

Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade

Work process in oral health: seeking different looks to understand and transform the reality

Deniz Faccin¹
Rafael Sebold¹
Daniela Lemos Carcereri¹

Abstract *In 2000, the Ministry of Health has established financial support and included Oral Health Teams in the Family Health Strategy, which is recognized as an approach to reorganize the Primary Care Services in the Brazilian Health System. The professionals are inserted in a new context that confronts their conceptions and practices. The aim of this qualitative study was to analyze the working method in oral health at the Family Health Strategy (FHS) in a southern city of Brazil. It was performed by semi-structured interviews applied to health professionals in five primary care unities where Oral Health and Family Health teams work with a multiprofessional sample of 22 individuals. Thematic analysis of categories was used to analyze data which showed five thematic points: inclusion of Oral Health in FHS, structural aspects of the services, professional conceptions about the health-disease process, working method, and improvement strategies. The research contributes to the comprehension of the working method in Oral Health in FHS and indicates some possible ways to modify practices.*

Key words *Dentistry, Oral health, Family health, Work process*

Resumo *Em 2000, o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro e inclui Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, hoje legitimado como estratégia de reorganização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Os profissionais são inseridos em um novo contexto, que confronta suas concepções e práticas. Este estudo é de natureza qualitativa e tem por objetivo analisar o processo de trabalho em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município da Região Sul. Foi realizado em cinco Unidades de Saúde da Família, onde atuam Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família, através de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde. A amostra tem caráter multiprofissional e inclui 22 sujeitos. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise categorial temática. Emergiram cinco eixos temáticos: inserção da Saúde Bucal na ESF, aspectos estruturais dos serviços, concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença, processo de trabalho e estratégias para seu aperfeiçoamento. A pesquisa contribui para a compreensão do processo de trabalho em Saúde Bucal na ESF e aponta alguns caminhos para a transformação das práticas. Palavras-chave Odontologia, Saúde bucal, Saúde da família, Processo de trabalho*

¹ Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Bloco A, sala 217, Campus Universitário, Trindade. 88040-970 Florianópolis SC. denizfaccin@gmail.com

Introdução

As doenças bucais representam, no Brasil, um importante problema de saúde pública¹. O perfil da prática odontológica, ao longo dos anos, caracterizou-se pela realização de ações eminentemente clínicas e ações preventivas direcionadas a escolares, que se revelaram insuficientes para responder às necessidades da população. Este perfil de práticas traz heranças de uma série histórica de “modelos de odontologia”, cujas propostas mostraram-se incapazes de promover a ruptura com esta prática hegemônica².

Desde o final da década de oitenta, os pressupostos da Saúde Bucal Coletiva (SBC) constituem-se como “referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral [...]”².

Para Narvai e Frazão³, ***a Saúde Bucal Coletiva advoga que a “saúde bucal” das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta - aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...) os cirurgiões-dentistas.***

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF)^{4,5} representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na atenção básica. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde. Para o cirurgião-dentista (CD), a integração à ESF pode significar a ruptura do isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde⁶.

A Portaria nº 648⁷, publicada em 2006, descreve aspectos norteadores do processo de trabalho e estabelece atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF. Destacam-se, dentre estas, a realização em conjunto da territorialização e do planejamento local de saúde, priorizando ações de acordo com as necessidades de uma área adscrita. Institui também atribuições específicas para o CD, o técnico de higiene dental (THD) e o auxiliar de consultório dentário (ACD).

A inserção do CD neste novo contexto tem possibilitado diferentes experiências a partir de iniciativas municipais, configuradas de acordo com sua realidade. Este estudo tem por objetivo analisar o processo de trabalho em saúde bucal na ESF em um município do Sul do Brasil.

Trata-se de um município de grande porte, que conta com 45 Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais estão distribuídas 75 Equipes de Saúde da Família. Nestas unidades, também atuam oitenta CD, dos quais dez formam ESB Modalidade I (CD e ACD). Os demais CD não trabalham na lógica da ESF, com exceção de iniciativas localizadas. Desde a inserção da Saúde Bucal (SB) na ESF, em 2004, não houve ampliação do número de equipes devido à falta de profissionais auxiliares. Embora a maioria do quadro funcional seja constituída de profissionais efetivos, trabalham na rede profissionais com diferentes tipos de vínculo empregatício.

Durante a coleta de dados, em 2006, o município não dispunha de atenção secundária no setor odontológico. Para algumas especialidades, no entanto, havia a possibilidade de encaminhamento para instituições de ensino superior e uma policlínica sob gestão estadual. O primeiro Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) iniciou seu funcionamento no ano de 2007.

Através da percepção de profissionais de saúde, são identificadas e discutidas fragilidades, potencialidades e estratégias para o aprimoramento das ações em SB na direção de um modelo que incorpore os pressupostos do processo de trabalho à luz da ESF.

Metodologia

Este é um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, cuja coleta de dados ocorreu através da realização de entrevistas semiestruturadas. A amostra foi intencional e contou com 22 profissionais de saúde: seis CD, dois ACD, cinco enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois médicos e cinco agentes comunitários de saúde. Com exceção de dois profissionais que compõem a equipe de coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, os demais sujeitos do estudo atuam em USF que possuem ESB.

A escolha dos entrevistados seguiu o critério de acessibilidade e o número de sujeitos foi delimitado pela saturação dos discursos⁸. O caráter multiprofissional da amostra teve por objetivo abranger diferentes visões sobre o objeto de estudo, considerando que a SB não se restringe ao núcleo da odontologia, mas também abrange o campo de competências e responsabilidades de outras áreas profissionais³.

Foram realizados dois pré-testes, com o objetivo de avaliar o roteiro elaborado e aspectos relativos à condução das entrevistas. Após os ajustes

pertinentes, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita.

A técnica de entrevista semiestruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, permite que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação⁹. Partiu-se de um roteiro com onze questões abertas sobre os seguintes aspectos relativos ao processo de trabalho em SB: (a) funcionamento das USF e ações desenvolvidas pela ESB; (b) visão da equipe sobre o trabalho da ESB; (c) dificuldades enfrentadas pela ESB e suas possíveis causas; (d) soluções para as dificuldades; (e) concepções sobre o processo saúde-doença; (f) potencialidades da SB na atenção básica e (g) trabalho em equipe.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pelos próprios pesquisadores. Os dados foram analisados mediante a técnica de análise categorial temática⁸.

Este estudo seguiu as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

Resultados

Emergiram da análise cinco eixos temáticos: inserção da SB na ESF, aspectos estruturais dos serviços, concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença, processo de trabalho e estratégias para seu aperfeiçoamento. Através destes eixos, estruturou-se a discussão.

Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: o processo histórico

No município estudado, o processo de inclusão da SB na ESF contou com destacada mobilização política de entidades representativas da odontologia, deflagrada durante o período eleitoral vigente, no ano de 2004. Neste ano, o município cadastrou dez ESB, constituídas por profissionais do quadro da Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria de Saúde, no entanto, não propôs mudanças no processo de trabalho a fim de adequá-lo à ESF, nem ofereceu capacitação sobre o tema aos profissionais. Assim, a inserção da SB não se deu em função da mudança do modelo de atenção, representando simplesmente uma mudança contratual.

Quando questionados sobre mudanças em suas práticas na ESF, os entrevistados relatam que pouco se avançou em termos qualitativos, sendo que, para a maioria, a resposta resume-se em:

Na prática, o que o PSF fez: ampliação da jornada de trabalho e uma gratificação a mais por conta disso. (CD_Unidade5)

O CD, tradicionalmente isolado no consultório, parece não compreender seu papel como membro de uma equipe: *Existe uma vez por mês na nossa Unidade de Saúde uma reunião. Às vezes, eu fico pensando: "o que é que eu faço nessa reunião?"; porque os assuntos pertinentes à odontologia são tratados à parte.* (CD_Unidade4)

Ou, ainda, expressa desconhecimento sobre a própria ESF: *A principal dificuldade, primeiro é eu saber o que é o PSF! Eu não sei se eu estou atingindo os objetivos do PSF.* (CD_Unidade4)

Os profissionais atribuem esse desconhecimento, em parte, à própria formação: *E a nossa formação não nos deu nada. Agora, não está dando muito para o pessoal que está recém-formado. Imagina antes.* (CD_Unidade1)

Observa-se que a inserção na ESF foi acompanhada de capacitação, porém voltada à formação clínica dos profissionais: *A maioria ganhou um curso de dentística na época. A conversa era que eles teriam um curso de preparação para entrar no PSF.* (CD_Unidade5)

De acordo com os profissionais, a falta de capacitação se reflete no desconhecimento de diretrizes que possam reorientar o processo de trabalho: *Nós não estamos capacitados pra isso. Simplesmente entramos e estamos fazendo da mesma maneira que fazíamos antes.* (CD_Unidade2)

Em 2006, dois anos após a inserção da SB na ESF, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu treinamento introdutório para os profissionais da rede.

Aspectos estruturais

Em 2003, todas as USF receberam melhorias em suas instalações e novos equipamentos. Porém, alguns aspectos foram mencionados como limitadores.

As ESB pesquisadas possuem população adscrita muito além do recomendado pelo Ministério da Saúde. Em unidades com uma ESB para duas Equipes de Saúde da Família, percebem-se maiores dificuldades na organização do processo de trabalho e no planejamento das ações de saúde: *A Equipe de Saúde da Família não dá conta, porque aqui nós temos duas Equipes de Saúde da Família e uma de Saúde Bucal para uma população de vinte mil pessoas.* (Enfermeiro_Unidade4)

O excesso de população na área de abrangência destaca-se como fator crucial para a organização do processo de trabalho, repercutindo na falta de acesso e no desgaste dos profissio-

nais: *O povo ali sofrendo, se estapeando pra conseguir uma vaga. E aí o que acontece: na medida em que a população não é assistida, a quantidade de emergências começa a lotar e você não pode negar. E aí você começa a se desgastar também.* (CD_Unidade5)

A partir da dificuldade de acesso, criam-se diferentes modelos de organização da demanda que priorizam determinados grupos, notadamente as crianças, e enfrentam desafios na incorporação de outras parcelas da população: *Tem as crianças, tem as gestantes, os hipertensos, os idosos, todos são priorizados. E aí coitadinhos dos outros que não são nada. Nada não, são só gente, mas não são nada dessas doenças ou dessas particularidades. Aí “tadinhos”, eles vêm no dia lá e sobram poucas vagas.* (Enfermeiro_Unidade2)

A falta de adequação do ambiente de trabalho, em unidades nas quais a equipe é composta por mais de um CD atuando no mesmo espaço, aparece como outro fator que desgasta a equipe e compromete a relação usuário-profissional pela falta de privacidade: *As pessoas se amontoam dentro do consultório. A tendência é você ficar pirado, porque é muito barulho. E ali a pessoa fala, todo mundo ouve. Muitas vezes tem pacientes que querem dizer alguma coisa, muitos talvez não falam, porque não é um lugar privado.* (ACD_Unidade1)

A privacidade é fator elementar no ato de escuta e acolhimento. A falta de condições restringe a incorporação de tecnologias leves como o vínculo, adjetivando e estagnando o profissional como um clínico habilidoso, sendo que a ESF exige esta e muitas outras competências.

A escassez de recursos humanos, principalmente ACD, é considerada outro obstáculo para que ocorram transformações no processo de trabalho e a ampliação das ESB no município: *A gente está com problema na questão do pessoal auxiliar. Nós não temos ACD para todos os dentistas.* (CD_Secretaria)

No período do estudo, o município não apresentava nenhum CEO. O sistema de referência a especialidades é citado como um dos grandes problemas que comprometem o desenvolvimento de ações integrais e resolutivas, como se traduz no depoimento: *Endodontia, tinha dias que eu ficava com raiva, porque você trepanava, fazia pulpectomia, fazia o curativo, mas com certeza dois meses depois ele vai voltar para você fazer extração, como emergência ainda!* (CD_Unidade2)

Mesmo com perspectivas de ampliação da oferta de serviços especializados no ano seguinte, com a implantação de um CEO, os profissionais demonstram descrédito devido aos longos anos

sem uma política para o setor: *Agora vai existir o tal do CEO. Não acredito que vá conseguir resolver muita coisa, porque são anos de esquecimento e nunca fizeram nada. Muitos perderam os dentes. Só o que vai ser encaminhado aqui da demanda vai encher a agenda lá por um ano.* (CD_Unidade5)

Diferentes olhares sobre o processo saúde-doença

Uma das percepções mais presentes nos discursos é de que, independentemente de ter ou não informações sobre os cuidados de saúde bucal, as pessoas adotam comportamentos que não favorecem sua saúde: *Talvez um pouco de falta de orientação, mas o problema mesmo é o pessoal que não se cuida, não escova direitinho.* (ACS_Unidade2)

A “falta de cuidado” com a saúde é vista como reflexo da “cultura”, entendida no sentido de estilo de vida ou padrões de comportamento: *Não que ela não seja orientada, é que parece que já é a cultura.* (ACS_Unidade3)

Alguns profissionais consideram que a população assistida faz parte de uma “cultura” que não dá valor aos cuidados com a saúde, fazendo uma imagem preconceituosa dos indivíduos que adoecem. Assim, partem do pressuposto de que as informações educativas não se traduzem em comportamentos saudáveis por falta de interesse ou de responsabilidade: *Embora a gente esteja falando, falando, falando, a gente vê que eles continuam insistindo naquela alimentação cariogênica.* (CD_Unidade2)

Espera-se que, a partir das informações educativas, os usuários estejam aptos a adotar condutas saudáveis e sejam os responsáveis exclusivos por sua saúde. Isso é exemplificado por um profissional, ao relatar a orientação dada a um paciente: *Tua filha não poderá ter uma única cárie pela quantidade de informações que você tem.* (CD_Unidade5)

Essa percepção tem reflexo claro nas práticas de educação em saúde, que parecem desconsiderar a complexidade de fatores que se traduzem nos comportamentos de saúde. Assim, a comunicação profissional-usuário é caracterizada pelo caráter informativo e pelo discurso higienista, em que o profissional aponta os comportamentos que devem ser adotados para a manutenção da saúde¹⁰: *O que a gente pode fazer enquanto o cidadão está lá de boca aberta, sem poder falar, é fazer lavagem cerebral mesmo.* (CD_Unidade5)

Segundo Alves¹⁰, para que as práticas de educação em saúde sejam mais sensíveis às necessidades

subjetivas e culturais dos usuários, faz-se necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica.

Quando consideram que a saúde depende da “escolha por comportamentos adequados”, os profissionais restringem seu papel no campo da saúde. Assim, consideram que já realizam as ações que estão sob sua responsabilidade, cabendo aos usuários fazerem sua parte: ***Não adianta ter cinquenta dentistas e eu ir trezentas vezes à escola, e eles continuarem se alimentando da mesma maneira. Então, são eles mesmos que têm que mudar.*** (CD_Unidade2)

Alguns entrevistados trouxeram outra visão sobre o processo saúde-doença, mostrando que os comportamentos favoráveis à saúde não dependem somente de escolhas, pois há diversos fatores que os influenciam ou determinam: ***A gente orienta, mas eles vêem na televisão que comer bolachinha recheada é tão bom, a gente é tão esperto quando come bolachinha. Aquilo que você falou em meia hora, em um segundo apagou. A criança se joga no chão, a mãe não tem coragem, ou não foi educada pra isso, ou está cansada de dizer que não. “Ah, também, o que é que vai ser uma bolacha”, e dá.*** (Enfermeiro_Unidade2)

Esse entendimento amplia a compreensão sobre o processo saúde-doença e as possibilidades de intervenção sobre o mesmo. A relação mãe-criança, a mídia e o “cansaço da mãe” definem os rumos deste processo e não são fatores sensíveis a intervenções pontuais e exclusivamente clínicas, nem tampouco à educação em saúde nos moldes tradicionais.

As condições socioeconômicas e seus reflexos também são mencionados para demonstrar que muitas vezes as doenças bucais representam um dentre outros problemas com macrodeterminantes comuns: ***É brabo, à medida que você cai numa realidade como essa, onde o cidadão não tem nem o que comer. Será que ele vai ter mesmo consciência de estar se preocupando com a boca? O dente, é quando dói que ele vai lembrar que tem um dente. Então eu acho que a gente tem que melhorar a situação do povo brasileiro.*** (CD_Unidade5)

O contexto familiar também é apontado como determinante no surgimento das doenças bucais: ***De manhã cedo tem que levar a criança na creche, aí vem buscar, aquele negócio todo, aquela correria. Aí chega em casa, tem que fazer serviço doméstico. Geralmente o pai acha que não tem que participar de nada disso, porque ele já entra com o dinheiro, então acha que já fez a parte dele. Então, eu acho que é isso. Não por falta de higiene, não.*** (ACS_Unidade3)

Vários autores estudaram o que se denominou “determinação social do processo saúde-doença”, seguindo linhas como a medicina social, a saúde coletiva e a promoção de saúde^{11,12}. Alguns modelos explicativos também acrescentaram à determinação social as dimensões cultural¹³, familiar¹³ e subjetiva^{11,14}. O que estes estudos têm em comum é que não se restringem ao aspecto biológico e, portanto, ampliam as possibilidades de intervenção dos profissionais de saúde.

As percepções dos profissionais mostraram aproximações tanto com a multicausalidade e a culpabilização dos indivíduos quanto com concepções mais amplas, associadas às condições de vida. Destaca-se que as diferentes percepções muitas vezes apareceram dentro de um mesmo discurso, evidenciando a coexistência das concepções tradicionais do processo saúde-doença, reflexo da formação dos profissionais, e a expressão da realidade que invade os consultórios ou é observada no território de abrangência das USF.

Processo de trabalho

As ações de SB apresentam características que decorrem dos problemas estruturais já discutidos, da falta de uma política municipal direcionada à mudança do modelo de atenção e da maneira como os profissionais compreendem o processo saúde-doença. De acordo com os entrevistados, o processo de trabalho caracteriza-se pela manutenção de práticas tradicionais, como o atendimento individual curativo e o trabalho preventivo em escolas: ***Com as crianças, a gente faz escovação supervisionada, palestrinhas, leva desenhos, fala sobre cárie, sobre os cuidados com a saúde bucal.*** (CD_Unidade1)

Estas práticas, para alguns, confundem-se com o processo de trabalho na ESF: ***Eu já fazia isso há muito tempo, dar palestra na escola, dar orientação, atender crianças, desde muito antes da implantação do PSF, então eu já fazia PSF!*** (CD_Unidade4)

Contudo, a atenção à SB no município apresenta inovações como, por exemplo, o trabalho com grupos: ***A parte preventiva, educativa, está sendo feita. Principalmente com os grupos, que a gente consegue reunir, hipertensos, diabéticos, gestante, recém-nascidos. É uma população que a gente consegue atingir bem.*** (CD_Unidade2)

Além de valorizar a educação em saúde, a atividade com grupos também é vista como uma nova perspectiva de acesso: ***Trabalhando com grupos de pais, com bebês, com crianças, eu acho que também amplia o acesso. É um caminho para fazer educação em saúde.*** (Médico_Unidade1)

Outro aspecto importante diz respeito ao trabalho em equipe. A formação do CD gera dificuldades para o profissional no sentido de romper com seu isolamento e integrar-se a outros membros da equipe para desenvolver as ações em saúde. Um entrevistado ilustra a postura habitual dos profissionais da odontologia, segundo sua percepção: **“Eu sou odontologia, eu sou uma outra coisa”. Aliás, “não dá porque a odontologia é diferente!”** (Enfermeiro_Unidade4)

A atuação nos moldes do gabinete dentário, a diferenciação na organização do processo de trabalho em relação aos demais membros da equipe, a organização da demanda em separado, a tradicional atuação do CD em atividades coletivas nas escolas e as próprias políticas ministeriais reforçam a diferenciação entre ESB e equipe de Saúde da Família.

Por outro lado, o trabalho multiprofissional surge como um movimento da equipe de Saúde da Família, buscando a aproximação com a ESB: **A gente tem buscado juntar esse pedaço de terra, para deixar de ser ilha. Imagina Santa Catarina e Florianópolis, a gente está tentando tirar a ponte e tentar juntar mesmo. Por enquanto a gente construiu a ponte, mas a gente quer trazer a odontologia e dizer: “você é um membro da equipe de saúde, você não é diferente!”** (Enfermeiro_Unidade4)

As situações mais evidentes de articulação estão relacionadas aos encaminhamentos internos e à disponibilidade dos profissionais para a resolução de demandas imediatas: **Dentro da unidade, a gente tem uma interação muito boa. Se eu preciso encaminhar uma gestante, se eu preciso encaminhar um paciente, eu tenho um acesso muito bom.** (Enfermeiro_Unidade3)

Outra situação diz respeito à apropriação da SB como campo de atuação pela equipe: **Quando um médico examina os dentes e fala o que está acontecendo com os dentes das pessoas, eu vejo que muitos usuários se surpreendem.** (Médico_Unidade1)

Apesar da relação amistosa, percebem-se poucas evidências de articulação objetivando a construção coletiva de intervenções: **Eu acho que não existe uma ínfima discussão dos casos em equipe, do envolvimento, de saber daquela família, pra gente fazer uma atenção mais integral.** (Médico_Unidade4)

Isso parece ocorrer, em parte, pelos poucos espaços institucionalizados destinados ao trabalho em equipe: **Então a gente não tem tempo nenhum para planejar. É assim, horariãozinho em que está esperando paciente, quando dá.** (Enfermeiro_Unidade2)

Mesmo quando há reuniões semanais de equipe, observa-se pouca presença do CD e ACD, o que pode ser atribuído à (in)compreensão sobre sua participação nestes momentos. Além disso, o CD habitualmente se restringe a dar conta de ações técnicas específicas em detrimento de suas atribuições gerais como profissional de saúde, as quais serão discutidas a seguir. A pouca familiaridade do CD em relação ao trabalho com bases epidemiológicas em nível local também é um fator a ser considerado.

Os entrevistados não enfatizaram a importância de ações de promoção da saúde e interseccionais, do uso de tecnologias leves e da interdisciplinaridade.

Em busca de novos caminhos

Os profissionais contribuíram com idéias sobre aspectos isolados, a partir das quais se procurou discutir alguns caminhos. Não foi possível identificar pontos comuns norteadores de mudanças no processo de trabalho.

Um primeiro ponto diz respeito ao perfil de práticas em SB. Na ESF, o processo de trabalho em SB passa a ser regido por diretrizes que divergem das características da prática hegemônica, como a integralidade da atenção, o trabalho multiprofissional e a ênfase nas ações de promoção de saúde. Assim, a ESF convida o CD ao desafio de ser, antes de um profissional de SB, um profissional de saúde: **Se eu fosse dentista, eu trocaria e procuraria ser uma dentista-enfermeira. Eu queria um dentista que fosse cuidador e não curador.** (Enfermeiro_Unidade4)

É reafirmando o papel de profissional de saúde que o CD ressignifica suas práticas. O tradicional “dentista curador” incorpora um novo campo de atuação para tornar-se um “dentista profissional de saúde”, que está atento não só aos problemas bucais, como também ao indissociável contexto em que os mesmos são gerados. É nesta transformação de olhares que residem as potencialidades da SB na ESF.

Na realidade pesquisada, o isolamento do CD limita sua capacidade resolutiva frente às necessidades dos usuários: **Às vezes, você vê a criança isolada, uma boca toda cariada, que ali por trás tem outros problemas, que teriam que ser investigados, trabalho em equipe. Não sou eu que vou lá na família. Não, a equipe vai arranjar alguma maneira para discutir os casos.** (CD_Unidade1)

Este depoimento evidencia que a intervenção precisa ir além da recuperação dos elementos dentários. Isso implica a ampliação do olhar dos

profissionais da ESB e sua participação em novos espaços. De forma análoga, a equipe de Saúde da Família também deve envolver-se no enfrentamento dos problemas de saúde bucal. Para tanto, é essencial que o entendimento sobre a prevalência e as repercussões das doenças bucais seja comum a toda a equipe, uma vez que a demanda muitas vezes é percebida em sua real intensidade somente pela ESB, assim como as informações acerca dos indicadores de saúde bucal costumam ficar restritas a estes profissionais.

No exemplo acima, a criança teria sua saúde restabelecida com o tratamento completado? As condições bucais não estariam se apresentando como “indicadores” de um contexto potencialmente gerador de outros problemas de saúde? Mattos¹⁵ afirma que considerar fatores de risco de outras doenças, que não as envolvidas no sofrimento concreto do paciente, ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos da integralidade. Os problemas bucais não estão isolados de outros problemas que estão sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família, o que requer a atuação integrada de todos os profissionais. Nesta perspectiva, pode ser apontado como um importante caminho o trabalho em equipe, entendido como transformador das práticas na direção da interdisciplinaridade.

Uma estratégia apontada pelos profissionais para fortalecer o trabalho em equipe é o Planejamento Local de Saúde: **Como você vai pensar de forma fragmentada? “Nós vamos fazer isso pra Saúde Bucal”. Aí você continua mantendo o sistema que funciona até hoje, então, tudo fragmentado. Então, eu acho que tem que trazer a odontologia pra dentro do planejamento geral.** (Médico_Unidade1)

A participação no processo de territorialização, a identificação dos problemas de saúde a partir de dados primários e secundários e as atividades de planejamento e avaliação das ações em saúde são atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família³: **Falta uma discussão maior dos problemas por área, porque a gente está muito distante. Trabalhar dentro da área, eu acho que esse é o caminho. Junto com a equipe de saúde, com ACS, para estar aproximando mais a gente.** (CD_Unidade1)

As reuniões semanais de equipe, mais do que um encontro restrito com ACS e enfermeiros, são um espaço privilegiado para o trabalho em equipe. A discussão de problemas de saúde, o acompanhamento de usuários ou famílias, o planejamento local de saúde e a discussão do processo de trabalho são alguns exemplos das atividades que poderiam ser desenvolvidas neste espaço.

O trabalho em equipe não garante, por si só, a mudança do modelo assistencial. Também se fazem necessárias, no processo de trabalho na ESF, tecnologias leves como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização¹⁶. Essas tecnologias foram pouco enfatizadas pelos entrevistados.

Um outro caminho importante é o da promoção da saúde. Entende-se que ações de promoção da saúde, que visem a melhorias na qualidade de vida, se expressam também em saúde bucal. Ao considerar que as várias tecnologias em saúde estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, Cecilio¹⁷ define a “integralidade pensada no macro”, sugerindo que a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço inter-setorial, como exemplificado: **Então teria que ter parcerias com a Companhia de Água e Esgoto, com o Conselho Tutelar, com outros órgãos e ONGs que nos ajudassem. É como eu te falei, a saúde como um todo.** (CD_Unidade2)

A população também é vista como uma possível parceira no trabalho em saúde, como expressado no depoimento: **Quem sabe a gente faz uma reunião com a comunidade, para eles ouvirem os problemas que a gente tem, e também para eles colocarem como eles vêem a Unidade de Saúde.** (Enfermeiro_Unidade2)

A participação da comunidade em espaços como os Conselhos Locais de Saúde ou em espaços não formais expressa uma das perspectivas do controle social em saúde, que diz respeito à participação da população no planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

O trabalho na escola e os grupos de educação em saúde estão entre as atividades que compõem o perfil de práticas dos sujeitos do estudo. No entanto, é necessário rediscutir e revitalizar as ações, como pontuado: **Eu vejo que esse trabalho das escolas, ele é importante, mas como ele vem padronizado há muito tempo, eu acredito que muitos dentistas perderam a noção do que ele é realmente. Ele acabou ficando muito rotineiro. Então eu acho que perdeu um pouco do porquê que se vai pra escola, qual é o motivo.** (Médico_Unidade1)

A escola, tradicionalmente receptora de ações pontuais do setor saúde, reúne uma importante faixa da população, tendo em vista o potencial educativo. A partir dela, pode-se mobilizar não só alunos como também suas famílias, através de um trabalho integrado com os educadores e de caráter permanente. A saúde trabalhada em feiras de ciências e a formação de multiplicadores das informações em saúde são algumas formas de se buscar efetiva articulação entre os conheci-

mentos dos setores saúde e educação. Também é papel dos profissionais identificar outros espaços, recursos ou parcerias na comunidade⁷, com o objetivo de desenvolver ações intersectoriais voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

Um avanço necessário é encontrar caminhos que levem a saúde bucal ao domicílio, pois os profissionais expressam dúvidas sobre este tema: ***Visita domiciliar alguns fazem, outros não. Eu nunca fiz. Chego lá e vou fazer o quê? Vou conversar?*** (CD_Unidade2)

A visita domiciliar é um recurso útil para a SB quando utilizada com objetivos bem delimitados, como em situações nas quais a dinâmica familiar interfere significativamente no processo saúde-doença e a presença do profissional *in loco* traz benefícios para a compreensão da realidade do usuário. Outro exemplo é o estabelecimento ou fortalecimento do vínculo, quando há problemas de adesão ao tratamento. A visita domiciliar também pode ser utilizada para intervenções curativas em pacientes impossibilitados de se deslocarem até a USF, considerando-se, neste caso, a disponibilidade de equipamentos adequados.

A transformação das práticas parece defrontar-se com algumas barreiras, especialmente no que diz respeito à estrutura e organização dos serviços e à formação e capacitação dos profissionais, bases sobre as quais são construídas. Essas dificuldades não permitem que os profissionais visualizem possibilidades de avanço a partir da incorporação de novas tecnologias. As melhorias em relação à adequação do número de profissionais, à organização e estruturação da rede de serviços especializados e ao processo de formação e capacitação aparecem como as sugestões mais evidentes em termos de caminhos a seguir.

Na ESF, a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado é um dos entraves à ruptura com o modelo hegemônico¹⁸. Neste sentido, apontam-se como caminhos as mudanças nas diretrizes curriculares, os cursos de pós-graduação e a educação permanente. Silva e Trad¹⁹ sugerem que o investimento na capacitação do conjunto da equipe pode propiciar um maior equilíbrio entre os diferentes sujeitos, constituindo-se num elemento facilitador na construção do projeto comum, como também é ressaltado pelos profissionais: ***Teria que fazer uma capacitação em todas as pessoas, tanto se tem especialista, recepcionista, todo mundo tem que estar entendendo a filosofia. Senão não adianta, eu estou falando uma linguagem e você está falando outra.*** (CD_Unidade1)

Outras sugestões apontadas pelos profissionais foram a realização de concurso público e a

elaboração de diretrizes municipais que orientem o trabalho na ESF.

Em nível ministerial, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal²⁰, publicadas em 2004, estabelecem ainda de forma incipiente as implicações operacionais da inclusão da SB na ESF. Em 2006, seis anos após a inclusão, é lançada pelo Ministério da Saúde a publicação “CADERNOS de Atenção Básica: Saúde Bucal”²¹, que traz avanços importantes na discussão sobre o papel da SB na ESF, destacando-se a ênfase no trabalho em equipe de forma interdisciplinar.

Os entrevistados compreendem que mudanças no processo de trabalho demandam tempo e também dependem da dimensão subjetiva dos profissionais, que não podem ser considerados como “criaturas meramente funcionais”, uma vez que possuem sua história, seus valores, seus objetivos e suas motivações²²: ***A gente tem que caminhar junto e demora até a pessoa amadurecer. Tem gente que está lá atrás no caminho, não alcança ainda, pela formação, pelo comprometimento, pelo conhecimento, por uma série de fatores, pela própria história de vida.*** (CD_Unidade5)

Considerações finais

O processo histórico de inserção da SB na ESF, os aspectos estruturais e as concepções acerca do processo saúde-doença confluem para a organização de um processo de trabalho que privilegia as características da prática hegemônica. O trabalho em SB requer uma atuação integrada de toda a equipe, que não esteja limitada à articulação técnica em situações pontuais e a encaminhamentos internos, mas que também busque a troca de conhecimentos e a construção coletiva de intervenções.

Alguns aspectos positivos apontam para a ESF, como a busca pela integração em direção ao trabalho em equipe, e algumas iniciativas de mudanças, notadamente o trabalho com grupos.

Constata-se que os CD e ACD têm consciência do impacto limitado de suas práticas, enquanto que a maioria dos demais profissionais considera que não há necessidade de mudanças significativas. Os caminhos visualizados estão mais relacionados aos problemas estruturais do serviço, enquanto as mudanças no processo de trabalho aparecem em segundo plano. Isso pode ser um indicativo tanto da real necessidade de melhorias estruturais, quanto do entendimento restrito sobre as potencialidades da SB na ESF.

É notório que os crescentes investimentos em SB nos últimos anos representam um avanço

importante na medida em que representam expansão de cobertura, mas há necessidade de intensificar as discussões sobre as mudanças no processo de trabalho em SB. O Ministério da Saúde apresenta iniciativa neste sentido com a publicação de "Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal"²¹, trazendo parâmetros importantes para qualificação das ações de SB na ESF.

Com a implementação de novas diretrizes para a SB sem a definição clara de suas implicações operacionais, e considerando-se ainda as dificuldades locais, a prática odontológica recebeu nova denominação, mas se manteve praticamente inalterada, como pôde ser observado no presente estudo.

Para que a SB envolva toda a equipe de Saúde da Família, é essencial que os profissionais tenham o entendimento de que o processo saúde-doença sofre influência de múltiplas dimensões,

inerentes ao viver. Assim, amplia-se o processo de intervenção sobre um problema que antes estava exclusivamente sob responsabilidade do CD.

A transformação da realidade requer a transformação dos olhares. A inserção do CD em uma equipe multiprofissional representa um primeiro passo neste sentido, na medida em que os profissionais se somam na construção de novos olhares e o CD amplia suas possibilidades de intervenção, reafirmando seu papel como profissional de saúde.

O presente estudo contribui no sentido de propor caminhos para incorporar ao processo de trabalho em SB os avanços conceituais da ESF. O processo de trabalho na ESF mostra-se como um importante tema para pesquisas futuras, assim como a abordagem mais aprofundada do processo de trabalho da SB na ESF.

Colaboradores

D Faccin e R Sebold participaram de todas as etapas da pesquisa e da elaboração do artigo. DL Carcereri participou como orientadora durante todo o processo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Narvai PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos; 2001.
3. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/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. **Diário Oficial da União** 2000; 28 dez.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União** 2001; 6 mar.
6. Carcereri DL. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no Estado de Santa Catarina** [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova 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 (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 29 mar.
8. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
9. Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.
10. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)** 2005; 9(16):36-48.
11. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e a reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 53-92.
12. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 233-97.
13. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist Cienc Saude-Manguinhos** 2006; 13(1):113-128.
14. Souza ECF. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: Ed. da UFRN; 2005.
15. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 39-64.
16. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Franco TB, Bueno WS, Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, organizadores. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-123.
17. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 113-26.
18. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)** 2005; 9(16):53-66.
19. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre profissionais. **Interface (Botucatu)** 2005; 9(16):25-38.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cader-nos de Atenção Básica - N. 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Azevedo CS, Braga Neto FC, Sá MC. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad Saude Publica** 2002; 18(1):235-247.

Artigo apresentado em 21/06/2007

Aprovado em 08/08/2008