo assistencial ‘confortável’ para grande parte dos municípios, ficando entre os anos 1950 e 1980 como o modelo predominante de assistência odontológica pública no Brasil aos escolares.

Para o restante da população majoritária que não podia acessar a esfera privada, a assistência se dava por meio de instituições públicas ou filantrópicas, principalmente aquelas vinculadas ao sistema previdenciário da época (RONCALLI, 1999).

Nos anos 1970, mostrou-se como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua efetividade/eficiência, por apresentar ênfase nas ações curativas, quanto de sua cobertura, por se tratar de um modelo excludente, priorizando somente os escolares. Todavia, deve ser levada em consideração a época em que este modelo foi idealizado, principalmente considerando a prevalência do enfoque relacionado aos conhecimentos clínicos de cariologia e microbiologia e o escasso uso dos conhecimentos de saúde coletiva, como a epidemiologia e o planejamento em saúde. Nesse contexto, e sob a influência da Odontologia preventiva que se desenvolvia em países do hemisfério norte, bem como de inovações no campo da simplificação tecnológica, iniciou-se um processo de mudança paradigmática, com a Odontologia Integral. Esta surge com os novos conhecimentos sobre prevenção e o controle da cárie, com a delegação de tarefas em trabalho de equipe de saúde, de inspiração mais próxima aos movimentos comunitários em saúde. O modelo priorizava a prevenção, assim como reconhecia a doença cárie como infectocontagiosa.

Nessa época, houve a desmonopolização do saber, com a inserção do técnico de higiene dentária e o auxiliar de consultório dentário, formando, juntamente com o cirurgião-dentista, a equipe odontológica (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).



Já o Programa de Inversão da Atenção foi formulado e programado com ênfase preventiva total, fazendo com que a atenção

curativa tradicional, eminentemente restauradora, passasse a ter uma função “adequadora”. O ato curativo buscou a adequação do meio bucal mediante a remoção dos processos infecciosos existentes, criando condições mínimas para a aplicação dos métodos preventivos. Dessa forma, buscou a redução dos níveis de incidência de cárie dental, possibilitando o tratamento restaurador definitivo, além da ampliação da cobertura (BRASIL, 2006).

Foi um modelo que teve sua implantação realizada em vários municípios brasileiros, tentando cobrir as lacunas deixadas pelo Sistema Incremental. Sendo considerado de fácil assimilação por alguns municípios, tornou-se uma alternativa comodista, não levando em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, que permaneceu com alto índice de dentes cariados, perdidos e/ou obturados (CPO-D), principalmente aqueles não pertencentes à faixa etária escolar, priorizada no modelo (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Somente em 1988, a partir da promulgação da Constituição Federal e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Leis Orgânicas de 1990 (leis 8080 e 8142) é que o Estado assumiu a responsabilidade pela saúde no país, intervindo também no setor odontológico, tanto diretamente, por meio da produção de serviços odontológicos, quanto indiretamente, pela regulação do sistema suplementar privado (COVRE; ALVES, 2002).

2 A Administração Pública e a Contratação dos Profissionais

O acesso às funções públicas no Brasil sempre foi marcado por nepotismo, favoritismos, apadrinhamentos e demais formas de desvirtuamentos, com ênfase no Estado patrimonialista. Contudo, essas formas de contratação são incompatíveis com o Estado Democrático de Direito (BORGES, 2009).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 37, inciso II, dispõe:

...a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.



Dessa forma, o Estado somente pode contratar servidores de acordo com o que rege a legislação, bem como mediante autorização específica do Poder Legislativo correspondente para a realização do concurso (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

A administração pública brasileira adota quatro formas de regime de trabalho: estatutária, celetista, especial e cargos em comissão. As principais características e a legislação específica de cada regime se encontram no **Quadro 1**.

Regime Jurídico	Características	Legislação
Estatutário	Estabilidade no emprego; férias; gratificações; licenças e adicionais variáveis de acordo com a legislação específica.	Federal – Lei nº 8.112/90 (Regime Jurídico Único). Estadual e Municipal – Lei específica local
Celetista	Sem estabilidade; direito ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); aviso prévio; multas rescisórias; férias; décimo terceiro; vale-transporte e aposentadoria pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). A relação jurídica entre o Estado e o servidor é de natureza contratual.	Consolidação das Leis do Trabalho de 01/05/43
Regime Especial	Contratados por tempo determinado; regime jurídico administrativo especial; contrato com a finalidade de atender necessidade temporária de excepcional interesse público.	Lei nº 8.745, de 09/12/93
Cargos Comissionados	Cargo de livre nomeação e exoneração; não possuem estabilidade alguma podendo, a qualquer momento, ser exonerado de acordo com a conveniência e oportunidade da Administração, pois tais cargos não geram direitos trabalhistas por falta de vínculo empregatício.	Lei nº 8.647, de 13/04/93

Quadro 1 – Principais características dos regimes jurídicos adotados na administração pública.

O regime estatutário dos servidores federais é conduzido pelo Regime Jurídico Único (Lei nº 8.112, de 11/12/90). Já o regime celetista

surgiu por iniciativas próprias da modernização da gestão do Estado, com vínculo contratual regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), reintroduzido na Constituição pela Emenda Constitucional n° 19, de 04/06/98, sob a denominação de emprego público. O regime especial rege a situação dos contratados por tempo determinado em função de excepcional interesse público (Lei n° 8.745, de 09/12/93). Já os ocupantes de cargos comissionados são livremente nomeados pelas autoridades para o exercício destes cargos.

Meirelles (2005) afirma que *Cargo Público* é o lugar instituído na organização do serviço público, com denominação própria, atribuições e responsabilidades específicas e remuneração correspondente, para ser provido e exercido por um titular, na forma estabelecida em lei. Já a *Função Pública* é descrita como a atribuição ou conjunto de atribuições que a Administração confere a cada categoria profissional ou comete individualmente a determinados servidores para a execução de serviços eventuais.

Já Chiavenato (1999) conceitua a *Função* como um conjunto de tarefas e responsabilidades atribuídas a um cargo, sendo que tarefa é a unidade do trabalho que requer certa habilidade mental ou física para consecução de determinado fim. O *Cargo* é conceituado pelo autor como uma composição de funções ou atividades equivalentes em relação às tarefas a serem desempenhadas, o qual é definido estrategicamente na busca da eficiência da organização.

Cargo Público

- Posição que uma pessoa ocupa dentro de uma estrutura organizacional, determinado estrategicamente.

Função Pública

- Conjunto de tarefas e responsabilidades que correspondem a esse cargo.

Todo cargo tem função, mas pode haver função sem cargo.

Como não se vislumbrava a forma mais adequada para a contratação de profissionais para a Estratégia Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde e pelos posicionamentos divergentes dos Tribunais de Contas, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 51, em 14 de fevereiro de 2006. Com a promulgação da Emenda, foi proposta a Medida Provisória nº 297, de 09/06/06, que resultou na edição da Lei Federal nº 11.350, de 05/10/06, que veio regulamentar a referida Emenda (SALUM, 2008).

A Emenda Constitucional nº 51 e a Lei nº 11.350 não estabelecem regras para admissão de todos os profissionais do SUS, restringindo-se ao regramento da admissão de Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias. No entanto, o Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, por meio da Decisão nº 522/07, estabelece que as admissões dos profissionais da ESF devem ser precedidas de concurso público de provas ou de provas e títulos, nos termos no artigo 37, inciso II, da Constituição, para ocupar empregos públicos, em quadro específico no órgão vinculado ao Programa, mediante contrato regido pela CLT, com vinculação ao regime geral da previdência e ao

Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), sem direito à estabilidade do artigo 41 da Constituição Federal. Os empregos deverão ser criados mediante edição de lei específica de iniciativa do Chefe do Poder Executivo, constituindo o quadro específico de pessoal vinculado à ESF, distinto do quadro permanente de pessoal do Poder Executivo. Deverá ser definido o quantitativo dos empregos criados, as atividades a serem desenvolvidas no exercício do respectivo emprego, em conformidade com as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde, a habilitação e os requisitos a serem atendidos para o exercício do emprego, a remuneração, bem como as hipóteses de demissão (SALUM, 2008).

Chiavenato (1999) coloca que a seleção pode ser entendida como um processo de comparação entre duas variáveis: requisitos do cargo a ser preenchido com o perfil dos candidatos inscritos. Os requisitos do cargo deverão ser definidos na preparação do concurso e o perfil do candidato é selecionado com a aplicação de instrumentos de seleção.

Nos casos em que o município opte pela **contratação por tempo determinado**, nos termos do artigo 37, inciso IX, da Constituição, esta deverá ser realizada de forma extraordinária e precedida de lei municipal específica. Na legislação precisam constar as condições para a contratação, prazo máximo de contrato, definições dos casos de contratação, exigência do processo seletivo público com ampla divulgação, regime jurídico, vinculação previdenciária, dentre outros (SALUM, 2008). A Lei nº 8.745/93, em seu artigo 3º, dispõe que o recrutamento do pessoal a ser contratado nos termos desta lei, será mediante processo seletivo simplificado.

A contratação temporária no âmbito da administração pública deve preencher três requisitos: prazo determinado, necessidade temporária e excepcional, e existência de lei autorizativa. Apesar de não haver obrigatoriedade de concurso público para o recrutamento, a realização de processo seletivo simplificado garante a preservação da impessoalidade, eficiência, moralidade pública e o atendimento do princípio da igualdade, buscando selecionar os melhores candidatos para a execução dos excepcionais serviços desejados.

A **terceirização da força de trabalho** tem chamado a atenção do setor estatal pelas vantagens competitivas. Ocorre que muitas das formas flexíveis de contratação contrariam a Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho (TST), que versa sobre irregularidades na contratação de trabalhadores por empresas interpostas. Ademais, a eficiência administrativa não pode ser realizada com a precarização dos direitos dos trabalhadores que prestam serviços ao ente público. A contratação de empresa terceirizada no setor público é precedida de processo licitatório do qual sai vencedora a que oferece o *menor preço* pelo serviço, com possível exploração da força de trabalho.

O Estado deve assegurar o exercício dos direitos individuais, da liberdade, da segurança, do bem-estar, do desenvolvimento, da igualdade e da justiça. Dessa forma, não se mostra compatível com situações em que se ignoram medidas que visam assegurar o acesso e garantia dos direitos fundamentais sociais.

Em relação às **contratações indiretas** por meio de Organizações Não-Governamentais ou terceirizadas por meio de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), o Tribunal de Contas de Santa Catarina se posiciona contrariamente a estas formas de atividades

nos municípios. Uma vez que a Estratégia Saúde da Família representa um serviço público essencial, a admissão dos seus integrantes deve ser feita diretamente pelo órgão local gestor do SUS, ficando vedado delegar tal tarefa para as organizações (SALUM, 2008).

O Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região/SC afirma em sentença que, se um profissional é contratado por um gestor público sem que haja a observância do critério constitucional do concurso ou seleção pública, os direitos dos trabalhadores não podem ser arguidos em toda sua extensão, sendo-lhes devido apenas o direito ao pagamento da contraprestação pactuada, em relação ao número de horas trabalhadas e aos depósitos do FGTS, segundo Enunciado nº 363, do TST. Dessa forma, é possível afirmar que a nulidade do contrato vale tanto para o trabalhador admitido irregularmente por meio de vínculo celetista, quanto para o trabalhador contratado de maneira informal, pois o contrato que lhe deu acesso ao serviço público é juridicamente nulo.

A aferição pública de competências na admissão ao serviço público se justifica para contornar as indisposições que habitualmente acompanham as contratações realizadas a bel-prazer dos gestores. Dessa forma, evita-se o favorecimento, o apadrinhamento e as formas de clientelismo, obedecendo ao princípio do mérito, assegurando o acesso a todos os cidadãos que tenham as competências requeridas, assim como se assegura a transparência e a publicidade do processo de admissão.

A Lei nº 8.429/92 configura a **responsabilidade civil do gestor público** no que se refere à admissão dos servidores, caracterizando ato de improbidade administrativa caso não seja observada a contratação por meio de concurso público, devendo o gestor responder às instâncias jurídicas.

A partir do ano 2000, a **Lei de Responsabilidade Fiscal** estabelece tetos bem definidos para os gastos com pessoal. Por isso, muitas vezes, os gestores acabam utilizando contratos precários e terceirizados como tentativa de se desviarem do valor máximo com gastos. No entanto, a lei deixa claro que os gastos com terceirização devem ser contabilizados como gastos com pessoal, além do que nem sempre os contratos irregulares implicam em menores custos para o empregador estatal (NOGUEIRA, 2007).

2.1 O Concurso Público

O concurso público se caracteriza como um processo seletivo que permite o acesso a cargo ou emprego público de modo amplo e democrático, assegurando a impessoalidade e a igualdade de oportunidades a todos os interessados em concorrer a uma vaga oferecida pela administração pública. O Estado, por sua vez, fica responsável por identificar e selecionar os melhores candidatos que preencham os requisitos necessários para o exercício das atribuições, mediante critérios objetivos. Com isso, é possível conciliar a obtenção de profissionais com perfil desejado e a garantia de acesso igualitário aos interessados em ingressar no serviço público.

2.2 Requisitos Essenciais

A Constituição Federal de 1988 impõe alguns princípios que devem ser observados em concursos públicos, tais como o da **legalidade, moralidade, igualdade, eficiência e impessoalidade**. Esses

princípios foram inscritos no artigo 37, que estabelece a exigência do concurso para o ingresso na administração pública. Desta forma, indubitavelmente, os princípios devem ser obedecidos na realização da seleção pública.

O princípio da **legalidade** estabelece que o administrador público deve estar sujeito aos mandamentos da lei e às exigências do bem comum e dele não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se à responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso.

Além disso, o gestor deve agir de acordo com o **princípio da moralidade** ou **proibição administrativa**, respeitando os princípios éticos em sua conduta, tendo como parâmetro o interesse coletivo. A contratação de profissionais capacitados por um instrumento hábil faz com que a administração pública possa ficar tranquila quanto à questão de estar com profissionais que realmente atendam às necessidades do público. Qualquer ato de imoralidade deverá ser punido, podendo causar suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, a indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível.

O **princípio da igualdade** estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, o que implica no direito de qualquer cidadão ter acesso igualitário aos cargos oferecidos pela administração pública por meio de concursos. Todos os interessados devem ser delineados na mesma condição, cuja aprovação depende exclusivamente do candidato, sendo aprovado o mais preparado.

O **princípio da eficiência** exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional, buscando

assegurar a melhoria na qualidade da atividade pública quando da prestação de serviços aos cidadãos.

O **princípio da impessoalidade** impõe ao administrador público que apenas pratique o ato tendo em vista seu fim legal, de forma impessoal. O interesse público deve prevalecer sobre todo e qualquer ato administrativo, não podendo favorecer ou prejudicar terceiros.

Nessas condições, o concurso público constitui um instrumento previsto constitucionalmente (Art. 37, II, CF) em que, por critérios objetivos, os cargos e empregos são investidos somente por aqueles aprovados em suas etapas. Assim, o concurso é um artifício que dificulta hábitos nepotistas arraigados na cultura administrativa, mostrando-se como um caminho para que servidores com perfil desejado possam integrar o quadro de agentes públicos.



Outros princípios também se tornam fundamentais para a realização dos atos públicos, dentre eles: **princípio da publicidade, da razoabilidade, da motivação, da ampla defesa e contraditório**.

O princípio da **publicidade administrativa** se caracteriza como direito fundamental do cidadão, onde o Estado deve propiciar livre acesso à informação. A Constituição assegura que todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou coletivo. Estas informações devem ser repassadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade. Esse princípio deve ser observado durante a realização do concurso público, devendo o edital ser publicado em imprensa oficial bem como em outros meios de comunicação, com ampla divulgação.

O **princípio da razoabilidade** tem como objetivo aferir a compatibilidade entre meios e fins, com a limitação ou proibição dos excessos, de modo a evitar restrições desnecessárias ou abusivas da administração pública.

O **princípio da motivação** objetiva que o administrador público exponha expressamente as justificativas de todos os atos que editar, efetuando a exposição dos motivos e demonstrando as razões que o levaram ao ato.

Já o **princípio da ampla defesa e do contraditório** é aplicável aos concursos públicos onde os candidatos terão direito a comunicação, a apresentação de alegações finais e a produção de provas com interposição de recursos contra qualquer ato da administração pública.

Meirelles (2005), ainda, ensina que o serviço público apresenta quatro requisitos essenciais, dispostos na forma de princípios: Princípio da permanência, que impõe a continuidade no serviço; Princípio da

generalidade, que estabelece serviço igual para todos; Princípio da eficiência, que exige adequação e resolutividade do serviço; e Princípio da cortesia, que se traduz em bom atendimento e digno tratamento para o público. Dessa forma, os concursos para cirurgiões-dentistas para o Sistema Único de Saúde devem proporcionar a seleção dos candidatos que mais se aproximem do ideal dos requisitos necessários no serviço público.

2.3 Requisitos Gerais

A prova deve guardar relação direta com a natureza e a complexidade da função a ser preenchida, sendo inadmissível que sejam impostos requisitos que não se enquadrem nas atribuições que serão necessárias para a execução do trabalho. Dessa forma, os requisitos constantes do edital devem estar em clara sintonia com as atividades a serem desempenhadas (MONTEIRO, CASTRO, 2010).

O concurso terá que ser público para que qualquer pessoa que atenda às exigências contidas no edital possa disputar as vagas disponibilizadas. Anteriormente à Constituição de 1988 eram permitidos concursos internos, onde apenas os agentes públicos já integrantes do quadro teriam acesso, viabilizando a ascensão funcional (RIBEIRO, 2006).

Pelo fato de instalar uma disputa aberta entre os interessados que preenchem as condições mínimas exigidas, o concurso densifica e concretiza os princípios da moralidade, igualdade, eficiência e impessoalidade. Tem o objetivo de selecionar os profissionais que demonstram melhores condições para o desempenho das atividades

propostas, avaliando o conhecimento dos candidatos e suas aptidões pessoais (CARVALHO, 2010).

Constitui também um espaço aberto à sociedade, admitindo a inserção de novos atores sociais que podem ser originários de qualquer classe, resultando em mobilidade social pelo critério do merecimento. Além disso, exclui critérios subjetivos irrelevantes para o Estado e procura selecionar o profissional que de fato é capaz de atender às exigências propostas. Dessa forma, os riscos de discriminações ilícitas e apadrinhamentos são reduzidos, bem como há o combate à cultura do clientelismo que ocorre por meio de indicações políticas. Assegurar a competitividade efetiva em um processo idôneo permite que a escolha da Administração se dê conforme o paradigma do mérito, deixando a igualdade real sair do discurso teórico, tornando-se uma norma concretizável no cotidiano jurídico do Estado (CARVALHO, 2010).

É essencial que o concurso seja constituído de uma prova que garanta a verificação do conhecimento técnico específico dos



candidatos. Dessa forma, não é permitido o concurso público que seja instituído apenas de prova de títulos. Os títulos podem fazer parte da composição do concurso, analisando o currículo do candidato, atestando o histórico da sua formação. Caberá à Administração Pública conferir a pontuação de cada título,

conforme critérios previamente estabelecidos (RIBEIRO, 2006).

A prova de títulos normalmente é consubstanciada posteriormente à prova escrita, com o intuito de avaliar as qualificações do candidato adquiridas anteriormente ao concurso. Já a prova escrita tem o objetivo de comprovar direta e imediatamente a capacidade intelectual, de acordo com critérios previamente definidos (JUSTEN FILHO, 2005). Inverter as fases do concurso fere princípios da economicidade, da proporcionalidade, da eficiência, além de apresentar o risco de direcionamento do resultado. Dessa forma, os títulos não devem ser exigidos previamente à fase da prova escrita. Podem ser consideradas como títulos as produções científicas como artigos e livros, diplomas de graduação, pós-graduação *lato-sensu*, mestrado, doutorado e exercício profissional. É preciso que estejam previstas as pontuações máxima e mínima para que se considerem os pontos válidos e todos os demais apreços necessários para essa fase do certame (BORGES, 2009).

Em relação à prova escrita, é imprescindível que os conhecimentos e habilidades exigidos sejam adequados e compatíveis com a função pública a ser exercida, com delimitação do programa, exigindo do candidato a capacidade de ordenação e organização de ideias e raciocínio lógico (BORGES, 2009).

Em relação aos editais, é fundamental que sejam elaborados com fundamento na moralidade, na impessoalidade e na razoabilidade, sendo uma peça escrita com finalidade de divulgar as informações acerca de determinado fato jurídico, previstas as regras relativas à competição. É considerada a *lei do concurso*, a peça mais importante do certame, fixando as regras, sempre em obediência aos princípios constitucionais. Dessa forma, não pode ser elaborado ao livre arbítrio do administrador público, sob pena de proporcionar fraudes, desvios e manipulações de

resultados, uma vez que o processo direcionado vicia o resultado do concurso (BORGES, 2009).

Os editais devem trazer a legislação aplicável, a nomenclatura e o quantitativo das funções oferecidas, a descrição sumária das atividades, o regime jurídico, a remuneração inicial, a jornada de trabalho, o local, data e horário das inscrições, em prazo razoável e a documentação necessária.

Devem também estar previstas as regras básicas relativas aos conhecimentos exigidos e os programas das disciplinas para cada função, os tipo de provas, os detalhes da pontuação atribuível, a classificação, os recursos, os critérios de desempate, o prazo de validade do certame e a possibilidade de prorrogação. Em relação às provas, é vedada a hipótese de segunda chamada para sua realização, sob pena de quebra do princípio da isonomia, eliminando-se automaticamente o candidato que deixar de comparecer a quaisquer das provas (BORGES, 2009).



Elaborar um concurso e seu edital de acordo com os princípios constitucionais e administrativos se justifica para consolidar a democracia. O preenchimento das vagas na administração pública influencia no exercício da função pública, estando o êxito da administração intimamente relacionada à qualidade do pessoal que a integra.

É importante salientar que, nos casos de regime de contratação temporária, a Constituição somente admite tal regime por tempo determinado, com legislação específica e para atender necessidade temporária de excepcional interesse público. Nesses casos, as características temporais do vínculo e a necessidade excepcional fazem com que não se aplique a esse contexto a realização prévia de concurso público, uma vez que os contratos temporários não são concebidos como necessidades permanentes e fixas da administração.

No entanto, não é rara a observação de contratação temporária por meio de *processo seletivo simplificado*, que é um procedimento administrativo formal, com normas regulatórias veiculadas por um edital, com formalidades mínimas e essenciais.

Prazo de validade do concurso

A Constituição estabelece que o prazo de validade do concurso será de até dois anos, prorrogável uma vez, por igual período. Durante esse prazo, previsto no edital, os candidatos aprovados serão convocados com prioridade sobre novos concursados para assumir o cargo.

Proibição de realização

Com o objetivo de evitar interferências no período eleitoral, a Lei 9.504/97 regulamenta a nomeação e a contratação efetiva de candidatos aprovados em concurso público. Se o certame tiver o seu resultado homologado no prazo de até três meses antes das eleições, as nomeações

poderão ser realizadas em qualquer data do segundo semestre, até mesmo na véspera do pleito. Já as nomeações dos aprovados em concursos com resultados homologados com menos de três meses anteriores ao pleito eleitoral somente poderão ser efetuadas a partir do dia primeiro de janeiro, após a posse dos eleitos.

Reserva de percentual dos cargos a pessoas com deficiência

Aos candidatos portadores de deficiência, a Lei n. 8.112/90 assegura o direito de se inscreverem em concurso público para os cargos cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que são portadores com uma reserva de até vinte por cento das vagas oferecidas. Apesar disso, os estados e municípios poderão ter legislações específicas que estabeleçam outros percentuais.

O Decreto n. 3.298/99, em seu artigo 37, estabelece:

Fica assegurado à pessoa portadora de deficiência o direito de se inscrever em concurso público, em igualdade de condições com os demais candidatos, para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que é portador. § 1º O candidato portador de deficiência, em razão da necessária igualdade de condições, concorrerá a todas as vagas, sendo reservado no mínimo o percentual de cinco por cento em face da classificação obtida. § 2º Caso a aplicação do percentual de que trata o parágrafo anterior resulte em número fracionado, este deverá ser elevado até o primeiro número inteiro subsequente.

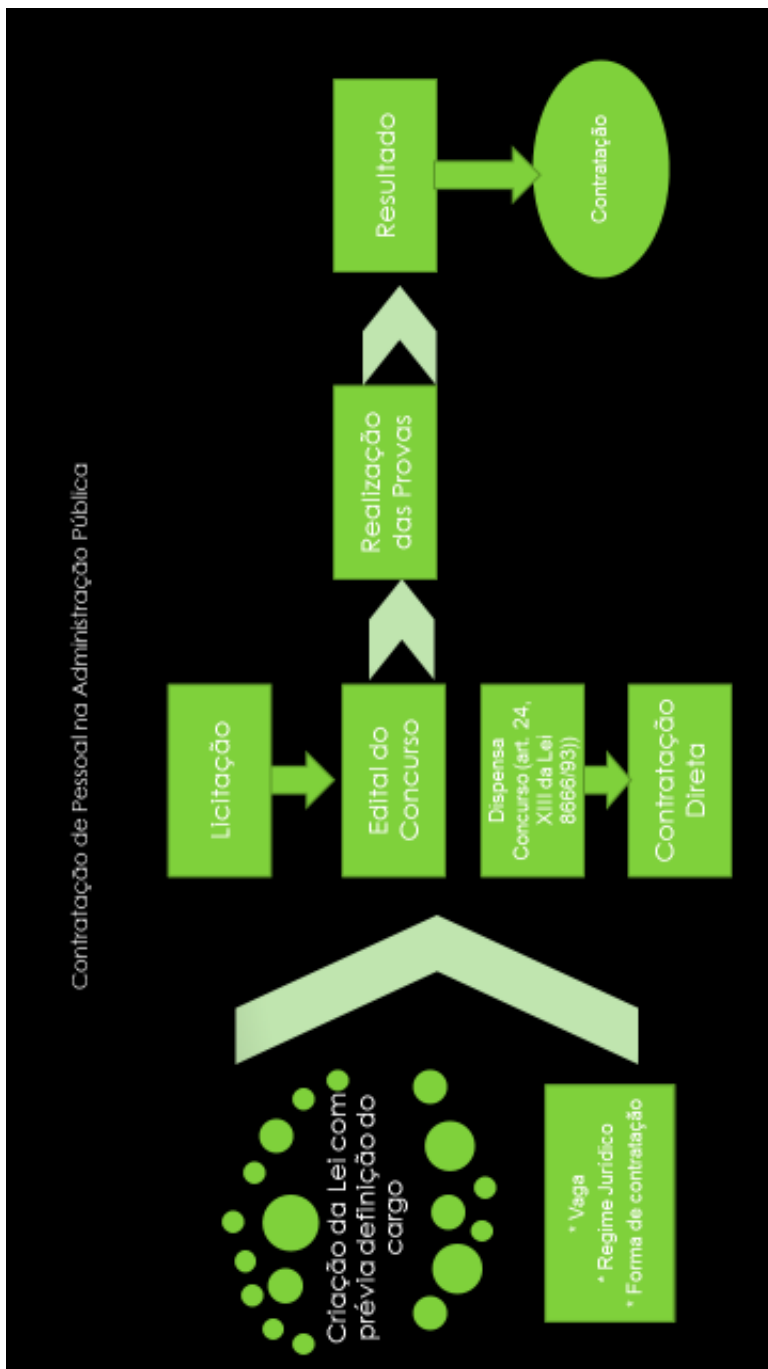
O artigo 42 determina que a publicação do resultado final do concurso seja feita em duas listas. Na primeira, a pontuação de todos os candidatos deve ser publicada, incluindo a dos portadores de deficiência. Na segunda, somente a pontuação dos portadores de deficiência. Os candidatos devem ser submetidos à mesma exigência de nota mínima para aprovação, com os mesmos conteúdos programáticos dos demais. Dessa forma, evita-se que uma eventual *nota de corte* resulte na absoluta ineficácia da reserva de vagas.

3 Etapas da Contratação na Administração Pública

Inicialmente, os gestores responsáveis deverão estabelecer um *Plano de Ingresso de Trabalhadores* e a substituição dos profissionais terceirizados, se houver. Esse plano deverá estar contemplado no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual para garantir que haverá verbas para contemplar os novos profissionais.

A administração pública é a autoridade específica para a realização de concursos públicos. Entretanto, muitas vezes não apresenta técnica especializada para a sua execução. Para a efetivação de um concurso é necessário um sistema de logística própria, estrutura, parque gráfico, sistema diversificado de atendimento ao candidato, além de experiência na área. É preciso ainda o afastamento dos candidatos daqueles que executam o concurso, algo complicado quando se trata de concursos em municípios de pequeno porte. Dessa forma, para garantir a imparcialidade na execução do certamente são contratadas instituições especializadas no ramo (NOGUEIRA; SANTANA; SOUZA, 2014).

As contratações das instituições, em termos gerais, devem ser precedidas de processo licitatório. Não obstante, a Constituição apresenta a possibilidade de ressalva à necessidade de licitação em casos específicos e de acordo com a legislação. A Lei Federal nº 8.666/93 (Lei das Licitações e Contratos) prevê, como regra geral, que a Administração Pública está obrigada a promover certame licitatório sempre que necessitar contratar serviços, adquirir bens. Mas a mesma lei destaca que é dispensável a licitação nos casos de contratação de instituição brasileira incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, desde que detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos (NOGUEIRA; SANTANA; SOUZA, 2014).

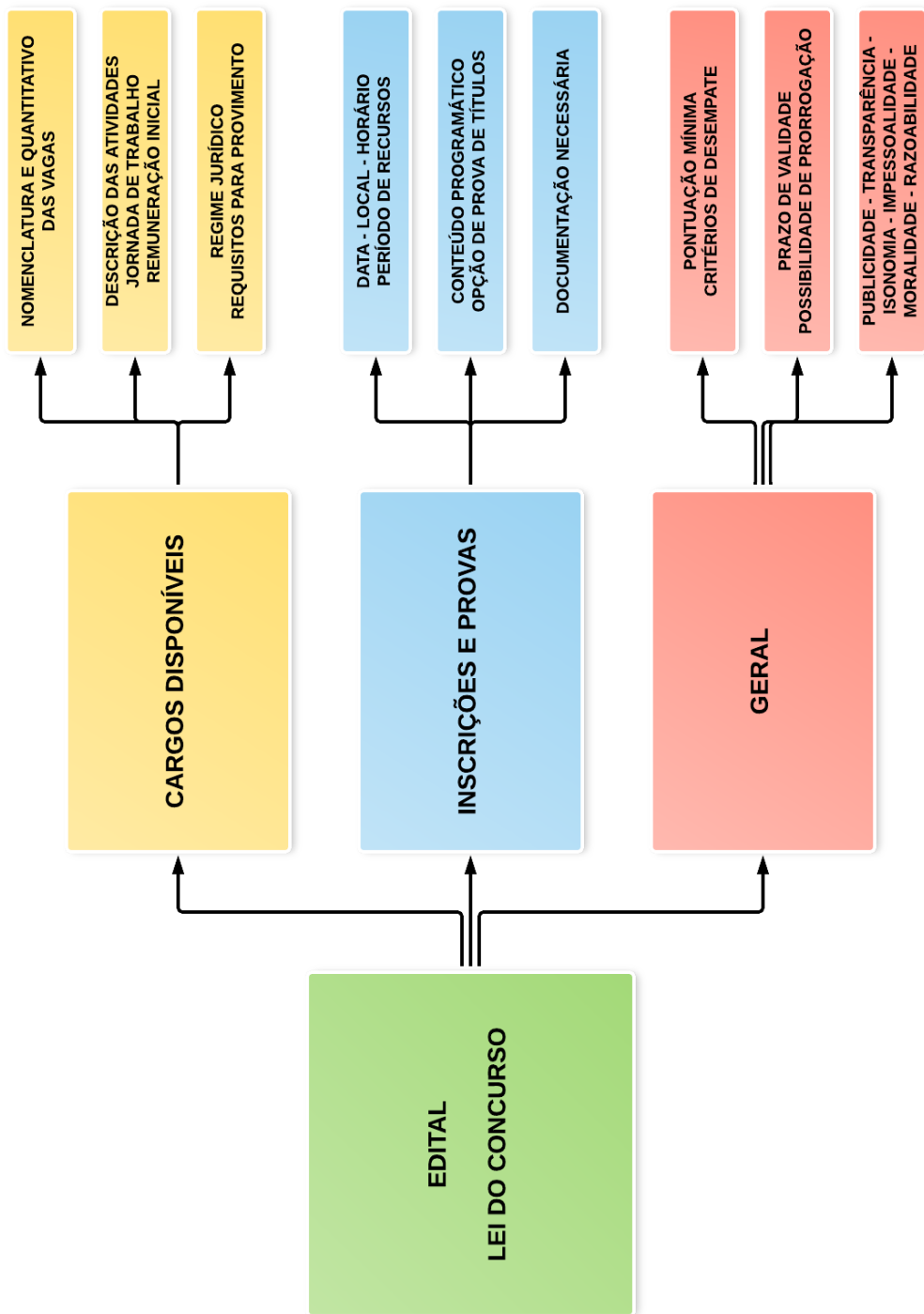


Fluxograma simplificado da contratação na administração pública

Dessa forma, a Administração poderá dispensar a licitação com fundamento no artigo 24, inciso XIII, da Lei das Licitações e Contratos, uma vez que comprove a competência da instituição contratada, além de comprovar a compatibilidade de custo com os preços correntes no mercado. Com isso, é possível garantir a especialidade e a imparcialidade do concurso, bem como alcançar o fim, que é a seleção dos melhores profissionais (NOGUEIRA; SANTANA; SOUZA, 2014).

Após a decisão da Administração de contratar ou de realizar o certame por conta própria, inicia-se o processo da elaboração dos editais. Neste documento devem estar contidos: a instituição ou órgão responsável pela organização e realização do certame; o número de vagas que se quer preencher, inclusive para pessoa portadora de necessidades especiais; o regime jurídico; a carga horária semanal; os pré-requisitos exigidos; os documentos necessários para que a inscrição seja efetuada; as atribuições do cargo ou emprego público; o valor inicial do salário ou vencimento e adicionais, se for o caso; o local, período e o horário para realização das inscrições; o valor da taxa de inscrição e sua forma de pagamento; a forma que será utilizada para a divulgação oficial das informações referentes ao certame; o prazo de validade do concurso e sua possível prorrogação (BRASIL, 2006).

O quadro abaixo representa os requisitos fundamentais que deverão estar contidos nos editais dos concursos públicos:



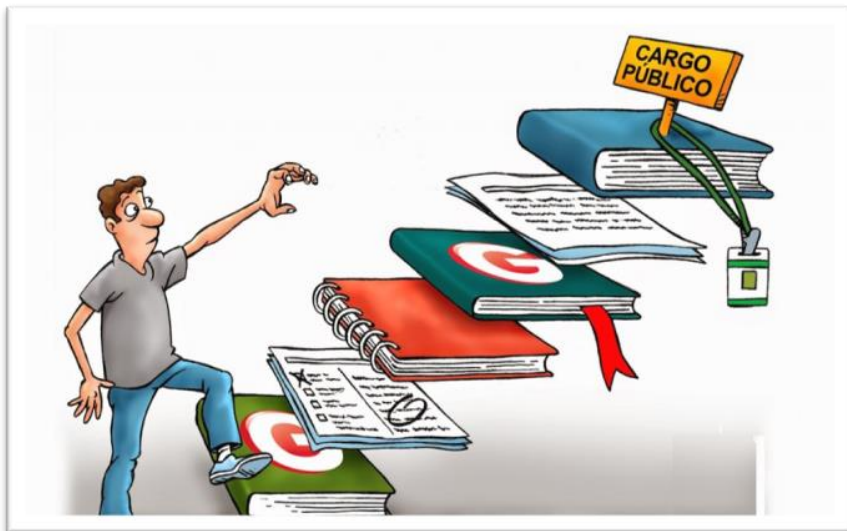
Também é importante que estejam expressos os tipos de provas que serão aplicados, o caráter das provas (eliminatória ou classificatória), o número total de questões, a valoração de cada questão, a pontuação mínima que o candidato deve obter para ser considerado aprovado, os conteúdos específicos das provas, os critérios de desempate e anulação das provas, caso necessário, o tempo de duração total da prova e, em caso de prova objetiva, o edital deverá informar o número de alternativas de cada questão. Nos casos de prova de títulos, deverão estar determinados quais certificados serão considerados e a pontuação de cada um deles (BRASIL, 2006).

A seguir, serão descritas as etapas dos concursos públicos, baseado em Muniz (2011).

3.1 Preparação

Esta etapa consiste no planejamento para atender todos os requisitos legais estabelecidos e atingir sua finalidade. Almeja-se a seleção de cirurgiões-dentistas que preencham os requisitos éticos e técnicos. É necessária a criação de lei por iniciativa do chefe do executivo com prévia definição do cargo. Nesta fase já deve estar demarcado se a vaga para o cirurgião-dentista se destina, ou não, a compor a Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, o regime jurídico e a forma de contratação.

Todas as fases devem transcorrer dentro do máximo sigilo, sob pena de violação dos princípios da moralidade administrativa e da igualdade.



1. Instaure-se um processo administrativo motivando a necessidade do concurso, contendo todos os documentos relativos, comprovando a legalidade e moralidade do certame.

2. A necessidade de vagas para cirurgião-dentista é sinalizada pelo coordenador ou responsável pela saúde bucal do município, indicando os cargos vagos nas unidades de saúde onde futuramente serão lotados os profissionais. Indica-se a denominação do cargo, o número de vagas, os requisitos de provimento, o valor dos vencimentos e a lei que as criou. Esses documentos devem ser enviados ao setor de administração.

3. A Administração realiza o levantamento das despesas

decorrentes das novas contratações com os respectivos encargos. O acréscimo das despesas deve permanecer dentro dos limites fixados pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Verifica se a **dotação orçamentária** ficará com saldo suficiente. Caso não haja, poderá ser solicitada suplementação com autorização legislativa.

4. Nos casos em que a necessidade de pessoal ultrapassar o número de cargos vagos ou em se tratando de cargos inexistentes no quadro de pessoal, o órgão gestor indicará a ampliação ou criação. Nos casos de criação, deverá ser denominado e quantificado cada cargo, atribuições, requisitos de provimento e vencimento. Tanto na criação quanto na ampliação, a proposta será devidamente justificada com a **elaboração de projeto de lei**, que deverá ser aprovada pelo Legislativo e sancionada pelo Executivo.

5. Designação de comissão do concurso para coordenar todas as fases da operacionalização. Deve ser constituída por servidores com experiência na área, sendo escolhidos entre os que possuem qualificação compatível com a natureza do concurso. Serão realizadas atas das reuniões e juntadas ao processo a fim de garantir plena legalidade e transparência.

6. Os municípios, estados ou distrito federal podem decidir pela **contratação de instituição** para realização do concurso. É importante garantir a escolha de uma instituição que atenda aos requisitos legais e que efetue a seleção de trabalhadores conforme o perfil delineado pela gestão. É desejável que a instituição possua docentes na banca com formação relacionada ao SUS para garantir que seja selecionado o perfil necessário para atuação no sistema. A instituição poderá se encarregar de todas as fases do processo ou apenas

do processo de seleção propriamente dito. A decisão fica a critério da Administração Pública. Em caso de responsabilização por todo o processo, a instituição deverá ter competência técnica e ética.

7. Elaboração do edital de abertura do concurso – documento que dita as regras do processo, sendo, portanto, o mais importante ato do concurso.

8. Publicação do edital – poderá ser publicado um aviso resumido e informação de acesso a seu inteiro teor.

3.2 Mobilização e Recrutamento

Nesta fase, dar-se-á cumprimento ao princípio da publicidade, com a divulgação necessária de todo o ato público, atingindo o maior número possível de candidatos potencialmente qualificados e capazes de atender aos requisitos do SUS. Se há poucos interessados, as chances de se obter um pequeno número de aprovados torna-se maior, implicando na necessidade de realização de novos concursos em curto prazo, contrariando o princípio da eficiência administrativa. Dessa forma, o recrutamento deve ser o mais amplo possível, com a divulgação pela mídia falada e escrita, contatos com universidades, associações de classe e profissionais. Para os municípios de pequeno porte, a divulgação deve se expandir para as sedes regionais, jornais e imprensa de amplitude maior. É preciso alcançar apenas os candidatos que possuam os requisitos exigidos, a fim de não criar expectativas e trabalho desnecessário aos interessados que não possuam os requisitos desejados. **A publicidade da seleção deve assegurar a mais ampla divulgação**

das vagas, garantindo a todos a mesma oportunidade de ter acesso ao posto de trabalho.

3.3 Inscrição

Os candidatos interessados devem requerer formalmente sua participação no concurso no período, horário e local determinados, de acordo com as regras do edital publicado. As normativas jurídicas estabelecem dois tipos de requisitos a serem exigidos dos candidatos:

Requisitos de Inscrição – exigências da administração pública para a participação no concurso, tais como: ser brasileiro nato ou naturalizado; gozar dos direitos políticos e estar em dia com as obrigações eleitorais; estar em dia com as obrigações militares (sexo masculino); pagar a taxa de inscrição.

Requisitos do Cargo – de acordo com a natureza das funções a serem exercidas. Para os cirurgiões-dentistas, exige-se nível superior em Odontologia e registro no Conselho Regional de Odontologia do estado em que exercerá as suas funções. Estes requisitos podem ser apresentados apenas no momento subsequente à nomeação e anterior à posse.

As inscrições poderão ser efetuadas pessoalmente, via Correios ou por meio eletrônico (de acordo com a preferência da instituição contratada e da Administração Pública). Nos casos em que a opção *online* estiver disponível, deve-se explicitar no edital que as inscrições não recebidas por ordem técnicas dos computadores, falhas de comunicação ou congestionamento das linhas de comunicação não serão de responsabilidade dos idealizadores do certame.

Taxa de inscrição – O valor cobrado será fixado em edital, levando-se em consideração os custos estimados, indispensáveis para a sua realização. A *Guia de Recolhimento de Cobrança* deverá ser disponibilizada para impressão pelo candidato após a conclusão do preenchimento da ficha de solicitação de inscrição. O boleto então deverá ser pago, de acordo com as regras do edital.



É possível disponibilizar a **isenção da taxa de inscrição**, de acordo com lei específica local. Para os concursos do governo federal, o Decreto n. 6.593/2008 especifica que fica isento do pagamento o candidato que estiver inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e se for membro de família de baixa renda. O edital deverá apresentar os prazos-limites para a apresentação da documentação, assim como da resposta sobre o deferimento ou não do pedido. A relação dos pedidos de isenção deferidos deverá ser publicada.

O candidato que necessitar de **atendimento especial para a realização das provas** deverá indicar os recursos especiais necessários, no ato da inscrição. O laudo médico que justifique tal atendimento necessita ser enviado como cópia autenticada em cartório ou original. A necessidade de amamentar durante a prova deverá ser solicitada pela candidata com cópia autenticada da certidão de nascimento da criança. Na ocasião da prova, um acompanhante com a guarda da criança ficará em sala reservada.

É importante a disponibilização de um *Manual de Orientação ao Candidato* com o objetivo de garantir que todos estejam igualmente informados sobre os procedimentos do concurso, garantindo a isonomia e a transparência. Neste manual, informações básicas devem estar contidas, tais como: local e endereço completo, data e horário de realização das provas, documentos comprobatórios de identificação aceitos, material necessário, cor de caneta esferográfica aceita, material não permitido durante a realização das provas (celulares, agenda, bonés, chapéu, etc), procedimentos não permitidos (ausentar-se do local da prova sem o acompanhamento de fiscal, comunicar-se com outro candidato, etc).

Após o encerramento das inscrições, a comissão responsável irá analisar se todas atendem às condições previamente exigidas e homologar as que estiverem corretas. É necessária a **emissão de relatório das inscrições** por ordem alfabética e também das inscrições indeferidas com o motivo do indeferimento. Deve estar prevista a interposição de recurso pelo candidato que se julgar prejudicado, com determinação de prazo.

3.4 Preparação e Organização das Provas

Esta fase demanda um cuidado especial para possibilitar a verificação de que o candidato apresenta efetivamente os conhecimentos e habilidades requeridas para o trabalho no SUS. Por isso, é essencial que o conteúdo programático englobe todo o contexto que expressa as habilidades necessárias para o exercício profissional ao qual se destina a seleção. Sugere-se que a definição dos conteúdos e bibliografias tenha

articulação com o Conselho Regional de Odontologia, com o intuito de incorporar diretrizes e referências técnicas produzidas para a orientação da atuação profissional no âmbito do SUS.

As provas podem abranger conhecimentos gerais e específicos, com caráter eliminatório e classificatório. Devem conter questões inéditas em conformidade com as atribuições do cargo e com o conteúdo programático constante do edital. É importante que apresente situações do cotidiano dos serviços que serão prestados, demonstrando não só conhecimentos, mas também habilidades para solução dessas situações. Nessas condições, deve-se evitar questões que solicitem completar frases, assinalar certo ou errado, ou que requeiram efetuar relações, pois, dessa forma, nem sempre são exigidos conhecimentos mais aprofundados e consistentes. Indica-se a elaboração de testes de múltipla escolha, com 4 ou 5 alternativas, com enunciado que problematize a questão.

Para as provas objetivas, sugere-se que as questões sejam elaboradas a fim de avaliar as competências e habilidades que compõem o perfil do cirurgião-dentista para o SUS, abrangendo assuntos de real importância e não apenas aqueles que visam à memorização de detalhes. Evitam-se perguntas capciosas que constituam *ciladas* aos candidatos, ambiguidades de sentido nas palavras e uso de palavras muito inclusivas, tais como sempre, todos, nunca e jamais.

É possível selecionar também os candidatos por meio de provas discursivas. Neste caso, o cuidado na elaboração dos critérios deve ser redobrado, evitando-se subjetividades na correção das provas. A aplicação de provas orais deve ser evitada, devido à dificuldade de

comprovação da objetividade nas correções. Caso a comissão decida pela sua aplicação, as provas orais devem ser gravadas.

Para garantir o sigilo das questões e a segurança, recomenda-se que as provas sejam preparadas o mais próximo da data de sua realização, evitando-se assédios constrangedores ou qualquer tipo de influência por parte de candidatos ou interessados. Após as questões estarem preparadas, recomenda-se uma análise técnica com revisão da Língua Portuguesa. A digitação, a editoração e a impressão dos cadernos de prova devem ser feitas de forma sigilosa e pelo menor número de funcionários possíveis. É imprescindível o acondicionamento e transporte dos cadernos de prova com o devido lacre garantidor de sigilo e segurança.

Verificam-se com antecedência os locais da prova, observando as salas e a futura distribuição dos candidatos. É importante a emissão da relação geral dos candidatos inscritos, em ordem alfabética, bem como o mapeamento e identificação das salas. Os fiscais, apoio técnico e todo o pessoal envolvido devem ser treinados e remunerados e estarem em número suficientes e proporcionais ao número de salas e de candidatos em cada turma.

A aplicação das provas deve ser realizada com a presença da Comissão do Concurso e da coordenação da instituição contratada. Para cada candidato deve ser solicitada a documentação de identificação. No dia da prova, é importante a elaboração de ata e lista de presença. Em seguida, o gabarito oficial deve ser divulgado.

A correção das provas objetivas pode ser realizada manualmente ou por meio da leitura óptica dos cartões-respostas. Para as provas discursivas, é fundamental que a banca elabore critérios claros e

objetivos para a correção, evitando a possibilidade de qualquer discricionariedade.

Após a correção nos prazos fixados, serão atribuídas as notas ou pontos e emitidos os boletins individuais. O relatório de notas deve abranger todos os candidatos e ser divulgado em imprensa oficial ou por fixação nos quadros de editais. Abre-se o prazo para recebimento de recursos, que serão julgados e publicados.

3.5 Avaliação de Títulos

Para a seleção dos melhores candidatos, é recomendável levar em consideração também a experiência com a valorização de cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), certificados de participação em cursos de extensão, atualização, aperfeiçoamento, pós-graduação *lato sensu* (especialização), realização de pesquisas, experiência profissional, publicações acadêmicas e técnicas.

O edital deverá estabelecer o caráter da prova de títulos: se eliminatório, classificatório e a pontuação de cada título por meio de uma grade de avaliação. Após a avaliação dos títulos, também deverá ser divulgado um relatório de notas e um boletim individualizado.

3.6 Recebimento de Recursos

Os recursos podem ser interpostos em várias fases, com base nos princípios da ampla defesa e do contraditório. A Constituição afirma que todos têm direito de petição aos poderes públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder. Dessa forma, o edital deve

designar a forma e o período para a coleta dos recursos, sendo julgados pela Comissão do Concurso com emissão de parecer individualizado.

Nos casos em que o exame do recurso resultar em alteração do gabarito oficial, essa alteração valerá para todos os candidatos e não só para aquele que elaborou o recurso. Da mesma forma, nos casos de anulação de alguma questão, a pontuação correspondente será atribuída a todos os candidatos. As justificativas das alterações de gabarito deverão ser divulgadas pela instituição.

3.7 Classificação e Publicação dos Resultados

De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741/2003), em caso de empate de notas, terá preferência o candidato que tiver a maior idade, dentre os candidatos com idade superior a 60 anos até o último dia de inscrição. Outros critérios poderão ser adotados, desde que constem do edital.

Após verificar toda a regularidade do processo, a homologação do resultado final deverá ser publicada no Diário Oficial com a relação dos candidatos aprovados no certame, por ordem de classificação. Se a Comissão estabelecer um número máximo de aprovados, os candidatos que não ficaram dentro do número previsto, mesmo tendo alcançado a nota mínima, estarão automaticamente reprovados. Nos casos de empate na última classificação, todos serão considerados aprovados, nos termos do Decreto 6.944/2009.

Ao final desta etapa, o órgão responsável deverá elaborar um dossiê completo que contemple todos os dados referentes ao concurso. Este documento poderá ser utilizado, em caso de auditoria, para demonstração ao Tribunal de Contas.

3.8 Nomeação, Provimento, Posse e Exercício

A **nomeação** é a forma de investidura em cargo público e ocorre por decreto ou portaria. Deve seguir a ordem dos aprovados, de acordo com a necessidade da instituição e do interesse público. Não há uma data específica, podendo ocorrer logo após a publicação do resultado final, ou próxima do término da validade do concurso.

Após a nomeação, o candidato nomeado deve providenciar a documentação necessária, os exames médicos solicitados e comparecer ao setor para tomar **posse**. Há um prazo legal para que o candidato se apresente, caso contrário, estará automaticamente eliminado. O prazo para a posse é de 30 dias contados da publicação do ato de nomeação. Este prazo pode ser prorrogado por até 30 dias, desde que requerido pelo servidor interessado. A posse é o meio pelo qual se confere ao servidor as prerrogativas, os direitos e os deveres do cargo, sem o qual o provimento não se completa. Com a posse, completa-se a investidura do nomeado no cargo, passando o candidato à condição de servidor, sujeito de direitos e deveres funcionais. A posse dar-se-á pela assinatura do respectivo termo de posse. Este documento contém as atribuições, os deveres, as responsabilidades e os direitos inerentes ao cargo ocupado. É possível a tomada de posse por procuração específica.

O **exercício** é o início da efetiva prestação do serviço público correspondente ao respectivo cargo/ função. Caso o servidor não entre em exercício funcional no prazo legalmente assinado, caberá a sua exoneração.

4 Perfil do Cirurgião-Dentista

Para selecionar o cirurgião-dentista com o perfil adequado ao exercício de sua função no SUS, o gestor deve orientar o certame a fim de que apenas os candidatos mais preparados sejam aprovados. Alcançar este objetivo nem sempre é uma tarefa fácil. É necessário um planejamento prévio que se inicia antes mesmo da elaboração do edital. Quando a gestão avalia a necessidade de contratação de profissionais da saúde bucal, nesta hora já é preciso analisar que tipo de profissional a população almeja e quais as atividades e funções que deverão ser desempenhadas.

Em alguns casos, a gestão avalia que a necessidade de contratação recai apenas para atividades de assistência à saúde, com consultas individuais e atividades clínicas. Nestas hipóteses, deve-se direcionar a seleção ao objetivo de classificar os candidatos que apresentam este perfil, valorizando conteúdos clínicos específicos. Também é possível a realização de provas de títulos com valorização de cursos de especialização em áreas clínicas, bem como cursos de aperfeiçoamento. O conteúdo programático também deve ser elaborado em consonância com as exigências da função. É importante conter conhecimentos de dentística operatória, periodontia, princípios básicos de cirurgia, atendimento de urgência e emergência odontológica, anestesiologia, terapêutica medicamentosa e outros tópicos de relevância da área clínica. Também pode ser valorizada a experiência profissional, contabilizando o tempo de atuação tanto no setor público quanto no privado.

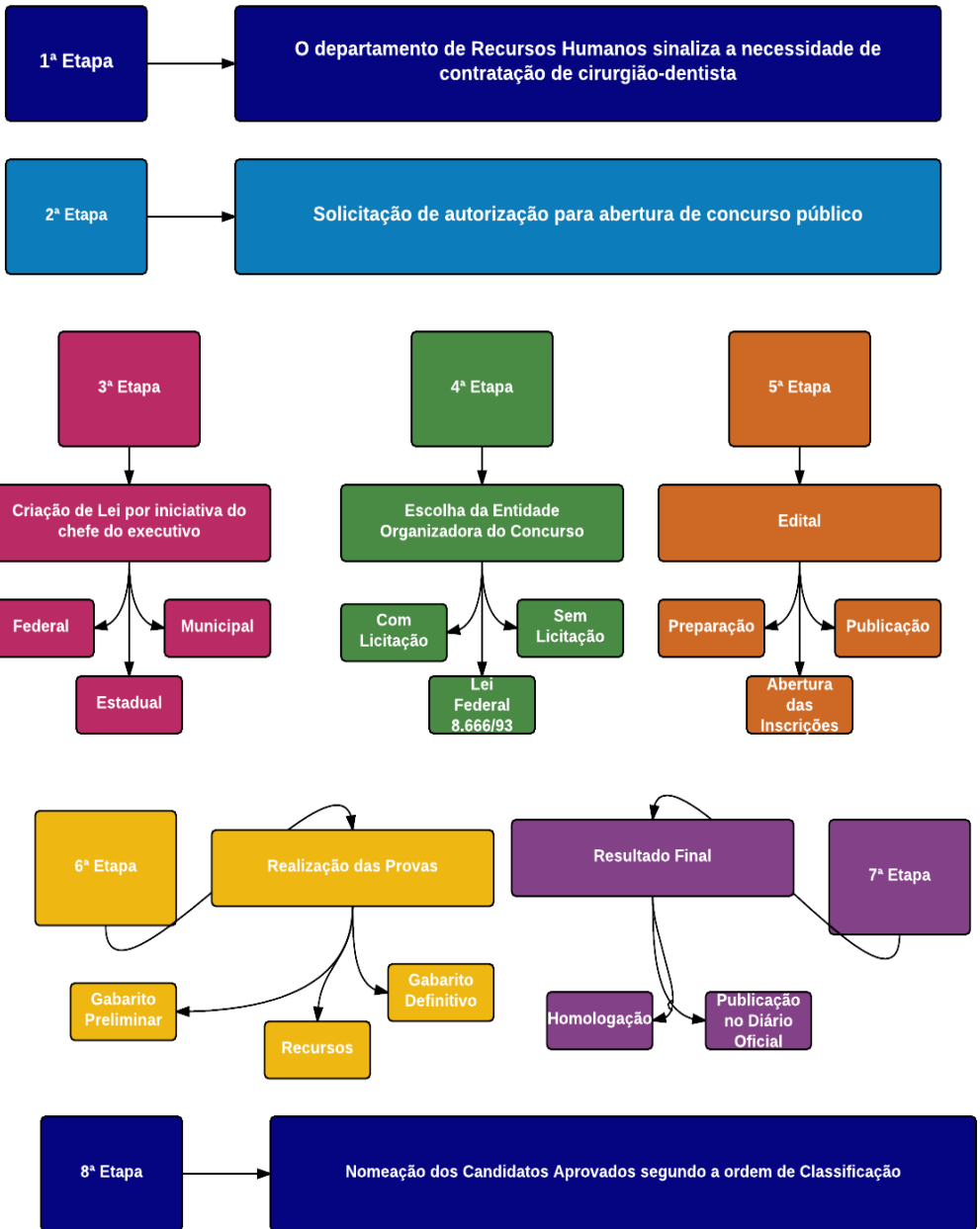
Quando a intenção for a contratação de cirurgiões-dentistas para comporem a Equipe de Saúde da Família, o perfil apropriado deve ser

buscado, almejando um profissional que seja capaz de atuar em diferentes campos de trabalho com qualidade, eficiência e resolutividade. É importante também que o cirurgião-dentista saiba trabalhar com outros profissionais, que considere o paciente em sua totalidade, que estabeleça vínculos com a comunidade e que tenha uma visão ampliada do processo saúde-doença. Sua conduta deve seguir os preceitos da ética, seguindo os parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O desafio é formar uma Equipe de Saúde Bucal estruturada em uma Equipe de Saúde da Família que participe da gestão de serviços, dando respostas às demandas da população e que amplie o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O profissional contratado deve estar preparado também para atuar em diversos cenários de prática. Para isso, é preciso garantir salários compatíveis para que o profissional tenha dedicação exclusiva ao SUS, oferecendo boas condições de trabalho para o desenvolvimento das atividades essenciais.

Para que o gestor selecione o melhor candidato com o perfil desejado, são necessários meios de avaliação que valorizem os conteúdos específicos do sistema de saúde, bem como titulação na área da saúde específica. Questões com conteúdo humanitário e interdisciplinar também auxiliam na triagem.

5 Fluxogramas da Contratação na Administração Pública



6 Considerações Finais

A finalidade do concurso é clara: garantir o princípio da isonomia, onde todos os interessados são alinhados na mesma condição, cuja aprovação depende exclusivamente do candidato, sendo aprovado o mais preparado.

Assim, o concurso é um instrumento que dificulta hábitos nepotistas arraigados na cultura administrativa e se apresenta como um caminho para que os interessados com o perfil desejado possam integrar o quadro de agentes públicos.

Os cargos no setor público devem ser criados por lei e o seu preenchimento deve ser realizado obrigatoriamente com a devida nomeação de candidatos aprovados em concursos públicos, de acordo com as competências previamente selecionadas em edital.

Dessa forma, a maneira de ingressar regularmente no serviço público é a submissão a um concurso, criando um vínculo novo e regular. Trabalhadores admitidos sem concurso público não poderão ter seu vínculo regularizado por nenhum processo de desprecarização, não sendo possível uma política capaz de corrigir uma situação inconstitucional.

O edital, por sua vez, é o instrumento de controle do concurso, contendo todas as suas disposições, regras, exigências e fases. Este documento deve ser elaborado atendendo aos princípios da impessoalidade, isonomia, eficiência, publicidade, moralidade e razoabilidade.

Porém, mesmo com a observância de todos os princípios, nem sempre é fácil selecionar o cirurgião-dentista mais adequado para o

cargo disponível. Candidatos com bom desempenho no certame podem não apresentar, na prática, o perfil de bons servidores. Para minimizar essa situação, deverão ser valorizados conteúdos sobre o sistema em que o profissional atuará, bem como titulação na área e experiência profissional. De todo modo, é sempre importante aperfeiçoar o processo de seleção, agregando mecanismos que assegurem a triagem adequada.

O processo de recrutamento e seleção de cirurgiões-dentistas deve ser considerado como estratégico e vital para a inserção de profissionais que reúnam as competências necessárias ao trabalho no SUS, contribuindo para o aprimoramento do sistema e a qualificação dos serviços.

Ao lado disso, não se pode deixar de considerar que, uma vez realizada a nomeação dos profissionais, sobrevém a importância da existência de mecanismos de gestão que proporcionem o desenvolvimento do mérito potencial.

O órgão público deverá contratar e manter o quadro de cirurgiões-dentistas, conforme a necessidade da população e as condições de gestão, garantido também a *desprecarização* dos vínculos dos trabalhadores.

Os trabalhadores com vínculo precário acabam incorporando a cultura da flexibilidade e da rotatividade de empregos como meio de manutenção de sua empregabilidade, aceitando as diferenças salariais e a perda de direitos e benefícios trabalhistas. A precarização ocasiona sofrimento decorrente do medo da perda do emprego, das relações inseguras, da intensificação da jornada de trabalho, do enfrentamento de responsabilidades sem a contrapartida do aumento do salário ou da

estabilidade no emprego, além de ambientes de trabalho extremamente competitivos e individualistas.



Enfim, o Estado deve se valer de um quadro de pessoal capaz de responder às necessidades coletivas, com profissionais competentes, que assumam responsabilidades frente a situações de trabalho complexas. É preciso recrutar profissionais que reúnam um conjunto de conhecimentos e habilidades, além de postura ética, por meio de processos seletivos realizados com seriedade e responsabilidade, com destaque para as competências teórica, técnica-operativa e ético-política. Nessa linha de considerações, seguramente o concurso público representa a melhor forma de recrutamento de quadros de servidores públicos.

Referências

BORGES, M. C. M. Editais de concursos públicos e seus elementos padrões diante dos princípios constitucionais. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**. V. 70, n. 1, jan./mar., 2009.

BRASIL. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2006.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Emenda constitucional n. 19**, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividade a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. In: **Constituição da República Federativa do Brasil**. 17 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____. **Emenda Constitucional n.º 51/2006**, de 14.02.2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal, que tratam de processo seletivo para a admissão dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm>. Acesso em: 3 de agosto de 2015.

_____. **Decreto Federal nº 6.593** de 2 de outubro de 2008. Regulamenta o art. 11 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, quanto à isenção de pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos realizados no âmbito do Poder Executivo federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 de out. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6593.htm. Acesso em: 20 de set. 2015.

_____. **Decreto Federal nº 6.944** de 21 de agosto de 2009. Estabelece medidas organizacionais para o aprimoramento da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, dispõe sobre normas gerais relativas a concursos públicos, organiza sob a forma de sistema as atividades de organização e inovação institucional do Governo Federal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de ago. 2009. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6944.htm. Acesso em: 24 de setembro de 2015.

_____. **Lei 8.112**, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores civis da União, das autarquias, e das fundações públicas federais.

_____. **Lei 8.745**, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.

_____. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em: 30 de abril de 2010.

_____. **Lei 8142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>. Acesso em: 30 de abril de 2010.

_____. **Lei n. 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

_____. **Lei n. 8.429**, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8429.htm. Acesso em 10 de agosto de 2015.

_____. **Lei n. 8.745**, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8745cons.htm>. Acesso em: 10 de agosto de 2015.

_____. **Lei Federal 10.741** de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 de out. de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 01 de setembro de 2011.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações gerais para elaboração de editais - processo seletivo público (agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias)**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, 2006.

_____. **Organização, Sistemas e Métodos e as modernas ferramentas de gestão organizacional**. São Paulo: Atlas, 2001.

CARVALHO, R. Aspectos relevantes do concurso público. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**. V. 75, n. ed. esp., p. 101-148, 2010.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COVRE, E.; ALVES, S.L. **Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 863.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 30 ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

MONTEIRO, D. M. V.; CASTRO, S. H. R. A legitimação da escolha das forças da ação administrativa. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, v. especial, p. 29-42, 2010.

MUNIZ, E. **Orientações para processos de recrutamento e seleção de pessoal no Sistema Único de Assistência Social** – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 164p.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

NOGUEIRA, R. M.; SANTANA, L. do C.; SOUZA, L. N. de. **Concurso Público**: contratação de empresas para sua realização, valor de inscrição e custeio. Revista Jus Navigandi, ano 19, n. 4147, nov. 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/29945>>. Acesso em: 28 de junho de 2015.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB)**. Brasília – DF, 2004.

NOGUEIRA, R.P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 87, p. 1-14, p. 12, 2007.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2000.

RIBEIRO, A. B. **Vínculos de trabalho na administração pública brasileira**. Observatório de recursos humanos em saúde – plano diretor 2006. Brasília. Novembro de 2006.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, jan/mar, 1999.

SALUM, P. C. Aspectos fundamentais na contratação de pessoal integrante do PSF e PACS. **Revista do TCE: Tribunal de Contas de Santa Catarina**. v. 5, n. 6, set. 2008.



6 CONCLUSÃO

A literatura científica vem abordando questões a respeito do mercado de trabalho para cirurgiões-dentistas com diferentes enfoques. A partir da inserção deste profissional na Estratégia Saúde da Família, o foco dos estudos se voltou para os recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Por meio da revisão integrativa, que procurou responder como o SUS se configura enquanto campo de trabalho para o cirurgião-dentista observou-se que os estudos abordam especialmente três dimensões temáticas: formação de recursos humanos, gestão de recursos humanos e mercado de trabalho.

A formação de cirurgiões-dentistas passou a sofrer mudanças, especialmente a partir de 2002, com a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, tornando o sistema de saúde um espaço de aprendizagem, ampliando o olhar dos acadêmicos sobre o processo saúde-doença e melhorando a integração ensino-serviço-comunidade. Além das novas diretrizes, outras iniciativas do governo federal, tais como o Pró-Saúde e o Pet-Saúde, vêm contribuindo para formar um profissional voltado às necessidades dos usuários do sistema público de saúde brasileiro. Por sua vez, os estudos que focam a gestão de recursos humanos em Odontologia demonstram um predomínio da lógica de trabalho do setor privado na prática do serviço público, indicando a necessidade de educação permanente no âmbito do sistema público. A municipalização também tem recebido destaque na organização do serviço odontológico, sendo a responsável direta pela maioria dos contratos dos profissionais. Outra questão abordada foi a necessidade de motivação dos servidores, por meio de seleção pública, estabilidade financeira e estímulo à qualificação profissional. Por outro lado, são frequentes os relatos de vínculos precários e contratos temporários, gerando uma série de inseguranças e falta de comprometimento dos profissionais com a comunidade. Em consequência, o próprio sistema fica prejudicado. E, de seu lado, a dimensão temática mercado de trabalho demonstrou que a profissão vive uma tendência de assalariamento, direto e indireto, que é acentuada pela crescente oportunidade de trabalho no setor público, com destaque para a expansão da oferta de vagas na ESF, alterando o perfil da profissão, que outrora fora autônomo. A inclusão do cirurgião-dentista no sistema se tornou um atrativo enquanto abertura de campo de trabalho, onde já é possível observar que em torno de um terço desses profissionais possuem vínculo com o SUS.

Por sua vez, com o estudo da seleção pública para cirurgião-dentista em todo o estado de Santa Catarina, foi constatado que na última década houve uma média de 100 vagas por ano, demonstrando que o serviço público não foi capaz de absorver os profissionais disponíveis. O número de vagas ainda é insuficiente para atender aos profissionais interessados em ingressar no SUS. Assim, é preciso equiparar o número de equipes de saúde bucal ao número de equipes de saúde da família. Outro ponto observado foi que muitos municípios realizam sucessivos processos seletivos para contratação temporária, mas não disponibilizam vagas efetivas, fragilizando o vínculo empregatício, gerando insegurança no profissional e falta de vínculo com a comunidade.

Há discrepâncias salariais bastante acentuadas entre os municípios catarinenses. Observou-se uma baixa valorização por alguns municípios, inclusive com graus elevados de Índice de Desenvolvimento Humano. De qualquer forma, o salário médio de aproximadamente 4 mil reais mensais para 40 horas semanais faz com que muitos profissionais possuam mais de um vínculo, aumentando a sua sobrecarga de trabalho. Por isso, é importante que os estudantes conheçam a realidade salarial, a fim de não haver frustrações futuras.

E para ingressar no SUS é necessária a submissão a um concurso público, criando um vínculo novo e regular. Trabalhadores admitidos sem concurso público não poderão ter seu vínculo regularizado por nenhum processo de despreciação, não sendo possível uma política capaz de corrigir uma situação inconstitucional. Assim, o concurso é um instrumento que dificulta hábitos nepotistas arraigados na cultura administrativa e se apresenta como um caminho para que os interessados com o perfil desejado possam integrar o quadro de agentes públicos. A finalidade fundamental do concurso é garantir o princípio da isonomia, onde todos os interessados são alinhados na mesma condição, cuja aprovação depende exclusivamente do candidato, sendo aprovado o mais preparado. O edital, por sua vez, é o instrumento de controle do concurso, contendo todas as suas disposições, regras, exigências e fases. E este documento deve ser elaborado atendendo aos princípios da impessoalidade, isonomia, eficiência, publicidade, moralidade e razoabilidade. Porém, mesmo com a observância de todos os princípios, nem sempre é fácil selecionar o cirurgião-dentista mais adequado para o cargo disponível.

Uma das constatações foi que a maioria dos editais de concurso público aborda o SUS no seu conteúdo programático. Porém, normalmente o que se anuncia nos editais a respeito do SUS são leis e

regulamentos, fazendo com que o candidato com maior potencial de memorização tenha mais possibilidade de ser selecionado, não coincidindo necessariamente com o melhor perfil para servidor do SUS. Assim, candidatos com bom desempenho no certame podem não apresentar, na prática, o perfil de bons servidores.

Para minimizar essa situação e proporcionar que candidatos mais bem preparados para atuarem no sistema sejam selecionados, o processo de seleção deve valorizar conteúdos sobre o sistema em que o profissional atuará, inclusive sobre os processos de trabalho, bem como titulação na área e experiência profissional. De todo modo, é sempre importante aperfeiçoar o processo de seleção, agregando mecanismos que assegurem a triagem adequada. Ao lado disso, não se pode deixar de considerar que, uma vez realizada a nomeação dos profissionais, sobrevém a importância da existência de mecanismos de gestão que proporcionem o desenvolvimento do mérito potencial. Dessa maneira, para ter bom desempenho no concurso e na prática do serviço público, será necessário que o cirurgião-dentista conheça previamente o sistema em que pretende atuar. Daí a importância da inserção do SUS na formação profissional.

Nessa ordem de ideias, sobressai a perspectiva de que seja assegurada aos acadêmicos a formação necessária para que eles possam enfrentar as seleções públicas que proporcionem o seu ingresso e a consequente atuação no SUS. E, nesse contexto, uma vez inseridos no sistema, almeja-se que estes profissionais saibam valorizar as competências essenciais para a sua atuação e que estejam capacitados e treinados para que o SUS possa atingir seu objetivo na área de Odontologia, qual seja: ofertar ações e serviços públicos odontológicos de qualidade, em conformidade com seus princípios organizacionais e éticos-doutrinários, garantindo o direito à saúde aos seus usuários.

Inclusive, ao identificar a inserção do SUS na formação profissional, por meio da aplicação de questionários aos acadêmicos do último ano da graduação, com a constatação do predomínio de estudantes do sexo feminino com idades entre 21 e 24 anos, verifica-se que a grande maioria dos acadêmicos relata o desejo de conciliar a carreira pública com a privada. Como motivos principais para o ingresso no setor público estão a estabilidade financeira e o ganho de experiência profissional. Entretanto, no que se refere à valorização, à capacitação e à necessidade de treinamento, o estudo identificou ênfase do nível intermediário nas respostas relacionadas a todas as competências essenciais para o trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde. Nesse sentido, comparativamente, após 13 anos da publicação

das novas DCN para o ensino da Odontologia, é possível concluir que poucas mudanças foram observadas no perfil dos acadêmicos, bem como no grau de avaliação das competências essenciais para o SUS.

Assim, embora as IES de Santa Catarina estejam redirecionando a formação para o SUS por meio das novas DCN e de projetos do Pró-Saúde e Pet-Saúde, é preciso continuar repensando possibilidades de formação e capacitação mais eficientes e eficazes. E a implementação de programas de treinamento deve ser bem delineada, uma vez que os estudantes manifestaram pouca necessidade de treinamento para as competências pesquisadas.

De todo modo, apesar dos resultados, não se pode descartar a possibilidade de que uma pesquisa direcionada a avaliar outras áreas de atuação acabasse alcançando semelhante nível de avaliação intermediária pelos acadêmicos. Logo, embora evidentemente o aperfeiçoamento da formação deva ser um ideal a ser continuamente perseguido, não se pode atribuir a tais resultados, avaliados isoladamente, algum eventual insucesso na formação referente a esta ou àquela área de atuação profissional. Ao contrário, em um universo de múltiplas ciências, tendências e perspectivas, a medida de equilíbrio revelada pela pesquisa aponta que a atuação no SUS é sim uma das perspectivas consideradas pelos futuros profissionais.

As dificuldades relacionadas ao mercado de trabalho percebidas pelos estudantes, especialmente nos períodos finais, podem estar sendo decisivas para que estes direcionem sua futura profissão para o setor público. Dessa forma, a relação de convivência mútua entre a academia e o SUS permite ao estudante contemplar a sua inserção no serviço público como uma possibilidade de carreira profissional.

Também não se pode deixar de considerar que vivemos em um momento histórico em que certos valores fundamentais para o desenvolvimento da sociedade têm sido relegados, dando lugar a outros interesses mais imediatos. Nesse sentido, convém destacar que um dos aspectos relevantes aos recursos humanos atuantes no SUS é a solidariedade. E desempenhar essa solidariedade pode implicar renúncia a certos interesses individuais, uma vez que, em regra, solidariedade envolve partilha. Desse modo, em um contexto cada vez mais segmentado e permeado de egocentrismo, com valores individuais de minorias procurando se sobrepor aos interesses gerais da sociedade, com um notório enfraquecimento da ideologia de coletivo ou da ideologia de pátria - outrora tão presentes na sociedade -, não é razoável atribuir os resultados da pesquisa à eventual deficiência da formação acadêmica do cirurgião-dentista ou falha na integração do SUS com a academia. Nessa

perspectiva, eventual deficiência não está necessariamente na formação acadêmica, mas talvez na própria sociedade, que possivelmente ainda não alcançou um grau de maturidade suficiente para o desenvolvimento e o efetivo desempenho de certas competências. E o papel da formação acadêmica é também proporcionar a evolução da sociedade. Nesse contexto, é provável que não fossem os valores introduzidos pela formação acadêmica, a sociedade pudesse estar ainda mais autocentrada e alienada. Nessas condições, importa destacar que o resultado da pesquisa, por si só, não permite concluir pela ineficiência do processo de formação. Ao revés, diferentemente de outrora, pelo menos no que se refere à área de saúde coletiva, a academia pode sim estar proporcionando a formação de profissionais mais preparados, solidários e conscientes de seu papel para atuação no sistema público de saúde e para a evolução da sociedade. Pode-se concluir que os avanços na formação não foram registrados nas manifestações dos estudantes concluintes do Curso de Graduação em Odontologia de Santa Catarina. E que novas pesquisas serão necessárias para analisar as causas das resistências às mudanças no perfil profissional do cirurgião-dentista

Enfim, é certo que o serviço público deve se valer de um quadro de pessoal capaz de responder às necessidades coletivas, com profissionais competentes, que assumam responsabilidades frente a situações de trabalho complexas. É preciso formar e, então, recrutar profissionais que reúnam um conjunto de conhecimentos e habilidades, além de postura ética, por meio de processos seletivos realizados com seriedade e responsabilidade, com destaque para as competências teórica, técnica-operativa e ético-política. Nessa linha de considerações, seguramente o processo de recrutamento e seleção de cirurgiões-dentistas, por meio de concurso público, deve ser considerado como estratégico e vital para a inserção de profissionais que reúnam as competências necessárias ao trabalho no SUS, contribuindo para o aprimoramento do sistema e a qualificação dos serviços.

À luz dos elementos expostos, conclui-se que o SUS vem se tornando um campo de trabalho almejado por um grande número de profissionais e que a inserção nesse sistema tem se tornado cada vez mais concorrida. Com a percepção das dificuldades do setor privado, a carreira pública se torna uma perspectiva e até mesmo uma aspiração para os futuros egressos. Com efeito, a carreira profissional no SUS pode sim ser um ideal de atuação para muitos profissionais. E para que o SUS se consolide como um sistema exemplar e notavelmente conceituado, todos os envolvidos devem assumir e cumprir o seu compromisso, fazendo a sua parte. Ora, uma instituição bem

conceituada, em que os envolvidos tenham orgulho de fazer parte, advém com o comprometimento e da valorização de todos os integrantes. Aos gestores cabe proporcionar no mínimo a adequada valorização dos profissionais e o fornecimento dos recursos humanos e materiais necessários, inclusive em respeito aos usuários. Por sua vez, ao cirurgião-dentista cabe o dever de atender a todos com qualidade e de forma humanizada. E, de seu lado, usuários bem atendidos irão propagar esse fato até que o SUS efetivamente se consolide na sociedade como um sistema público eficiente e de qualidade. Esse ciclo deve funcionar em harmonia e, assim, alicerçar todo o sistema.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 131-138, 2004.
- ALBERTO, L. G.; MACHADO, C. V.; TEIXEIRA, M. O quadro de trabalhadores federais em saúde no Brasil: uma análise no contexto dos anos 2000. **Physis**, v. 21, n. 4, p. 1537-1560, 2011.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface**, v. 13, n. 31, p. 261-72, out./dez., 2009.
- ALMEIDA, A. B.; ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da odontologia no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.
- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. **The Lancet**, v. 377, n. 4, jun., 2011.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Universidade nova: textos críticos e esperançosos**. Salvador: EDUFBA, 302 p., 2007.
- ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 158-63, 2013.
- ARAÚJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 79-182, 2006.
- ARAÚJO, M. E.; ZILBOVICIUS, C. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 277-290.
- ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **R Bras Est Pop**, v. 29, n. 1, p. 147-167, jan./jun. 2012.

AUDITOR, General Victoria. **Community dental services**. Victoria: State Government of Victoria; 2002.

BALTAZAR, M. M. M.; MOYSÉS, S. J.; BASTOS, C. C. B. C. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 285-303, jul./out., 2010.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n. 6, p. 709-717, 2002.

BARTOLE, M. C. S. **Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente**: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ. 2006. 130p. (Dissertação de Mestrado).

BHAYAT, A., et al. Attitudes of south african dental therapy students toward compulsory community service. **Journal of Dental Education**, p. 1135-1141, oct., 2008.

BOLIN, K. A.; SHULMAN, J. D. Nationwide survey of dentist recruitment and salaries in Community Health Centers. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 15, n. 2, p. 161-169, 2004.

BOLIN, K.; SHULMAN, J. D. Nationwide survey of work environment perceptions and dentists' salaries in community health centers. **JADA**, v. 136, p. 214-220, feb., 2005.

BORGES, M. C. M. Editais de concursos públicos e seus elementos padrões diante dos princípios constitucionais. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**. v. 70, n. 1, jan./mar., 2009.

BRASIL. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. **Decreto Federal nº 6.593** de 2 de outubro de 2008. Regulamenta o art. 11 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, quanto à isenção de pagamento de taxa de inscrição em concursos públicos realizados no âmbito do Poder Executivo federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 de out. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6593.htm. Acesso em: 20 de set. 2015.

BRASIL. **Decreto Federal nº 6.944** de 21 de agosto de 2009. Estabelece medidas organizacionais para o aprimoramento da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, dispõe sobre normas gerais relativas a concursos públicos, organiza sob a forma de sistema as atividades de organização e inovação institucional do Governo Federal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6944.htm. Acesso em: 24 de set. 2015.

BRASIL. **Emenda constitucional n. 19**, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividade a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. In: Constituição da República Federativa do Brasil. 17 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 51/2006**, de 14.02.2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal, que tratam de processo seletivo para a admissão dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc51.htm>. Acesso em: 3 ago. 2015.

BRASIL. **Lei 8.112**, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores civis da União, das autarquias, e das fundações públicas federais.

BRASIL. **Lei 8.745**, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 30 de abril de 2010.

BRASIL. **Lei 8142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

BRASIL. **Lei 8.429**, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências.

BRASIL. **Lei 8745**, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do artigo 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Federal 10. 741** de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 de out. de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 01 de set. de 2011

BRASIL. **Lei n. 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei n. 3.999**, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas.

BRASIL. **Lei n. 5081**, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. Disponível em: <cfo.org.br/wp-

content/uploads/2009/09/lei5081.pdf>. Acesso em: 24 de outubro de 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.429**, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8429.htm>. Acesso em 10 ago. 2015.

BRASIL. **Lei n. 8.745**, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8745cons.htm>. Acesso em: 10 ago. 2015.

BRASIL. **Lei n. 9.962**, de 22 de fevereiro de 2000. Disciplina o Regime de Emprego Público do Pessoal da Administração Federal Direta, Autárquica e Fundacional, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3** de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União. Brasília, 4 mar. 2002; Seção 1, p.10 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648/GM** de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488/GM** 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. . **Portaria N.º 267/GM**, de 6 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. **Portaria N° 978**, de 16 de maio de 2012. Ministério da Saúde. Define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e aos núcleos de apoio à saúde da família, instituídos pela política nacional de atenção básica.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Desprecarização do trabalho no SUS**. Perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1444/GM** de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações gerais para elaboração de editais - processo seletivo público (agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias)**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente

em saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/pol_formacao_desenv.pdf>. Acesso: 17 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/ GM**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 03 de junho de 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS: perguntas e respostas**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. **Equipes de Saúde Bucal: projetos, programas e relatórios**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB-Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB-Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos para as mudanças da formação e desenvolvimento dos profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS**. Brasília, maio 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER SUS: Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>>. Acesso em 10 agosto de 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **CBO-02**, 2002. Disponível em: <www.mtecbo.gov.br/informacao.asp> . Acesso em: 24 de outubro de 2010.

BRASIL. **Organização, Sistemas e Métodos e as modernas ferramentas de gestão organizacional.** São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. **Portaria n. 2169**, de 28 de julho de 2010. Institui Comissão Especial para elaboração de proposta de Carreiras no SUS. Ministério da Saúde, 2010.

BUCHAN, J. Reviewing the benefits of health workforce stability. **Human Resources for Health**, v. 4, n. 29, p. 1-5, 2010.

BUCHAN, J.; FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G. Continuity and change in human resources policies for health: lessons from Brazil. **Human Resources for Health**, v. 9, n. 7, p. 1-13, 2011.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface**, v. 18, n. 49, abr./jun., 2014.

CAETANO, J. C. **Formação profissional, força de trabalho em odontologia:** tendências e perspectivas em Santa Catarina. 1993. 213 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Curso de Pós-graduação em Odontologia Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1993.

CALNAN, M. et al. Doing business in the NHS: exploring dentist's decisions to practice in the public and private sectors. **Social Health Illn**, v. 22, p. 742-764, 2000.

CAMARGO, S. X.; NAKAMA, L.; CORDONI JR, L. O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões-dentistas. **Interface**, v. 15, n. 38, p. 883-902, 2011.

CAMPOS, A. C. V. et al. Public service dental actions in a small town. **RGO**, v. 60, n 1, 2012.

CARCERERI, D. L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área da Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no estado de Santa Catarina.** 2005. 218f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CARCERERI, D. L., et al. Formação em Odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC. **Revista ABENO**, v. 11, n. 1, p. 62-70, jan./jun., 2011.

CARCERERI, D. L.; PADILHA, A. C. L.; BASTOS, R. C. Fatores relevantes para a mudança na formação em Odontologia motivada pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). **Revista ABENO**, v.14, n. 1, p. 94-106, 2014.

CARDOSO, A. L.; VIEIRA, A. L. S.; MACHADO, M. H. Mercado de trabalho dos odontólogos no Brasil. **Divulg Saúde Debate**, v. 45, p. 71-79, maio 2010.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde**, v. 13, n. 1, p. 55-76, jan./mar., 2006.

CARVALHO, C. L., et al. O monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família no último decênio. **Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde** (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG e integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (OPAS/MS). Disponível em:

<http://simoneletras.academia.edu/LucasWanDerMaas/Papers/377375/O_monitoramento_da_qualidade_do_emprego_na_Estrategia_Saude_da_Familia_no_ultimo_decenio>. Acesso em: 14 de novembro de 2010.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 372-387, jul./set., 2013.

CARVALHO, R. Aspectos relevantes do concurso público. **Revista do tribunal de contas do estado de Minas Gerais**. v. 75, especial, p. 101-148, 2010.

CASTRO, J. L. Saúde e trabalho: direito do trabalhador da saúde. **RDinsan**. v. 12, n. 3, p. 86-101, mar./jun., 2012.

CASTRO, R. D. et al. Aprendizagens em odontologia: entre o virtual e o presencial. **Rev. Cereus**, v. 7, n. 1, p.100 a 113, jan./abr., 2015

CAVALCANTI, Y. W. et al. Motivações, práticas e percepções de cirurgiões-dentistas sobre o trabalho na atenção básica de João Pessoa – PB. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 228-232, set./dez., 2010.

CAVALCANTI, Y. W.; CARTAXO, R. O.; PADILHA, W. W. N. Educação odontológica e sistema de saúde brasileiro: práticas e percepções de estudantes de graduação. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 4, out./dez., 2010.

CECCIM, R. B. Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde: o dever da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface**, v. 11, p. 358-361, 2007.

CHAVES, M. M. **Odontologia social**. Rio de Janeiro: Labor, 1977.

CHAVES, M.C.; MIRANDA, A.S. Discourse among dentists within the Family Healthcare Program: crisis and change of habitus within public health. **Interface**, v.12, n.24, p.153-67, jan./mar., 2008.

CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N. Desafios contemporâneas à organização da atenção em saúde bucal na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 36, n. 3, p. 621-639, jul./set., 2012.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. M. V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. **Ciência Saúde & Coletiva**, v. 12, p. 1697-710, 2007.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COELHO, M. Q. et al. A Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Arq Odontol**, v. 47, n. 2, p.65-72, abr./jun., 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Faculdades de Odontologia de Santa Catarina**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/faculdades/?estado=SC>>. Acesso em: 18 de dezembro de 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SANTA CATARINA. Dados Estatísticos. Disponível em: <http://www.crosc.org.br/index_1024x768.htm>. Acesso em: 18 de novembro de 2015.

CORDÓN, J. A. A construção de uma agenda para a saúde bucal. **Cadernos Saúde Pública**. v. 5, n. 4, p. 342-415, 1997.

CORDÓN, J. A. **A Inserção da Odontologia no SUS - Avanços e dificuldades**. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da UNB, 1998. 99 p. (Tese de doutorado).

COSTA, A. C. O. et al. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. **Odontol. Clín.-Cient**. v. 9, n. 2, p. 119-123, abr./jun., 2010.

COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

COSTA, I. C. C.; ARAÚJO, M. N. T. Definição do perfil de competências em saúde coletiva a partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1181-1189, 2011.

COSTA, N. R.; LAMARCA, I. Os governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do governo central brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, 2013.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da Estratégia Saúde da Família. **Trab Educ Saúde**, v. 6, n. 3, p. 233-247, 2008.

COSTA, S. M. et al. Perceptions of dental students regarding dentistry, the job market and the public healthcare system. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1285-1296, 2012.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**., v. 15, supl. 1, p. 1865-73, 2010.

COVRE, E.; ALVES, S.L. **Planos odontológicos**: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

CRUZ, D. B. et al. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 168-175, abr./jun., 2009.

CUNHA, L. A. **A universidade temporã**: o ensino superior da colônia à era Vargas. São Paulo: Hucitec, 2007. 312 p.

DEDECCA, C. S.; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo de saúde: vantagens e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, 2013.

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. **Relatório**. Unesco. Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 2003.

DIAS, E. C. et al. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2452-2460, 2011.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

DIÓGENES, V. C. N. et al. Teaching-learning process in times of the Unified Health System (SUS): training of faculty and dental surgeons in Brazil. **Rev Odonto Ciênc**, v. 25, n. 1, p.92-96, 2010.

DOWNER, M. C.; DRUGAN, C. S.; BLINKHORN, A. S. Salaried services in the delivery of dental care in Western industrialised countries: implications for the National Health Service in England. **International Dental Journal**, v. 56, n. 1, p. 7-16, 2006.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Interface**, v. 13, n. 29, p. 339-51, abr./jun. 2009.

ESTAÇÃO DE PESQUISA EM SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE. Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG.

Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família. Outubro, 2007.

ESTAÇÃO DE PESQUISA EM SINAIS DE MERCADO EM SAÚDE. Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG. **Pesquisa de monitoramento da qualidade do emprego na ESF.** Disponível em: <<http://epsn.nescon.medicina.ufmg.br/epsn/>>. Acesso em: 09 de agosto de 2011.

FABER, J. Política baseada em evidências: a busca de novas opções para a Odontologia brasileira. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 14, n. 4, p. 5, jul./ago., 2009.

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

FARIAS, M. A. V.; MOURA, E. R. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família do município de Iracema, no Ceará. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 32, n. 2, p. 131-7, 2003.

FERREIRA, C. A.; LOUREIRO, C. A. Custos para implantação e operação de serviço de saúde bucal na perspectiva do serviço e da sociedade. **Cadernos Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2071-2080, set., 2008.

FERREIRA, E. F., et al. Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de Odontologia da UFMG. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 85-91.

FERREIRA, N. P.; FERREIRA, A. P.; FREIRE, M. C. M. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. **Rev Odontol UNESP**, v. 42, n. 4, p. 304-09, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; 2002.

FINKLER, M., et al. A relação público-privado na Odontologia brasileira. **Revista Saúde Pública**, v. 2, n.1, p. 91-112, 2009.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, R. F. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface**, v. 15, n. 39, p. 1053-70, 2011.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada** – bulletin number four (The Flexner Report). New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, p. 346, 1910.

FONSECA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais de saúde. **Interface**, v. 18, n. 50, p. 571-83, 2014.

FORMICOLA, A. J. The dental curriculum: the interplay of pragmatic necessities, national needs, and education philosophies in shaping its future. **J Dent Educ**, v. 55, n. 5, p. 358-64, 1991.

FRANZEN, C.; SODERFELDT, B. Changes in employers’ image of ideal dentists and managers in the Swedish public dental sector. **Acta Odontol Scand**, v. 60, n. 5, p. 290-6, out., 2002.

FREIRE, M. C. M. et al. Motivation towards career choice of brazilian freshman students in a fifteen-year period. **J Dent Educ**, v. 75, n. 1, p. 115-21, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. **Trab Educ Saúde**, v. 10, n. 2, p. 223-234, jul./out., 2012.

GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Rev. saúde em debate**, n. 41, p. 50-7, dez. 1994.

GIRARDI, S. N. et al. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**. Estudos e Análises – Volume 2, 2004.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil.. In: FALCÃO, A. et al. (Org.) **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GIRARDI, S. N.; MAAS, L. W. D. **Informações sobre mercado de trabalho em saúde: conceitos e bases de dados**. Belo Horizonte: Estação de pesquisa Sinais de Mercado de Trabalho; 2011. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/infosaude.pdf>>. Acesso em: 15 de março de 2012.

GONÇALVES, V. B. et al. Variáveis associadas ao desempenho de cirurgiões-dentistas na estratégia de saúde da família. **RFO**, v. 17, n. 2, p. 201-207, maio/ago., 2012.

GONSALVES, E. M. B.; OLIVEIRA, A. E. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição à construção do SUS. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 3, p. 44-51, 2009.

GUSHI, L. L.; WADA, R. S.; SOUSA, M. L. R. Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas formados pela FOP no período de 1960-1997. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 58, n. 1, p. 19-23, 2004.

GUTHRIE, D.; VALACHOVIC, R. W.; BROWN, J. The impact of new dental schools on the dental workforce through 2022. **Journal of Dental Education**, p. 1353-1360, dez., 2009.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.

HOLMES, R. F. et al. Managing resources in NHS dentistry: using health economics to inform commissioning decisions. **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 138, 2011.

HOPCRAFT, M. S. et al. Factors associated with the recruitment and retention of dentists in the public sector. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 70, p. 131-139, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 02 de fevereiro de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** - 1998: acesso e utilização de serviços de saúde. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>>. Acesso em: 14 de novembro 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Política Social. Coordenação Geral de Políticas Setoriais. **Empregos de nível superior por tipo de ocupação, segundo as grandes regiões e classificação da esfera administrativa da entidade mantenedora 1982/1987/1992**. Brasília: IPEA, 1999.

JUNQUEIRA, C. R.; RAMOS, D. L. P.; RODE, S. M. Considerações sobre o mercado de trabalho em Odontologia. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 27, n. 4, out./dez., 2005.

JUNQUEIRA, S. R.; PANNUTI, C. M.; RODE, S. M. Oral health in Brazil – Part I: public oral health policies. **Braz Oral Res**, v. 22, spec iss 1, p. 8-17, 2008.

JUNQUEIRA, T. S. et al As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 918-928, mai., 2010.

JUSTEN FILHO, M. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 863.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LACAZ, F. A. C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema

Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev., 2010.

LAZERIS, A. M.; CALVO, M. C. M.; REGIS FILHO, G. I. A formação de recursos humanos em Odontologia e as exigências do setor público – uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. **Revista Odonto Ciência**, v. 22, n. 56, p. 166-176, abr./jun., 2007.

LEITE, M. T. S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, supl. 1, p. 111-118, 2012.

LIN, H. C.; SCHWARZ, E. Oral health and dental care in modern-day China. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, p. 319-328, 2001.

LUCIETTO, D. A.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, S. P. Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, v. 49, n. 3, p. 28-35, set./dez., 2008.

LUZZI, L.; SPENCER, A. J. Job satisfaction of the oral health labour force in Australia. **Australian Dental Association**, p. 23-32, 2010.

LYNCHA, M.; CALNANB, M. The changing public/private mix in dentistry in the UK: a supply-side perspective. **Health Economics**, v. 12, p. 309-321, 2003.

MACEDO, C. L. S. V. et al. Avaliação dos cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia Saúde da Família do município do Recife quanto aos conhecimentos apropriados para atuação nesta estratégia. **Cad. Saúde Colet**, v. 16, n. 3, p. 503-512, 2008.

MANOEL, R. A. et al. O papel do trabalho e da formação acadêmica no projeto profissional do trabalhador da saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 12, n. 3, p. 595-614, set./dez. 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 282 p.

MARCONI, N. Políticas integradas de recursos humanos para o setor público, In: LEVY, E.; DRAGO, P. A. **Gestão Pública no Brasil Contemporâneo**. Edições Fundap. São Paulo, Brasil, 2005.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.

MARSIGLIA, R. M. G. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Bauru: EDUSC; São Paulo: UNESP, 1998. p. 175-196.

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

MATSUMOTO, S. N. et al. Features of selective examinations for dentists in Brazil. **RGO**, v.60, n.2, p. 233-239, abr./jun., 2012

MEDEIROS, C. C. B. M. et al. As implicações das práticas pedagógicas no desenvolvimento das competências. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 30-9, 2015.

MEDEIROS, C.R.G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, 2010.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 30 ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

MELLO, A. L. S. F. ; MOYSES, S. J. ; CARCERERI, D. L. . Ensino ou Serviço? A Universidade e o curso de Odontologia na rede de atenção à saúde bucal. **O Mundo da Saúde** (CUSC. Impresso), v. 35, n. 4, p. 364-72, 2011.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 683-92, jul./set., 2010.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos Saúde Pública**, v. 2, n. 4, out./dez., 1986.

MENEGHIM, M. C. et al. Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 97-104, 2012.

MIALHE, F. L. et al. Contribuição das ações de educação em saúde da disciplina de odontologia em saúde coletiva na consolidação das DCN e do SUS: relato de uma experiência. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 3, p. 193-197, set./dez., 2007.

MONTEIRO, D. M. V.; CASTRO, S. H. R. A legitimação da escolha das forças da ação administrativa. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, v. especial, p. 29-42, 2010.

MORAES, L. B.; KLIGERMAN, D. C.; COHEN, S. C. Análise do perfil sociodemográfico e do processo de trabalho do cirurgião-dentista inserido no Programa de Saúde da Família em três municípios da região serrana do Estado do Rio de Janeiro. **Physis**, v. 25, n. 1, p. 171-186, 2015.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals. **Interface**, v.13, n.30, p.153-66, jul./set., 2009.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e a formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 439-44, 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**. São Paulo: Cortez, 1999. 128 p.

MORITA, M. C. et al. Projeto Pró-Saúde Odontologia: relato das atividades iniciais em universidades do estado do Paraná. **Revista Espaço para Saúde**, v. 8, n. 2, p. 53-57, 2007.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil Atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Dental Press International: Maringá, 2010, 96p.

MORITA, M. C.; KRIEGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2003.

MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 471-480, 2013.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 30-7, 2004.

MOYSÉS, S. J. A humanização da educação em Odontologia. **Proposições/UNICAMP**, v. 14, n. 1, p. 40-74, 2003.

MOYSÉS, S. J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). **Revista da Associação Brasileira de Odontologia**, v.16, n.1, p.10-13. 2008.

MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

MUNIZ, E. **Orientações para processos de recrutamento e seleção de pessoal no Sistema Único de Assistência Social** – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011. 164p.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal. In: KRIGER, L. (Coord.). **ABOPREV: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 447-463.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a

residência multiprofissional em saúde da família. **Rev Min Enf**, v. 10, n 4, p. 435-439, out./dez., 2006.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev., 2008.

NOGUEIRA, R. M.; SANTANA, L. do C.; SOUZA, L. N. de. **Concurso Público**: contratação de empresas para sua realização, valor de inscrição e custeio. **Revista Jus Navigandi**, ano 19, n. 4147, nov., 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/29945>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.; CECÍLIA, G. B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 87, set. 2006.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. (NESP/CEAM/UnB). Brasília, 2004.

NOGUEIRA, R.P. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 87, p. 1-14, 2007.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concluintes de cursos de Odontologia. **Trab Educ Saúde**, v. 8, n. 3, p. 439-447, nov. 2010 / fev. 2011.

NUNES, M. F. et al. Profiling alumni of a Brazilian public dental school. **Human Resources for Health**, v. 8, n. 20, 2010.

OLIVEIRA, R. C. Educação superior, concepções e função social da universidade. V **Encontro de Pesquisa em Educação em Alagoas**, 2010.

OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, p. 9-13, 1999.

ORSO, P. J. **Liberalismo, neoliberalismo e educação**: Roque Spencer Maciel de Barros, um ideólogo da burguesia brasileira. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

PALMIER, C. et al. Inserção do aluno de odontologia no SUS: contribuições do Pró-Saúde. **Revista da ABENO**, v. 11, p. 29-34, 2012.

PANIZZI, M.; SANTOS, P. P. Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina: características da implantação e funcionamento. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, v. 1, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/494386-3-Revista-Catarinense-de-Saude-da-Familia>>. Acesso em: 10 de março de 2012.

PANIZZI, M.; SANTOS, P.P.; CAETANO, J. C. Vínculo contratual e remuneração dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, v. 1, n. 4, p. 6-13, 2010. Disponível em: <<http://www.youblisher.com/p/494387-4-Revista-Catarinense-de-Saude-da-Familia>>. Acesso em: 10 de março de 2012.

PARANHOS, L. R. et al. Análise do mercado de trabalho odontológico na região centro-oeste do Brasil. **Robrac**, v. 18, n. 45, p. 48-55, 2009a.

PARANHOS, L. R. et al. Análise do mercado de trabalho odontológico na região sul do Brasil. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 7-13, jan./abr., 2009b.

PEREIRA, A. C. et al. O mercado de trabalho odontológico em saúde coletiva: possibilidades e discussões. **Arquivos em Odontologia**, v. 46, n. 4, p. 232-239, out./dez., 2010.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 1999.

PINHEIRO, V. C. Inserção dos egressos do curso de Odontologia no mercado de trabalho. **RGO**, v.59, n.2, p.277-283, abr./jun., 2011.

PINTO, A. C. M. et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2201-2210, 2013.

PINTO, I. T. S. **Discussão sobre alguns aspectos metodológicos da pesquisa na área da Medicina Social**: o investigador e a instituição como partes da questão [tese]. Riberão Preto: Universidade de São Paulo. 1996.

PINTO, V. G. **A Odontologia brasileira às vésperas do ano 2000**: diagnósticos e caminhos a seguir. São Paulo: Editora Santos. 1993, 187p.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2000.

PUCCA JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Braz Oral Res**, v. 24, spc iss 1, p. 26-32, 2010.

REIBNITZ JUNIOR, C.; CAETANO, J. C.; PRADO, M. L. A contribuição do trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população: a concepção de alunos de Odontologia. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 189-206, 2009.

REIBNITZ JUNIOR, C. **Egressos do curso de odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho**. 2003. 95f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2003.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convicção”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2007.

REIS, W. G.; SCHERER, M. D. A.; CARCERERI, D. L. O trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 56-64, jan./mar., 2015

RIBEIRO, A. B. **Vínculos de trabalho na administração pública brasileira**. Observatório de recursos humanos em saúde – plano diretor 2006. Brasília. Novembro de 2006.

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 582-594, out./dez., 2009.

ROMERO, L. C. O debate entre planejamento de recursos humanos para a saúde e autonomia universitária no parlamento brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 3, 2009.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, jan./mar., 1999.

ROSENSTOCK, K. I. V.; SANTOS, S. R.; GUERRA, C. S. Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Revista baiana de saúde pública**, v. 35, n. 3, p. 591-603, jul./set., 2011.

SABADIA, J. A. B. O papel da coordenação de curso: a experiência no ensino de graduação em geologia na Universidade Federal do Ceará. **Educação em Debate**, v. 21, n. 39, p. 58-62, 2000.

SALIBA, N. A. et al. Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. **Rev Odontol UNESP**, v. 41, n. 5, p. 297-304, set./out., 2012.

SALUM, P. C. Aspectos fundamentais na contratação de pessoal integrante do PSF e PACS. **Revista do TCE: Tribunal de Contas de Santa Catarina**. v. 5, n. 6, set., 2008.

SANCHEZ, H. F. et al. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta Bioethica**, v. 18, n. 1, p. 101-109, 2012.

SANCHEZ, H. F. et al. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trab Educ Saúde**, v. 13, n. 1, p. 201-214, jan./abr., 2015.

SANCHEZ, H. F.; DRUMOND, M. M.; VILAÇA, E. L. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 523-531, 2008.

SANTA CATARINA. **Plano estadual de educação permanente em saúde**. Santa Catarina – Brasil – 2011 -2015. Superintendência de planejamento e gestão. Diretoria de educação permanente em saúde. CIES/Estadual. Florianópolis, 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: < <http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 9 de agosto 2010.

SANTOS, A. M. et al. Mercado de trabalho e a formação dos estudantes de Odontologia: o paradigma da mudança. **Rev Saúde Com**, v. 2, n. 2, p. 169-182, 2006.

SANTOS, B. R. M. et al. Perfil e expectativas dos ingressantes da Faculdade de Odontologia da USP: uma visão integrada com as diretrizes curriculares nacionais e o Sistema Único de Saúde. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 1, p. 28-37, 2015.

SAUPE, R. et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfer**, v. 16, n. 4, p 654-61, out./dez., 2007.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 603-614, mar., 2010.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em Odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2004.

SHEIHAM, A.; MOYSES, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUIISHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

SILVA, V. M. T. A. **Odontologia no programa saúde da família**: a importância da inclusão das ações de saúde bucal na atenção básica. Rio

de Janeiro: Faculdade de Medicina de Campos, Curso de Especialização em Saúde da Família, 2004.

SILVEIRA, D.S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, set., 2010.

SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 4, n. 2, p. 151-156, 2004.

SILVEIRA, J. L. G. C.; GARCIA, V. L. Curricular change within dentistry: meanings according to the subjects of the learning. **Interface**, v. 19, n. 52, p. 145-58, 2015.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Ecologia na formação do profissional de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. **Rev Bras Educ Med**, v.33, n.2, p. 58-64, 2009.

SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; MARQUES, A. P. O. Trabalho em saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia? **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 302-309, 2003.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface**, v.15, n.39, p.1071-84, out./dez., 2011.

SPERO, J. C.; McQUIDE, P. A.; MATTE, R. Tracking and monitoring the health workforce: a new human resources information system (HRIS) in Uganda. **Human Resources for Health**, v. 9, n. 6, p. 1-10, 2011.

TOASSI, R. F. C. et al. Teaching at primary healthcare services within the Brazilian national health system (SUS) in Brazilian healthcare professionals training. **Interface**, v. 17, n. 45, p. 385-92, abri./jun., 2013

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica a saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 193-201, 2008.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 12ª REGIÃO/SC. **Nullidade do contrato de trabalho**. Violação ao art. 37, inciso II, da Constituição Federal. Disponível em <http://www.trt14.gov.br/acordao/Maio_03/AC16_05RO/AC514.htm>. Acesso em: 17 de março de 2011.

VIEIRA, V. et al. Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc**, v. 22, n. 3, p. 795-803, 2013.

VILLALBA, J. P.; MADUREIRA, P. R.; BARROS, N. F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde. **Rev Inst Ciênc**, v. 27, n. 3, p. 262-8, 2009.

WEICHERT, M. A. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 81-97, mar./jul., 2009.

WERNECK, M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 221-231, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

APÊNDICES


APÊNDICE A**AUTORIZAÇÕES DOS COORDENADORES DOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DAS INSTITUIÇÕES DE
ENSINO SUPERIOR DE SANTA CATARINA**

AUTORIZAÇÃO

Eu, LUIZ CARLOS MACHADO MIGUEL, abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade DA RUGIÃO DO SIVILLE - UNIVILLE, autorizo a realização do estudo intitulado "O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina", a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA 22/10/15

Assinatura e carimbo do responsável institucional

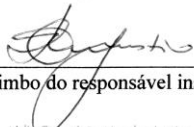

 Luiz Carlos Machado Miguel
 CRQ 2597
 Dentista - Odontologia

AUTORIZAÇÃO

Eu, Lidia Moraes Justino, abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí, autorizo a realização do estudo intitulado "O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina", a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA: 03/11/15

Assinatura e carimbo do responsável institucional


Lidia Conceição Moraes Justino
Coordenadora do Curso de
Odontologia
UNIVALI - Portaria nº 006/2012

AUTORIZAÇÃO

Eu, Márcio Cristiano de Souza Rastelli, abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade Regional de Blumenau, autorizo a realização do estudo intitulado “O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina”, a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA: 19 / 10 / 2015



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Prof. Dr. Márcio Cristiano de Souza Rastelli
Coordenador do Colegiado do Curso de Odontologia

AUTORIZAÇÃO

Eu, DANIELA LEMOS CARCERER, abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade FEDERAL DE SANTA CATARINA, autorizo a realização do estudo intitulado "O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina", a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA: 26/11/2015



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Prof. Daniela Lemos Carcereri
Coordenadora do Curso de Graduação
em Odontologia - CCS/UFS
Portaria Nº 988/GR/2015

AUTORIZAÇÃO

Eu, Diogo Alexander de Oliveira, abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade Comunitária da Região de Santa Catarina, autorizo a realização do estudo intitulado "O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina", a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA: 30/10/15

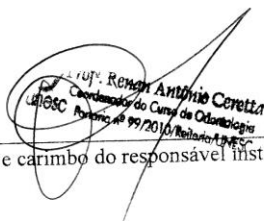

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Prof. Diogo Alexander de Oliveira
Coordenação de Odontologia
Área de Ciências da Saúde
UNOCHAPECO

AUTORIZAÇÃO

Eu, Renan Antonio Cretega, abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado de Santa Catarina, autorizo a realização do estudo intitulado "O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina", a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA: 27/10/2011

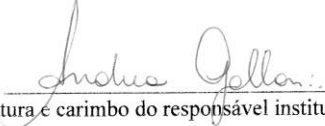

 Prof. Renan Antonio Cretega
 Coordenador do Curso de Odontologia
 UFSC - Registro nº 99/2010/UFSC

Assinatura e carimbo do responsável institucional

AUTORIZAÇÃO

Eu ANDREA GALLON....., abaixo assinado, responsável pela coordenação do curso de graduação em Odontologia da Universidade DO OESTE DE SANTA CATARINA....., autorizo a realização do estudo intitulado “O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina”, a ser conduzido pela pesquisadora Sonia Mara Soares, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa.

DATA: 22/10/2015


Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE B

ANÁLISE ESTADÍSTICA

Tests for Normality: 9 quesitos

Test	Habilidade fundamental				Capacitação				Necessidade de treinamento			
	Statistic	p Value			Statistic	p Value			Statistic	p Value		
Shapiro-Wilk Kolmogorov- Smirnov	W	0,98824	Pr < W	0,9966	W	0,940315	Pr < W	0,2934	W	0,965356	Pr < W	0,7072
	D	0,093817	Pr > D	>0.1500	D	0,147679	Pr > D	>0.1500	D	0,081493	Pr > D	>0.1500
Cramer-von Mises	W-		Pr > W-		W-		Pr > W-		W-		Pr > W-	
	Sq	0,020721	Sq	>0.2500	Sq	0,086215	Pr > W-Sq	0,1641	Sq	0,01934	Pr > W-Sq	>0.2500
Anderson-Darling	A-		Pr > A-		A-		Pr > A-		A-		Pr > A-	
	Sq	0,141891	Sq	>0.2500	Sq	0,473841	Pr > A-Sq	0,2205	Sq	0,179506	Pr > A-Sq	>0.2500

Tests for Normality: tipo de instituição

	Statistic				Statistic				Statistic			
	Statistic	p Value			Statistic	p Value			Statistic	p Value		
Shapiro-Wilk Kolmogorov- Smirnov	W	0,87984	Pr <	0,0259	W	0,964359	Pr <	0,6874	W	0,968138	Pr < W	0,762
	D	0,162666	Pr > D	>0.1500	D	0,136681	Pr > D	>0.1500	D	0,097576	Pr > D	>0.1500
Cramer-von Mises	W-		Pr >		W-		Pr >		W-		Pr > W-	
	Sq	0,078682	Pr > W-Sq	0,2096	Sq	0,04238	Pr > W-Sq	>0.2500	Sq	0,03398	Pr > W-Sq	>0.2500
Anderson-Darling	A-		Pr >		A-		Pr >		A-		Pr > A-	
	Sq	0,60341	Pr > A-Sq	0,0993	Sq	0,27319	Pr > A-Sq	>0.2500	Sq	0,24559	Pr > A-Sq	>0.2500

ANEXOS

ANEXO A
QUESTIONÁRIO

O Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista: estudo de caso no estado de Santa Catarina

Este questionário faz parte da metodologia de uma pesquisa desenvolvida dentro do Programa de Pós Graduação em Odontologia – Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. O trabalho tem por objetivo buscar elementos para conhecer o Sistema Único de Saúde como campo de trabalho para o cirurgião-dentista em Santa Catarina. Sua participação é voluntária e sua privacidade estará protegida, não sendo necessária sua identificação. Se você tiver qualquer dúvida, por favor, entre em contato com Sonia Mara Soares, pelo telefone (47) 9911-3019 ou por e-mail: soniamarasoaes@yahoo.com.br

Antecipadamente agradecemos a atenção dispensada.

PARTE I

Esta parte do questionário visa obter informações gerais que permitam caracterizar o perfil dos envolvidos no estudo. Por gentileza, leia cada item com cuidado e selecione SOMENTE UMA ALTERNATIVA, aquela que melhor corresponda a sua resposta.

Em qual das faixas etárias abaixo relacionadas se inclui a sua idade?

a- até 20 anos b- 21-24 c- 25-28 d- 29-32 e- 33 ou mais

Sexo: a – masculino b – feminino

Em qual das instituições abaixo você está estudando?

a – UNOCHAPECO – Universidade Comunitária Regional de Chapecó
 b – UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
 c – UNOESC – Universidade do Oeste de Santa Catarina
 d – UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense
 e – UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina
 f – UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
 g – FURB – Universidade Regional de Blumenau
 h – UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville
 i – UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

Qual o período do curso está cursando? Informe o semestre que está cursando

a – Oitavo Período b – Nono Período c – Décimo Período

Assinale a alternativa abaixo que mais se aproxima das suas aspirações quanto ao exercício da sua profissão.

Neste quesito é possível escolher mais de um item.

- a – setor privado
- b – setor público
- c – setor privado e público
- d – forças armadas
- e – sindicatos, SESC, SESI, associações, outros
- f – magistério
- g – outros

Assinale o principal motivo que o levariam a escolher o setor público.

- a – estabilidade financeira
- b – ganho de experiência profissional
- c – aspiração por carreira no SUS
- d – não tem interesse em ingressar no setor público

PARTE II

Informações específicas da área de gestão de serviços públicos de saúde bucal prezado colaborador! Esta parte do questionário foi elaborada para obter sua percepção sobre as funções/atribuições necessárias ao desempenho de suas atividades profissionais futuras e acadêmicas

Considere as seguintes escalas:

HABILIDADE Absolutamente não fundamental A-B-C-D-E Absolutamente fundamental.

CAPACIDADE Absolutamente não capacitado A-B-C-D-E Absolutamente capacitado

TREINAMENTO Definitivamente não necessita A-B-C-D-E Definitivamente necessita

Utilize estas escalas para cada item das questões que se seguem.

	Habilidade Fundamental?	Sente-se Capacitado?	Necessita Treinamento?
- Diagnóstico e investigação dos problemas e riscos à saúde bucal na comunidade.			
Saber pesquisar e utilizar estratégias/instrumentos de análise.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Fazer análise crítica de documentos, levantamentos, relatórios e literatura especializada.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Mantê-se atualizado em relação aos conhecimentos técnico-científicos e doenças emergentes na área de odontologia.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Monitoramento das condições de saúde bucal e identificação dos problemas de saúde bucal da comunidade.			
Epidemiologia: definir problemas de saúde bucal coletiva.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Estabelecer critérios de risco em saúde bucal.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Avaliar sistemas de serviços de saúde.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Informação, educação, e suporte às pessoas a respeito de saúde bucal.			
Usar estratégias adequadas de comunicação oral e escrita.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Manejar efetivamente a informação.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Aplicar métodos e tecnologias atualizadas de ensino-aprendizagem e usar efetivas habilidades de ensino.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Mobilização de parceiros comunitários para identificar e resolver problemas de saúde bucal.			
Participar dos Conselhos de Saúde. Ex: Locais, Municipais.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Integrar com indivíduos e grupos de diferentes culturas, utilizando as redes de trabalho existentes.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Aplicar habilidades de negociação e facilitação em várias situações.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Desenvolvimento de políticas e planos para dar suporte aos programas de saúde individuais e comunitários.			
Usar princípios de planejamento em saúde bucal.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Usar estratégias para manejar situações políticas.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Usar apropriada informação, recursos e estratégias para desenvolver novos programas.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Conhecimento de leis, portarias, regulamentações sobre saúde bucal.			
Interpretar e aplicar leis e regulamentações sobre saúde bucal.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Participar da elaboração de portarias e regulamentações por ventura necessárias.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Entender e saber aplicar as diretrizes e os princípios do SUS.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Organização do atendimento na Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde.			
Trabalhar em equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Desenvolver e implementar políticas para o atendimento individual, incluindo os serviços de urgência.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Participar do acolhimento.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Avaliação da eficiência, do acesso e da qualidade do serviço de saúde bucal prestado individual e coletivamente.			
Desenvolver mecanismos para monitorar e avaliar programas quanto à eficiência e qualidade.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Compreender os métodos de avaliação, especialmente aqueles apropriados à saúde bucal.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Conduzir análises de custo-eficiência, custo-benefício e custo-utilidade.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
- Promoção da saúde.			
Conhecer as estratégias preventivas passíveis de uso em saúde bucal.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Aplicar estratégias preventivas de acordo com critérios de risco.	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Articular intersetorialmente estratégias de risco comum.	A B C D E	A B C D E	A B C D E