

DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL UNIVERSITÁRIO ODONTOLÓGICO NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE^(*)

Paulo Frazão^(**)

Os requerimentos e características do perfil de qualificação do pessoal universitário odontológico são analisados do ponto de vista da reestruturação dos serviços de atenção à saúde bucal no contexto dos sistemas locais de saúde e dos princípios e diretrizes do SUS e, segundo os objetivos e abordagens metodológicas de alguns projetos e atividades de desenvolvimento de recursos humanos dirigidos à este tipo de pessoal nos últimos anos. Tomando-se por base estas variáveis, conclui-se que a estruturação dos distritos sanitários exige distintas características na qualificação do pessoal universitário odontológico, e que o desenvolvimento de recursos humanos quando articulado com a transformação dos processos de trabalho na atenção à saúde bucal e com práticas gerenciais e de supervisão adequadas, assume importância estratégica nas pautas e atribuições de todos aqueles que são responsáveis pelo planejamento das ações de saúde bucal nos sistemas locais de saúde.

DESCRITORES:

*Sistemas locais de saúde;
desenvolvimento de recursos humanos;
educação continuada; pessoal
universitário odontológico.*

AGRADECIMENTO

O autor agradece as sugestões oferecidas pelo colega de trabalho e cirurgião-dentista sanitário Paulo Capel Narvai.

() Artigo revisado à partir de trabalho elaborado para a disciplina HSP-758: Planejamento estratégico em recursos humanos e legislação em saúde. Curso de pós-graduação - nível de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.*

*(**) Cirurgião-dentista sanitário do Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde (CE-FOR) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.*

O acontecimento reconhecido como mais importante na saúde pública mundial no presente século é o objetivo internacional de alcançar saúde para todos no ano 2000, com base nas estratégias de atenção primária em saúde e de sistemas locais de saúde (SILOS)^(1,3,4).

A maioria dos países têm aderido a esta estratégia que traz em si mesma princípios de regionalização, descentralização e integração dos serviços. Através da articulação intersetorial e do trabalho com equipes interdisciplinares, busca-se permanentemente a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, o autocuidado e a participação comunitária na identificação de problemas e definição de prioridades^(2,5).

No Brasil, particularmente a partir dos anos 80 e da redemocratização do país (eleições gerais para municípios e governos estaduais), organismos estatais produzem proposições sanitárias de racionalização e de extensão de cobertura^(6,7,8) ao mesmo tempo em que ocorre um impulso no desenvolvimento de redes básicas de saúde.

A multiplicação de movimentos sociais, entre eles, o de saúde, reposiciona a luta por direitos, o exercício da cidadania e de construções políticas de envergadura histórica no campo da saúde conforme demonstra a realização das últimas conferências nacionais de saúde^(10,11,12).

A implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde, dos convênios de estruturação dos Sistemas Uni-

ficados e Descentralizados de Saúde nos Estados e a criação, pelos constituintes, do Sistema Único de Saúde (SUS) sintetizam e expressam, conforme alguns analistas, as propostas políticas dos vários segmentos da sociedade brasileira em relação a questão da saúde-doença no país e confirmam o sentido de maior participação dos poderes locais nas decisões sobre saúde⁽⁹⁾.

Deste modo, o SUS pode ser entendido como a estruturação de sistemas locais de saúde ou distritos sanitários⁽¹³⁾ em cada região ou município, segundo características demográficas e dos serviços de saúde de cada um desses locais. Os distritos de saúde, portanto, podem ter variada abrangência geográfica e ora podem constituir-se em parte de um sistema municipal de saúde, ora confundir-se com o próprio sistema municipal e algumas vezes chegar a abranger mais de um município⁽¹⁴⁾.

A implementação de distritos sanitários que respondam às necessidades da população implica em organizar uma rede básica de saúde que possa resolver 70% a 80% dos problemas de saúde-doença das pessoas que procuram o SUS. Além disso, caberá a esta rede, participar de ações intersetoriais e desenvolver ações coletivas em saúde no interior de espaços e equipamentos sociais (centros comunitários, escolas, creches, fábricas, domicílios) na área de abrangência de cada unidade básica de saúde.

A necessidade da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e da integralidade, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema⁽¹⁵⁾, requerem a implementação de diferentes modalidades assistenciais. Dentre elas, cabe destacar a assistência odontológica que, combinada com as ações coletivas em saúde bucal vem propiciando diferentes formas de organização da atenção à saúde bucal segundo as particularidades de cada realidade local ou distrito sanitário, visando o cumprimento dos princípios e diretrizes previstas na Lei Orgânica do SUS.

Com decorrência desta reestrutura-

ção, o planejamento de recursos humanos, especialmente de pessoal universitário odontológico, supera os aspectos quantitativos, para converter-se em uma dimensão estratégica e dinamizadora de transformação, uma vez que se tem a plena convicção de que sendo o setor de saúde um setor de tecnologia trabalho-intensivo, não há transformação possível sem uma transformação da consciência e das práticas destes sujeitos privilegiados, isto é, o pessoal de saúde⁽¹⁶⁾.

No campo das políticas de saúde bucal, atividades de educação de pessoal universitário odontológico vêm sendo desenvolvidas em diferentes níveis do SUS. Estas atividades aportam

“A implementação de distritos sanitários que respondam às necessidades da população implica em organizar uma rede básica de saúde que possa resolver 70% a 80% dos problemas de saúde-doença”

em seu conteúdo particularidades na qualificação dos recursos humanos para o desempenho das atividades requeridas pela estruturação do sistema. Deste modo, contribuem tanto para a sistematização do conjunto de conhecimentos e práticas atualmente necessários, como também para a identificação de problemas de desempenho e de necessidades de desenvolvimento de pessoal universitário odontológico dos serviços de saúde.

Podem ainda, subsidiar o debate sobre currículo odontológico uma vez que conferências e seminários promovidos por organismos governamentais e de entidades e associações odontológicas tem afirmado com razoável constância a necessidade da modificação dos currículos de formação dos recursos humanos em saúde bucal⁽¹⁷⁾.

Em documento dirigido às instituições de ensino brasileiras, o Ministério da Educação e Cultura preconiza, em 1981, os seguintes requerimentos para a formação de cirurgiões-dentistas com vistas à realidade do país e ao trabalho em nível local⁽¹⁸⁾:

1. *Mentalidade preventiva de forma a privilegiar a execução de medidas que evitem e/ou impeçam a evolução das doenças bucais, com ênfase na cárie dental, doença periodontal e lesões de mucosa bucal;*

2. *Sensibilidade social para que privilegie ações que beneficiem o maior número de pessoas, e entre estas, as mais vulneráveis às doenças da boca e as socialmente mais carentes. Para isso deverá ser preparado para a realidade de sua região e para uma odontologia com enfoque comunitário, orientada para a solução dos problemas dentais de maior prevalência através de programas viáveis de atendimento que utilizem pessoal auxiliar, técnicas e equipamentos simplificados;*

3. *Capacidade de trabalhar em equipe dominando técnicas de trabalho em grupo e/ou sistemas clínicos de atendimento, coordenando e supervisionando o desempenho de técnicos e auxiliares e executando as tarefas mais complexas;*

4. *Capacidade técnica, de forma a estar apto a diagnosticar com precisão as patologias bucais e as sistêmicas (particularmente as que têm repercussão bucal) de maior prevalência, executando o trabalho clínico dos casos, as atividades mais simples para o pessoal auxiliar, e as por demais complexas, para o nível especializado competente;*

5. *Competência gerencial, conhecendo e executando técnicas administrativas básicas de planejamento, organização e administração do atendimento odontológico, de forma a dirigi-las para a máxima eficiência. Isto implica em que o cirurgião-dentista esteja apto a planejar, executar e avaliar as atividades clínicas, levando em consideração as características epidemiológicas e sócioeconômicas a atender e os recursos humanos e materiais disponíveis.*

Estes requerimentos significavam inúmeras alterações nos planos de estudos dos cursos de graduação odontológica da época e poucas instituições de

ensino, entre elas a PUC-MG, UnB, UFRJ, UNICAMP, UFRGS e UFP, implementaram modificações curriculares relevantes.

Entretanto, uma primeira questão que se coloca é o problema relacionado à em que medida estes requerimentos traduzem ou não as necessidades atuais de estruturação do SUS ou, dito de outro modo, os princípios e diretrizes de organização do SUS, e conseqüentemente dos SILOS, requerem quais especificidades para a qualificação do pessoal universitário odontológico.

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO SUS

A atenção em saúde bucal, numa perspectiva mais geral de estruturação dos SILOS, implica implementação de ações que incluem as de assistência odontológica individual, específicas do setor saúde, e as de alcance coletivo desenvolvidas dentro e fora do setor saúde. Até os anos 80, as ações coletivas em saúde bucal se restringiam, quando se conseguia praticá-las, ou à flouretação das águas de abastecimento público ou à realização de bochechos semanais em escolas.

Atualmente, com o avanço da epidemiologia e da cariologia, consolidou-se a tendência de definir um sistema de prevenção, isto é, a associação racional de métodos preventivos de alcance individual e coletivo segundo características sociais e epidemiológicas de cada local ou de cada setor.

Neste sentido, as ações coletivas vêm sendo integradas ao planejamento estratégico e operacional dos serviços que, segundo preconiza a legislação, devem utilizar a epidemiologia, dentre outros aspectos, para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

Quanto à assistência odontológica individual, o sistema de trabalho em consultório tradicional, isto é, aquele realizado por um CD trabalhando sozinho em um ambiente de aproximadamente 10-12m² tem se mostrado inadequado sob vários pontos de vista dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente no nível primário de assistência.

Seja o princípio de se assegurar a extensão da cobertura e a universalidade de acesso, seja o de se garantir a integridade e a capacidade de resolução dos serviços (Art. 7º. da Lei 8080, de 19/09/90), não há como deixar de admitir que somente com sistemas de trabalho do tipo modular, fixa ou transportável⁽¹⁹⁾, e a incorporação de pessoal auxiliar odontológico, se obtém maiores chances de viabilizar em níveis orçamentários suportáveis padrões mínimos de resposta aos 77% da população que tem os serviços públicos como única possibilidade de acesso⁽²⁰⁾.

A modificação destes ambientes de trabalho vem ocorrendo de forma gradativa para espaços com 3, 4, e 6 cadei-

“O planejamento de recursos humanos, especialmente de pessoal universitário odontológico, supera os aspectos quantitativos”

ras odontológicas, permitindo a incorporação de pessoal auxiliar odontológico (técnicos e auxiliares), a adoção de diferentes sistemas de atendimento e a integração de ações preventivas dirigidas à grupos de pacientes das clínicas médica, pediátrica e ginecológica.

Outro aspecto fundamental refere-se às atividades de planejamento, controle e avaliação. Marcados pela crise do regime autoritário-burocrático e pelas mudanças que se vêm operando no fluxo de capital internacional, e também pela emergência de novos atores sociais⁽²¹⁾ interessados numa maior distribuição do poder político e no comprometimento de governos com vistas à democratização e o resgate da chamada dívida social, os anos 70 e 80 assistiram à substituição da visão normativa de planejamento pelo enfoque estratégico⁽²²⁾.

Se a visão normativa era caracterizada pela adoção de paradigmas superados, por um entendimento restrito da determinação dos problemas de saúde,

pelo predomínio da lógica formal e do método científico tradicional e ainda por uma ótica centrada no espaço do aparelho de Estado com alto grau de concentração de poder setorial, o enfoque estratégico se traduz num distinto papel dos níveis hierárquicos mais altos das organizações e instituições públicas de saúde.

A estrutura organizacional, a divisão do trabalho, os tipos de coordenação e sistemas de informação são alterados com a finalidade de efetuar a descentralização dos serviços e a horizontalização das ações, a despeito de, em várias situações, não haver a esperada contrapartida na alocação de recursos. Esta busca de articulação interdisciplinar, intra e intersetorial de planos e programas exige de gerentes e pessoal técnico de planejamento diferentes pautas e atribuições no processo de trabalho.

O próprio caráter da função de supervisão vem se modificando, na medida em que a centralização administrativa favorecia o aparecimento de atitudes autoritárias por parte de superiores, que tendiam a se comportar como fiscais encarregados de flagrar os supervisionados em seus erros e omissões. Ao contrário, a descentralização vem contribuindo para que os conteúdos e procedimentos de supervisão sejam estabelecidos e modificados de acordo com necessidades detectadas no nível de execução.

Deste modo a descentralização decisória, ao aproximar o mando da execução, tem sido condição indispensável para o florescimento de uma variedade mais participativa de supervisão⁽²³⁾.

A supervisão realizada esporadicamente e de conotação punitiva tende a ser abandonada. O supervisor competente é requerido mais como um educador que administrador. Como administrador controla as atividades do pessoal, como educador identifica os problemas de desempenho, diagnostica suas causas, demonstra praticamente o desempenho correto e realiza a ação corretiva correspondente⁽²⁴⁾.

Uma vez estabelecidas algumas das tarefas e requerimentos compreendidos na organização geral da atenção em saúde bucal nos SILOS, importa discutir que características de perfil e de atribuições vêm sendo apontadas por

alguns dos projetos e atividades de educação continuada de pessoal universitário odontológico desenvolvidos nos últimos anos^(25,26,27,28,29,30).

O DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL UNIVERSITÁRIO ODONTOLÓGICO

Nos projetos e atividades de desenvolvimento de pessoal universitário odontológico analisados podemos destacar duas categorias de preparação: uma destinada à educação continuada de cirurgiões-dentistas de equipes de planejamento e demais atividades-meio e uma dirigida à cirurgiões-dentistas de rede básica (atividades-fim). Em ambas as modalidades, ressalta como propósito mais geral o esforço em aproximar os profissionais de saúde bucal das demais práticas de saúde e dos processos sociais em que trabalhadores e usuários do sistema estão inseridos.

Verifica-se um trabalho de reconceitualização da prática odontológica na perspectiva da saúde coletiva, em bases sociais e epidemiológicas, num movimento duplo e em sentido contrário àquele que tenta ora desvincular a boca do organismo fisiologicamente considerado (isolamento em relação às demais práticas de saúde), ora desvincular o paciente de sua inserção social e dos fatores determinantes e condicionantes de saúde-doença bucal^(31,32,33).

Dentre os objetivos das atividades de desenvolvimento de recursos humanos destinadas à profissionais de atividades-meio^(25,26,27,29) pode-se destacar os seguintes:

- entender o atual cenário social e político do país no qual são implementadas as políticas de saúde;
- entender a determinação social do processo saúde-doença;
- entender a dinâmica das organizações para atuar em articulação com outras áreas e setores, na perspectiva de atuação interdisciplinar e intersetorial;
- implementar políticas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde bucal;
- coordenar o planejamento, controle e avaliação das ações e atividades em saúde bucal, em conjunto com equipes locais e a população usuária, como for-

ma de viabilizar métodos democráticos de gestão.

- discutir modelos assistenciais, analisando aspectos preventivos como estratégia de organização dos serviços públicos.

Fica evidente o esforço para que o profissional transcenda a visão burocrática ou administrativa, busque uma interlocução dinâmica e criativa em todas as instâncias no sentido de uma intervenção política na realidade de saúde a fim de agregar maiores níveis de eficiência e eficácia às ações desenvolvidas.

Do ponto de vista metodológico, os projetos se estruturam em módulos e manifestam a intenção de levar os alu-

“Com o avanço da epidemiologia e da cariologia, consolidou-se a tendência de definir um sistema de prevenção”

nos à reflexão crítica, utilizando recursos da pedagogia problematizadora ou participativa, com técnicas de discussão em grupo, seminários, debates, oficinas de trabalho e, na maioria dos casos, prevêm um período entre um módulo e outro, denominado de dispersão, com o intuito de coleta de dados e informações na realidade do serviço de saúde ao qual cada aluno está vinculado.

Em relação às atividades de desenvolvimento de recursos humanos dirigidas à profissionais de rede básica de saúde^(28,30), destacam-se os seguintes objetivos:

- compreender as implicações do desenvolvimento científico da cariologia e da fluoroterapia na prática odontológica;
- identificar diferentes sistemas de trabalho e de atendimento;
- atuar em um sistema de trabalho de clínica modular fixa ou transportável de 3, 4 ou 6 cadeiras odontológicas e um sistema de atendimento com demanda programada de pacientes;
- realizar atividade de educação em saúde através de trabalho de grupo de

modo a facilitar o desenvolvimento de formas de interação social e de vínculo mútuo entre usuários e a equipe de saúde visando a organização de práticas de autocuidado, autoexame e prevenção de enfermidades fortalecendo a relação paciente-instituição.

Quanto à metodologia, à semelhança do que se observa em outras áreas técnicas⁽³⁴⁾, os projetos manifestam a intenção de integrar as dimensões política, técnica e pedagógica do processo tecnológico do trabalho em saúde bucal.

Na dimensão política realiza-se a análise da prática, contextualizando-a à produção de serviços de saúde em realidades concretas à fim de desenvolver uma ética profissional comprometida com o exercício da cidadania de trabalhadores e usuários.

Na dimensão técnica busca-se a integração de conhecimentos clínicos, epidemiológicos e administrativos relacionando-os às ações de saúde bucal e objetivando oferecer respostas às necessidades individuais e coletivas de saúde.

Na dimensão pedagógica manifesta-se o esforço em assegurar a integração teoria-prática e ensino-trabalho, de modo a possibilitar a construção do conhecimento pautado no real e no seu processo de transformação.

Em um dos projetos⁽²⁸⁾ observa-se um primeiro momento em que os treinandos desempenham ações de saúde bucal na unidade de saúde previamente selecionada dentro de um sistema de trabalho e de atendimento que combina ações coletivas prévias a assistência odontológica individual. O instrutor demonstra a operação e o treinando observa, o treinando executa a operação e o instrutor orienta e supervisiona. No segundo momento, os treinandos e o instrutor sistematizam os conhecimentos utilizando-se do repertório de experiências adquiridas no primeiro momento.

DISCUSSÃO

Analisando o padrão de qualificação de pessoal universitário odontológico proposto em 1981 pelo MEC em função dos requerimentos atualmente necessários ao processo de estruturação

da atenção à saúde bucal nos SILOS e à partir de alguns projetos e atividades de desenvolvimento de pessoal universitário odontológico realizados nos últimos anos, pode-se admitir que aquele conjunto de conhecimentos e práticas permanecem válidos quando consideramos apenas os seus aspectos instrumentais.

Cabe, no entanto, em virtude do atual contexto, uma melhor conceituação onde se denominam *mentalidade preventiva, sensibilidade social, grupos socialmente mais carentes*, posto que, com a criação do SUS rompe-se tradicionais obstáculos ao exercício da cidadania e se define uma perspectiva distinta no campo das políticas sociais onde a saúde é direito de todos, onde a integralidade da assistência exige, não somente *mentalidade*, mas práticas de autoexame e autocuidado, ações preventivas de alcance individual e coletivo em bases sociais e epidemiológicas, e a integração destas ações às demais ações programáticas de saúde e à equipamentos sociais de abrangência das unidades de saúde dos SILOS.

Os desafios para a estruturação de cada SILOS são enormes. Parte deste caminho tem sido percorrida em alguns SILOS do país^(35,36), e o desenvolvimento de pessoal universitário odontológico é uma estratégia importante desde que alguns critérios sejam adotados.

Em primeiro lugar, é necessário entendê-lo integrado às demais estratégias de implementação de cada SILOS, particularmente de recursos humanos do setor saúde em geral e de cada SILOS em particular. No campo da administração de recursos humanos, por exemplo, jogam papel importante as políticas salariais e de carreira e a adequação da composição das equipes de saúde bucal frente às demandas sociais e epidemiológicas⁽³⁷⁾.

Em segundo lugar, é fundamental o detalhamento em termos das metas e dos desempenhos esperados após um certo tempo da realização das atividades de educação continuada, sem o que não se pode saber onde exatamente se quer chegar, muito menos aferir seus resultados.

Além disso, as atividades de desenvolvimento de recursos humanos ganham maior eficácia quando combinadas com processos de reorga-

nização dos serviços. Tentar intervir junto aos recursos de modo antecipatório⁽³⁸⁾, isto é, sem algumas das condições conhecidas e necessárias para a efetivação das mudanças que devem ser operadas sobre os demais constituintes do processo de trabalho em saúde pode resultar numa pequena escala em termos de alterações que venham a ocorrer nas práticas e significar, inclusive, o fracasso destas ações, reforçando assim posturas tradicionalmente resistentes.

Estas condições se referem a situações e aspectos da realidade do processo de trabalho que interferem no comportamento dos recursos humanos e que se traduzem em barreiras quando da implementação de distintas práticas.

“A estrutura organizacional, a divisão do trabalho, os tipos de coordenação e sistemas de informação são alterados com a finalidade de efetuar a descentralização dos serviços”

Estas barreiras quando relacionadas às causas mais imediatas de certas atitudes do pessoal universitário odontológico podem ser classificadas em três modalidades distintas que bloqueiam sua ação:

- situações em que não se deixa o pessoal fazer;
- situações em que o pessoal não pode fazer;
- situações em que o pessoal não compreende *o que e como* fazer.

As estratégias de desenvolvimento de recursos humanos nos serviços de saúde comumente nos auxiliam para enfrentar o terceiro conjunto de situações, ou seja, aquelas em que o pessoal não compreende *o que e como* fazer.

A identificação destas diferentes modalidades de situações contribuem não somente para um diagnóstico mais apropriado das necessidades de educação continuada do pessoal universitário odontológico, como também para a in-

terpretação das causas mais imediatas de determinados comportamentos e processos sociais.

Do exposto, pode-se admitir que os processos de desenvolvimento de recursos humanos têm mais eficácia quando as barreiras do primeiro grupo de situações são superadas, isto é, quando se participa de práticas gerenciais e de supervisão que compreendem o seu papel e integram o processo desde seu diagnóstico e planejamento.

Parece evidente, também, que asseguramos maiores chances de êxito quando os obstáculos do segundo conjunto de situações que impedem a transformação dos processos de trabalho e que se referem à composição tecnológica dos serviços, isto é, ambientes, equipamentos, instrumentos e materiais, são adequadamente resolvidos.

Neste ponto, não se pode deixar de reforçar a importância de adequação da composição das equipes de saúde bucal, citada anteriormente. A incorporação de pessoal auxiliar odontológico do tipo atendente de consultório dentário e técnico em higiene dental é indispensável para a transformação dos processos de trabalho em saúde bucal e para o deslocamento do conjunto de conhecimentos e práticas requeridos para o cirurgião-dentista em direção e na perspectiva da Saúde Coletiva.

Compreendidas estas condições, o resultado das atividades de desenvolvimento de recursos humanos passam a depender da capacidade metodológica em integrar as dimensões política, técnica e pedagógica do processo tecnológico do trabalho em saúde.

A fim de superar seu caráter por vezes fragmentário, esporádico e desordenado, e aumentar a probabilidade de que a educação continuada se traduza em ações de saúde eficazes, estas devem organizar-se como um sistema. O desenvolvimento de recursos humanos envolve uma diversidade de aspectos e decisões em diferentes setores e requer um determinado grau de apoio, métodos e recursos (políticos, técnicos, educativos, econômicos e administrativos) que, em geral, ultrapassa o campo de atuação específica de qualquer entidade ou órgão isoladamente⁽³⁹⁾.

Na perspectiva do SUS e da estruturação de SILOS com singularidades especificidades coerentes a cada rea-

dade, um sistema de desenvolvimento de recursos humanos pode se constituir através de uma adequada coordenação num mecanismo fundamental para assegurar um enfoque integrador, interdisciplinar e intersetorial de suas atividades contribuindo:

- para a ordenação dos recursos humanos⁽⁴⁰⁾;
- para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal⁽⁴¹⁾ e;
- no campo da preparação de recursos humanos, para a resolução dos problemas relativos à integração ensino-serviço⁽³⁷⁾.

O pessoal universitário odontológico que poderá desenvolver as estratégias para fazer cumprir os princípios e diretrizes do SUS, ou está em pleno exercício profissional ou está em formação.

Quanto à formação, não cabe qualquer dúvida a respeito da importância de prosseguir nas transformações curriculares que objetivam a formação de cirurgiões-dentistas aos requerimentos do SUS e às necessidades da maioria da população.

Em relação aos profissionais que trabalham em serviços de saúde diretamente vinculados ao SUS e que somam aproximadamente 25% dos mais de 116 mil profissionais em todo o Brasil, é absolutamente necessário introduzi-los em projetos de desenvolvimento de recursos humanos bem planejados para que possam, efetivamente, participar da estruturação de cada SILOS, sem o que, podem neutralizar-se os esforços desenvolvidos em outros aspectos da prática odontológica, como por exemplo, os relativos aos equipamentos, materiais e aos ambientes de trabalho.

Neste sentido, conclui-se que, para tornar mais favorável a obtenção de resultados positivos a curto prazo, é imprescindível articular o desenvolvimento de recursos humanos tanto com a transformação dos processos de trabalho na atenção à saúde bucal com práticas gerenciais e de supervisão adequadas.

Justamente por isso, assume importância estratégica a inclusão do desenvolvimento do pessoal universitário odontológico nas pautas e atribuições

de todos aqueles que são responsáveis pelo planejamento das ações de saúde bucal nos diferentes níveis de estruturação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEJÍA, A. Educacion continua. *Educ. Med. Salud*, 20 (1):43-69, 1986. p. 45.
2. Op. cit. no. 1, p. 46.
3. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma Ata, 1978. *Relatório*. Brasília, UNICEF-Brasil, 1979. 64p.
4. OPS. *Saúde para todos no ano 2000. Estratégias*. Washington, DC, 1980. Doc. oficial 173.
5. OPS. *Desarrollo y fortalecimiento dos sistemas locais de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud*. Washington, DC, 1989.
6. BRASIL, MS/MPAS. *Programa nacional de serviços básicos de saúde*. Brasília, CD-MS, 1980.
7. BRASIL, M. P. A. S. *Reorientação da assistência médica no âmbito da previdência social*. Brasília, Inamps, 1983.
8. SÃO PAULO (Estado), SECRETARIA DA SAÚDE *Convênio para implantação e execução do programa de ações integradas de saúde*. São Paulo, DOE 27 de outubro, 1983.
9. NARVAI, P. C. *Saúde bucal: assistência ou atenção?* São Paulo, mimeo., 1992. p. 1
10. CONF. NACIONAL DE SAÚDE, 8a., Brasília, 1986. *Relatório final*. Brasília, CD-MS, 1986.
11. CONF. NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1a., Brasília, 1986. *Relatório final*. Brasília, CD-MS, 1986.
12. CONF. NACIONAL DE SAÚDE, 9a., Brasília, 1992. *Relatório final*. Brasília, CD-MS, 1992.
13. MENDES, E. V. *Sistemas locais de saúde*. Brasília, OPS, mimeo, 1988.
14. ROSA, A. G. F. *et alii*. Avaliação da assistência odontológica no sistema local de saúde de São José dos Campos-SP. *Divulg. Saúde para Debate*, 6:55-60, 1991. p.55.
15. BRASIL, CONGRESSO NACIONAL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*.
16. CHORNY, A. H. O enfoque estratégico para desenvolvimento de recursos humanos. *Educ. Med. Salud*, 24(1):27-51, 1990. p. 49.
17. FRAZÃO, P. *et alii* *Disciplina de odontologia preventiva e saúde pública. Plano de ensino - 1992*. São Bernardo do Campo, IMES, mimeo, 1991. p. 2.
18. BRASIL, MEC. *Perfil dos recursos humanos em odontologia*. Brasília, SESup, mimeo, 1981. p.8.
19. Op. cit. no. 9, p. 10.
20. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 1a, SÃO PAULO, 1991. *Relatório-síntese: I - Financiamento do sistema de saúde*. São Paulo, SES, 1991.
21. SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988. p.55
22. Op. cit. no. 16, p.33.
23. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Supervisão em serviços básicos de saúde*. Brasília, CD-MS, 1982. p.10.
24. Op. cit. no. 1, p. 59.
25. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório da oficina de trabalho sobre capacitação de recursos humanos para a área de odontologia*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ-ENSP, mimeo, 1988.
26. MINAS GERAIS, SECRETARIA DA SAÚDE. *Curso de gerência e planejamento de saúde bucal: Programa*. Belo Horizonte, ESMIG, mimeo, 1981.
27. SÃO PAULO (Estado), SECRETARIA DA SAÚDE. *Elementos para elaboração de uma proposta de formação de gerentes de sistemas locais de saúde para o SUDS-SP, no âmbito da saúde bucal*. São Paulo, Cadais-GSB, mimeo, 1988.
28. SÃO PAULO (Estado), SECRETARIA DA SAÚDE. *Capacitação técnica de instrutor/supervisor da área de saúde bucal*. São Paulo, Projeto Larga Escala, mimeo, 1989.
29. GEVAERD, S. *et alii*. A capacitação de recursos humanos em odontologia. *Saúde em Debate*, 29: 70-72, 1990.
30. PAGLIARINI, M. R. C. A integração da saúde bucal no contexto da saúde coletiva: capacitação de recursos humanos. *Divulg. em Saúde para Debate*, 6: 35-36, 1991.
31. MENDES, E. V. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas*. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.
32. BOTAZZO, C. *et alii*. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo, mimeo, 1988.
33. _____ *Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde*. São Paulo, mimeo, 1989.
34. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A educação continuada de enfermeiros no Sistema Único de Saúde*. Brasília, CD-MS, 1990.
35. TOLEDO, J. P. G. *A saúde bucal no Estado de São Paulo: das AIS ao SUS*. São Paulo, mimeo, 1991.
36. ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO, 8a. São Paulo, 1991. *Construindo a saúde bucal coletiva no Brasil*. São Paulo, SMS-SES, 1991.
37. BRASIL, M. S. *Sistema Único de Saúde: Diretrizes para a formulação de política de recursos humanos*. Brasília, CD-MS, 1989. P.16.
38. SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. *Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil*. São Paulo, mimeo, 1992. p.3.
39. Op. cit. no. 1, p. 63.
40. BRASIL, ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
41. Op. cit. no. 15.