

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, ahead of print

ISSN 1414-3283 (versão impressa); 1807-5762 (versão eletrônica)

O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência

La labor del cirujano dentista en la estrategia de salud familiar: Potencialidades y límites en la lucha por un nuevo modelo de atención

The work of the dentist in the family health strategy: Potentials and Limits in the struggle for a new model of assistance

[Esta é uma versão preliminar do texto, sujeita à normalização e à revisão pelo Corpo Editorial.](#)

GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2009. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2009.

Resumo

Este artigo é parte de tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/SC, que analisa o cotidiano de suas atividades com base na sua percepção. Discute-se como as atividades estão potencializando e/ou limitando a concretização da proposta da Estratégia em suas diretrizes e pressupostos. Foram entrevistados um representante da gestão municipal e 17 cirurgiões-dentistas, divididos nas 5 regionais de saúde. Os potenciais e limites apontados pelos entrevistados foram agrupados em 3 categorias: o olhar sobre o profissional e seu papel social; o olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde; o olhar sobre a gestão da política no espaço do município. Conclui-se que identificar os potenciais e limites permitiu vislumbrar caminhos para concretizar o novo modelo e superar dificuldades na construção da consciência sanitária de trabalhadores, gestores e usuários. Palavras-chave: Assistência Odontológica; Programa Saúde da Família, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article is part of a doctorate thesis about the dentist work in the family health program at Florianópolis/SC, Brazil, which analyses the activities of the public dentists from their point of view. It is discussed how the daily routines are potentials and/or limits to the accomplishment of the

strategy. A member of the administrative staff and 17 public dentists, divided among the 5 health areas, were interviewed. The potentials and limits pointed out were joined in 3 categories: the look to the professional and its social role; the look to the work in the health unit and the look over the politics administration in the city. To know those potentials and limits bring possibilities to make the new model come true and to discuss and endure the difficulties in the search for the health conscience of workers, managers and users.

Key Words: Dental Care; Family Health Program, Single Health System.

Resumen

El artículo forma parte de la tesis de doctorado sobre la labor del cirujano dentista en la Estrategia de Salud Familiar en Florianópolis/SC, donde se examinan sus actividades cotidianas a partir de su percepción. Se discute cómo sus actividades potencian y/o limitan la aplicación de la propuesta de la Estrategia. Para el estudio fueron entrevistados 17 cirujanos dentistas, divididos en las 5 regiones de salud. Las potencialidades y limitaciones fueron agrupadas en 3 categorías: la mirada sobre su función profesional y social; la mirada sobre su trabajo en el ámbito de la unidad de salud; la mirada sobre la gestión política en el ámbito municipal. Se concluye que identificar las potencialidades y limitaciones permitió vislumbrar caminos para la aplicación del nuevo modelo y la superación de dificultades en la búsqueda por la concienciación sanitaria de los actores involucrados. Palabras clave: Atención Odontológica; Programa de Salud Familiar, Sistema Unico de Salud.

INTRODUÇÃO

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, através da Lei Orgânica 8080, iniciava-se no Brasil um processo de reestruturação dos serviços. A saúde passa a ser vista não só como ausência de doenças, mas também em sua determinação social (Brasil, 1990). Segundo essa lógica, os serviços de saúde se organizam por meio de ações inseridas numa rede regionalizada e hierarquizada que prioriza a participação da comunidade e atividades preventivas sem prejuízo aos serviços assistenciais (Brasil, 2006). A implementação do SUS é um processo em permanente construção que traz na sua proposta um desafio constante para gestores e profissionais da saúde ao considerar saúde um direito social e dever do Estado (Lacerda e Traebert, 2006).

A atenção básica é o primeiro nível deste sistema e considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção de saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e

participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas públicos de saúde (Brasil, 2006).

A atenção básica tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para a reorganização do modelo assistencial de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, entendendo-se por modelo assistencial:

Um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político, com uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de determinada conjuntura epidemiológica e de certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco tecnologia (Campos, 1997, p.78).

Acredita-se que a ESF tem potencialidades como estratégia de mudança do modelo assistencial, podendo ser definida como *um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso pelas melhorias das condições de vida da população traduzidas em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados* (Levcovitz e Garrido, 1996).

Em 17 de março de 2004 o Governo Federal lança o BRASIL SORRIDENTE, Política Nacional de Saúde Bucal, com o intuito que ela se consolide verdadeiramente como a política do governo brasileiro para essa área, combatendo a exclusão social, edificando-se na universalização do acesso, na integralidade da assistência e no controle social (Brasil, 2004; Pucca-Jr, 2006; Narvai, 2008). Ela vem resgatar o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica por meio de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Através dos seus pressupostos, a política nacional de saúde bucal vem reforçar a ESF como importante estratégia de reorganização da atenção básica que traz no seu âmago um grande desafio que diz respeito ao processo de trabalho. Ao colocar para a saúde bucal a proposta de inseri-la em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam, trazendo o desafio de trabalhar em equipe (Brasil, 2004).

Ao longo do tempo, a organização e as relações de trabalho vêm sofrendo modificações, mas

continuam marcadas pela divisão do trabalho, ou seja, pelo parcelamento das racionalidades assistenciais e pela especialização e fragmentação profissional mantendo uma rotina de execução de tarefas e cada grupo profissional fica responsável por parte da assistência (Pires, 1999; Tavares, 2006; Scherer, 2006).

A Estratégia Saúde da Família objetiva causar um impacto sanitário através da reorientação das tecnologias e do processo de trabalho vigente até então. Enquanto modelo tecnoassistencial, aponta em direção ao respeito e ao comprometimento ético quando propõe a articulação da atuação de trabalhadores com diferentes formações técnicas com o objetivo de atender à saúde e às necessidades dos cidadãos de forma integral (Scherer, 2006). E enquanto instrumento de luta política, batalha pela inclusão, emancipação e autonomização das pessoas, buscando construir a consciência sanitária e efetivar a cidadania (Garrafa e Pyhrro, 2008).

No caso da atenção à saúde bucal dentro da ESF *vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de produzir o cuidado em saúde bucal* (Brasil, 2004).

Esses novos fazeres e práticas materializam-se em tecnologias de trabalho usadas para produzir saúde. Essas tecnologias devem ser entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo, podendo ser: máquinas e instrumentos, recursos teóricos e produção de relações que envolvem a subjetividade. As tecnologias de trabalho têm relevância na configuração do modelo de assistência porque ajustam, no cotidiano, o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo a capacidade de absorver demanda e de efetivamente resolver os problemas de saúde (Franco e Merhy, 2003).

A inserção da Odontologia na ESF em Florianópolis/SC aconteceu apenas no segundo semestre de 2004, sendo, portanto, um processo ainda em construção. Nesse contexto, realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa que resultou em uma tese de doutorado sobre o trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Florianópolis/SC, com base na percepção desse trabalhador.

O presente artigo traz parte dos resultados desta tese e tem como objetivo discutir e analisar como o cotidiano das atividades dos profissionais nas unidades de saúde do município está potencializando e/ou limitando a concretização da proposta da Estratégia de Saúde da Família nas suas diretrizes e pressupostos.

METODOLOGIA

A coleta dos dados aconteceu em 2 etapas. Primeiramente foi aplicado um questionário em uma amostra de 40 cirurgiões-dentistas (CDs) da rede assistencial do município. Considerando as respostas dos questionários, partiu-se para a segunda etapa, quando foram selecionados 25 CDs

(5/por regional de saúde=Norte, Sul, Leste, Centro e Continente) dos quais foram entrevistados 17 obedecendo ao critério de saturação da amostra. Os critérios para seleção dos entrevistados se basearam em 4 pontos principais: **a)** tempo de formatura **b)** formação pós-graduação; **c)** tempo de trabalho na rede assistencial de Florianópolis e **d)** tipo de vínculo empregatício. Tentou-se fazer uma amostra por regional com características heterogêneas, ou seja, que englobasse profissionais com todas as características descritas. As entrevistas semiestruturadas foram norteadas por instrumento próprio composto por 14 questões abertas.

Vale destacar que a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual usada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde para interromper a captação de novos componentes, determinando o tamanho final da amostra do estudo (Fontanella, 2008). Essa interrupção se baseia no fato de que, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a repetir-se, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Neste trabalho, as primeiras 7 entrevistas indicaram um evidente acréscimo de ideias e percepções diferentes sobre os significados dos tópicos abordados. A partir da 8ª entrevista os acréscimos foram rareando até que deixaram de aparecer na 11ª entrevista. Decidiu-se fazer mais 6 entrevistas para confirmar as repetições e para que fossem totalizadas 4 entrevistas por regional, com exceção da regional Centro, que participou com apenas uma, devido à recusa dos profissionais contatados. Todas as entrevistas foram realizadas no mês de julho de 2008 e tiveram duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFSC, que o aprovou em dezembro de 2007. Foi solicitado consentimento de todos os entrevistados para o preenchimento do questionário e para a realização e registro das entrevistas através de gravação em fitas de áudio, utilizando nome de cores como codinomes para preservar-lhes a identidade.

Para auxiliar na análise das entrevistas, utilizou-se o *software* para análise de dados qualitativos ATLAS-TI. As entrevistas foram colocadas no programa e através dele foram feitas a pré-categorização dos dados e a organização das categorias de análise obedecendo à técnica de análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 1994).

A análise e discussão dos dados da tese, assim como a confecção do roteiro de entrevistas, partiram de referenciais teóricos que contemplam conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica, em especial a Política Nacional de Saúde Bucal, e da Estratégia de Saúde da Família; da Bioética de Intervenção e do Processo de Trabalho. Esses conceitos-chave foram organizados numa *matriz analítica* e sua aplicação ao estudo foi determinada. É importante ressaltar que cada um dos artigos resultantes da tese enfocou um assunto referente ao trabalho do cirurgião-dentista na ESF e, por conta disso, os referenciais teóricos aparecem de forma diferenciada em cada um deles.

Como no presente artigo buscou-se identificar os potenciais e limites do cotidiano do trabalho do cirurgião-dentista na busca pela efetivação da Estratégia de Saúde da Família, os referências

utilizados nas discussões foram justamente os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica e de Saúde Bucal e da ESF; e o processo de trabalho.

POTENCIAIS E LIMITES DO TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS/SC

Os potenciais e limites apontados pelos entrevistados foram agrupados em 3 categorias: o olhar sobre o profissional e seu papel social; o olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde; o olhar sobre a gestão da política no espaço do município

O olhar sobre o profissional e seu papel social

Os dados dos questionários respondidos pelos cirurgiões-dentistas mostraram que a força de trabalho, na sua maioria, está formada no curso de graduação há mais de 10 anos; realizou cursos de pós-graduação, inclusive na área de saúde pública e/ou coletiva, e são funcionários efetivos da rede assistencial há mais de 10 anos.

Segundo alguns entrevistados, essa característica relacionada à realização de cursos de pós-graduação na área de saúde pública evidencia a formação adequada e o comprometimento dos profissionais com a atuação na ESF, sendo, portanto, apontada como um potencial para a efetivação da Estratégia:

Eu acredito que um dos grandes potenciais é a minha formação, a minha pré-disposição de querer estar dentro da Saúde da Família. Trabalho na Saúde da Família, nos moldes que é de verdade, dá muito trabalho, é muito mais fácil fazer o “feijão com arroz”. A minha formação contribuiu pra eu estar buscando isso. (Índigo)

Os trabalhadores de saúde podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais, devendo-se construir uma nova ética entre eles, baseada no reconhecimento de que os serviços de saúde são um espaço público e que o trabalho ali desenvolvido pauta-se por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento dos direitos de cidadania em torno da assistência à saúde (Franco e Merhy, 2003).

A construção do novo modelo pressupõe a formação dessa nova subjetividade entre os trabalhadores. Alguns, por já estarem pré-dispostos a usar esses valores na prática profissional, sentem-se realizados profissionalmente e fazem da sua atuação um potencial, enquanto outros não se sentem preparados para os desafios, fazendo da frustração e da desilusão limites para seu trabalho:

Aqui o potencial humano é muito bom. São pessoas muito humanas, muito preocupadas em fazer um serviço bem feito e que a comunidade goste. (Lavanda)

Eu estou bem frustrada. Eu acho que eu não tenho o perfil. Eu acho que é uma Estratégia que funcionaria se fosse possível aplicá-la, eu acho muito utópico, não tem como. (Carmesim)

Além de profissionais frustrados e desiludidos, a rede pública do município ainda lidava, na época da coleta dos dados, com o problema da falta de profissionais ou da contratação temporária, o que gera outro problema para o bom funcionamento da ESF: a rotatividade.

O que está limitando a atenção em saúde bucal no momento é a falta de dentista. A gente poderia estar desenvolvendo muita coisa e não está. A rotatividade criada com a contratação temporária de profissionais (que só ficam 2 anos) também é ruim porque quando está criando o vínculo com a comunidade, eles saem. (Âmbar)

A falta de profissionais pode ser suprida pelos concursos públicos realizados em março e novembro de 2008. A prefeitura já havia contratado alguns profissionais aprovados no concurso de março, faltando iniciar a contratação dos aprovados no concurso de novembro de 2008 (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2009).

No entanto, é pertinente comentar que a precarização do trabalho – expressa, entre outras formas, no contrato temporário de serviço – implica mudanças nas relações de trabalho e maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores, que acabam não se vinculando totalmente ao serviço, pois sua permanência é curta. “Este vínculo só se estabelece por meio do acompanhamento longitudinal das famílias, da relação de confiança conquistada através do tempo em que se atua na comunidade adscrita ao território de responsabilidade” (Assunção, 2003).

As relações de confiança também são construídas com base na presença do profissional da Odontologia nas equipes de saúde. Entretanto, ao colocar para a saúde bucal a proposta da sua inserção em uma equipe multiprofissional, a ESF afrontou valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que a antecederam (Brasil, 2004). O desafio de aceitar essa nova forma de trabalhar se coloca não só para a gestão, como também para o restante da equipe de saúde e para a comunidade.

Quando se pensa no trabalho do cirurgião-dentista, imagina-se o quê? Um profissional fechado dentro de seu consultório, realizando exclusivamente atividades clínicas. Essa é, inclusive, a imagem transmitida dentro das universidades pela maioria dos professores aos futuros profissionais, e, por consequência, essa é a imagem que povoa o imaginário das pessoas e que se consolidou como o papel social do cirurgião-dentista.

Assim, um profissional de saúde bucal que não esteja, exaustivamente, trabalhando na sua cadeira, atendendo pacientes, não estaria correspondendo ao que é esperado dele. A inserção dos

profissionais nas atividades de grupo, nas visitas domiciliares e em tudo que remeta à saída do consultório – atividades essas previstas nas atribuições dos cirurgiões-dentistas na ESF - ainda causa estranheza e desconfiança.

Esses sentimentos se manifestam tanto entre os integrantes das Equipes de Saúde da Família como na própria comunidade atendida, representando, muitas vezes, um limite para que o novo processo de trabalho se efetive:

Sem dúvida nenhuma a própria comunidade (é um limite). Eles não viram com bons olhos isso (a inserção do dentista na ESF). Tu tentas iniciar e as pessoas te limitam, a comunidade quer o atendimento curativo dentro do consultório, e pra grande maioria, o atendimento dentro do consultório é que é atendimento. Ir na casa não é atendimento, ir na escola não é atendimento, pra eles isso não é trabalho de dentista. Dentista tem que estar dentro da sala tampando buraquinho. (Carmesim)

Eu brinco sempre assim: o dentista tem que deixar de ser o ET da equipe, porque historicamente ele é o ET da equipe. Quem é mais “metido”, como eu, participa das reuniões e diz que não é só abrir e fechar buraco, que não, eu não vou ficar só no consultório. E a partir daí, eu comecei a ter um pouquinho mais de respeito dos profissionais. (Damasco)

O olhar sobre o trabalho no espaço da unidade de saúde

Boa parte das atividades das equipes de saúde da família acontece dentro das unidades básicas de saúde, sendo importante que a estrutura física dê conta das demandas das atividades e possibilite atividades clínicas seguras e humanizadas.

Vários profissionais reclamaram das precárias condições de suas unidades, comprometendo inclusive a biossegurança do atendimento clínico:

Outro limite é o espaço físico da unidade. A construção de uma nova unidade já entrou no orçamento do município duas vezes e já saiu, porque como essa comunidade é pequena e não tem importância pra eles, eles fizeram outra coisa com o dinheiro. Local pra esterilização não tem, é tudo enjambrado, as agentes de saúde vêm aqui trabalhar e não têm sala pra fazer reunião de grupo. (Grená)

Condições ruins para a esterilização de instrumentais, atividade básica relativa ao controle de infecções e contaminações cruzadas podem pôr em risco tanto a saúde de profissionais como a do próprio usuário do serviço.

As características da estrutura física das unidades trazem ainda outro limite para a atuação dos profissionais. Muitos consultórios odontológicos foram construídos para receber mais de uma

cadeira odontológica, o que, conseqüentemente, faz com que, se forem utilizadas ao mesmo tempo, vários profissionais e pacientes convivam dentro de um mesmo ambiente. Essa realidade compromete o sigilo das informações trocadas no âmbito das relações profissionais:

A gente tem duas cadeiras e não utiliza porque não tem divisão, é difícil, porque como é que a gente vai conversar com o paciente? Não tem como fazer, ele nunca vai te dizer as coisas. (Marfim)

A confidencialidade das informações compartilhadas no ambiente da relação profissional-paciente deve ser respeitada como garantia dos direitos do paciente, além do respeito a um princípio ético que garante o sigilo das informações fornecidas aos profissionais de saúde (Fortes, 1998).

Além da estrutura física das unidades, os entrevistados também mencionaram os materiais de consumo e equipamentos (cadeiras odontológicas e fotopolimerizador, entre outros) que utilizam, mas dessa vez, como um potencial para seu trabalho.

Apesar disso, houve reclamações em relação à manutenção de equipamentos (equipos, móveis, ar-condicionado), pela dificuldade e demora em conseguir a assistência técnica, e por materiais que possibilitariam um melhor atendimento da população, como aparelhos eletrônicos para profilaxia.

Ressalta-se que a ESF demanda bons clínicos que precisam de boas condições de trabalho para suprir as necessidades dos cidadãos:

Temos problema de comunicação, de você ter que ligar uma, duas, três, quatro, cinco, seis vezes pro setor dos consertos e eles não darem retorno. Falta muito apoio. (Grená)

Em relação ao material de consumo a gente não tem tido problema. Alguma coisa de equipamento que se pede e não se consegue comprar, por exemplo, os ultrasons, para fazer limpeza de tártaro na atenção básica, para qualificar um pouco, ajudaria bastante e facilitaria o trabalho. (Damasco)

A unidade básica de saúde é o local onde praticamente todas as atividades/ações/relações de trabalho acontecem, não surpreendendo que ali ocorram conflitos que tanto potencializam como limitam a assistência à saúde.

Em todas as unidades um(a) coordenador(a) atua como gestor local, fazendo a ligação entre a Secretaria Municipal de Saúde, os trabalhadores e os usuários. Houve relatos variados sobre a relação dessa pessoa com os cirurgiões-dentistas. Alguns exaltaram a atuação de seus coordenadores como facilitadores de seu trabalho, enquanto outros destacaram que o trabalho da coordenação determina o desenvolvimento (ou não) da ESF:

A nossa coordenadora conseguiu grandes coisas pra gente. Ela conseguiu melhorias pro posto de saúde, ela é uma pessoa que procura trazer a equipe junto, procura conversar, ela ouve os funcionários. Eu acho que isso é muito importante porque você tem que se sentir apoiado. (Lavanda)

Se a coordenação local não for capacitada pra desenvolver a Estratégia de Saúde da Família, só se vai tocar programa vertical que vem do ministério. A equipe sozinha não anda, o motor da equipe é o coordenador, não é o médico, não é o dentista, é o coordenador da unidade. (Rubro)

Assim como o trabalho da coordenação, o planejamento local também foi citado como ponto determinante para concretização da ESF, mas, segundo vários entrevistados, ele não está acontecendo, minando essa possibilidade:

Eu entendo que a ESF tem que ser mais bem discutida e ver o que se pretende na realidade. O planejamento local, que é um componente especial da implantação da ESF, não existe em lugar nenhum. Falam que nós temos que fazer o mínimo, o mínimo é atender escolas, fazer programinha de bochecho em escola, é a forma de tirar o dentista da unidade. Mas isso já se faz há trinta anos! Em absoluto isso é ESF! Tem que passar pelo planejamento local, se você quer fazer atividades coletivas, tu tens que procurar as populações de maior risco e intervir de forma coletiva. (Rubro)

O planejamento e a programação envolvem sujeitos dotados de vontade política, não apenas instrumentos para manter determinada situação, mas também instrumentos de mudança e de transformação. Trata-se de fazer não só o que é tecnicamente possível, mas principalmente o que é necessário para solucionar os problemas reais da população de determinado território (Silveira-Filho, 2002).

Planejar a partir da identificação, descrição e análise dos determinantes sociais dos problemas de saúde implica definir objetivos, metas, ações e atividades que serão realizadas para enfrentar os problemas de saúde identificados e priorizados na área, estabelecendo responsáveis, prazos e recursos envolvidos (Teixeira e Paim e Vilasbôas, 1998).

No planejamento local reside o nó crítico da demanda clínica reprimida, que acaba por “engolir” o profissional, levando alguns a dedicar 100% do seu tempo às atividades dentro do consultório odontológico:

A minha população são sete mil pessoas: duas equipes de PSF, e só tem um dentista, então eu cubro duas áreas. É terrível, eu me sinto assim: a torneira está aberta e eu estou ali enxugando e o negócio não resolve, é uma coisa que frustra o profissional. (Coral)

Outra limitação que eu vejo é o profissional se deixar ser engolido pela demanda. Eu acho que é algo que daria pra interferir com a organização das agendas. Com a questão das escolas nós também temos os dentistas que não vão porque o coordenador, com a pressão da demanda, diz que ele não pode sair. (Damasco)

A realização de atividades externas às unidades é garantida por lei (Brasil, 2006b), no entanto, os cirurgiões-dentistas sofrem pressão da coordenação local para permanecerem no consultório realizando atividades clínicas. Quando conseguem sair da unidade para realizá-las, muitos se sentem inseguros pela falta de planejamento, principalmente das visitas domiciliares: Eu me inseri na visita domiciliar junto com a equipe, mas fico me perguntando se tem sido produtivo, porque eu vou na casa da pessoa, faço um exame, mas é mais pra me apresentar e dizer que tem um serviço disponível. (Alizarim)

As visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas: um relacionado à otimização dos recursos humanos disponíveis para assistência à saúde, não sendo recomendado que profissionais façam visitas domiciliares sem explícita indicação. Considera-se uma diretriz pouco eficiente a visitação de profissionais sem que eles nem mesmo saibam o que vão fazer em determinado domicílio (Franco e Merhy, 2003).

Outro aspecto diz respeito à intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sua privacidade e sua liberdade. A privacidade é um princípio derivado da autonomia e engloba a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (Fortes, 1998). Cabe aos profissionais de saúde estabelecer condições para que cada cidadão possa decidir, de forma autônoma, se quer receber, ou não, visita das equipes de saúde e quais informações deseja partilhar com elas.

Portanto, as visitas domiciliares só se justificam se forem realizadas com o consentimento das famílias e direcionadas para situações em que realmente são necessárias, como para executar uma consulta, um procedimento de baixa complexidade e demais ações que demandem a presença dos profissionais; caso contrário, sua presença na casa das pessoas só reforça a ideia de que a população depende do profissional de saúde (Franco e Merhy, 2003).

Todavia, o mais importante é que a inserção do cirurgião-dentista nessa atividade aconteça de forma organizada e dentro do planejamento da equipe multidisciplinar. Esse foi um dos assuntos que mais gerou opiniões variadas dos entrevistados: a inserção do trabalho do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional.

De acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde, o estabelecimento de equipes multiprofissionais é um dos elementos chave para desenvolver o trabalho na Saúde da Família, pressupondo integração entre os membros da equipe (Almeida e Mishima, 2001). Mas para os profissionais da rede essa inserção não acontece tão naturalmente, dependendo muito do interesse e do esforço do próprio odontólogo para superar o "isolamento histórico" da profissão:

A gente na verdade tem que se integrar, porque a Odontologia tem aquela história de seu cantinho, a salinha à parte, ninguém se mistura, eu já escutei isso: a odonto não se mistura. (Carmesin)

Não. (nós não somos) Uma equipe multiprofissional como é caracterizada no PSF não, a gente é um grupo multiprofissional que trabalha em conjunto e que troca figurinhas, atividade multiprofissional como se pretende para o PSF não realizamos. (Rubro)

Essa dificuldade dos profissionais no trabalho em equipe multiprofissional também foi detectada em trabalho realizado com municípios do sul de Santa Catarina (Lacerda e Traebert, 2006). O trabalho tinha como objetivo principal implementar uma proposta de atuação de uma equipe de saúde bucal na ESF, baseada na construção conjunta feita em oficinas de reflexão sobre a atuação das equipes nesses municípios que apontaram vários problemas ou limites para a efetivação da proposta da ESF.

Como a multiprofissionalidade diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais para lidar com a complexidade que é a atenção primária (Peduzzi, 1998), alguns profissionais questionam se realmente seria possível atuar segundo essa lógica, já que na verdade ela não existiria nas unidades do município:

Esse é um desafio sem limites. Porque o que é uma equipe multiprofissional? A equipe de saúde bucal, que já é outra equipe, nem foi conseguida inicialmente, nasceu como anexo! Imagine nutricionistas, psicólogas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas. E assim vai indo a equipe multiprofissional só na nossa consciência. Você vai praticando outra coisa. Como você vai manter aquele saber, aquela consciência inicial se na prática isso não se realiza? Eu falo que é uma escola que vai ensinando torto na prática. (Lavanda)

O olhar sobre a gestão da política no espaço do município

Os serviços que mudaram seus modelos através da reorganização de seu processo de trabalho, fizeram-no a partir de diretrizes das Secretarias de Saúde, que possibilitaram a cada profissional inaugurar novas práticas a partir dos seus microespaços de trabalho e poder (Franco e Bueno e Merhy, 1999; Franco e Merhy, 2003).

Esse apoio, tão importante para efetivação da proposta da ESF, é percebido de formas variadas pelos entrevistados. Alguns reconhecem na gestão municipal uma aliada ao seu trabalho; outros identificam falta de apoio e a apontam como limitante, sentindo-se até marginalizados, e outros ainda, cobram da Secretaria de Saúde uma posição sobre a efetivação da ESF, estabelecendo objetivos claros e parâmetros de avaliação para nortear o seu trabalho: Eu acho que tem a vontade da nossa coordenação de odonto que é muito empenhada em melhorar. Eu acho que a gente tem abertura e apoio sim. (Jambo)

Que estímulo que eu tenho diante de todas as dificuldades que nós encontramos para continuar? Dificuldades são muitas, a marginalização que nós enfrentamos por parte da Secretaria de Saúde é algo terrível, a unidade é marginalizada, a unidade é esquecida e a Secretaria na minha opinião é quem tem a maior parcela de culpa nisso. (Índigo)

Eu acho que a Secretaria devia levar mais a sério o que é a Estratégia da Saúde da Família, você tem que fincar o pé e dizer o modelo de atenção à saúde é a ESF, e não dizer que cada unidade vai fazer como quiser ou vai ficar na mão do coordenador. Eu acho que isso não pode, por mais que se fale em descentralização, em realidade local, você tem que ter um ponto de apoio na Secretaria, e que a partir dali se estabeleçam objetivos mínimos e uma definição de caminhos. (Lavanda)

Houve avanço nos mecanismos e nos instrumentos de acompanhamento e avaliação utilizados pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, quando comparados com as antigas práticas das instituições federais centradas no cumprimento de metas de produção ou de metas de programas verticais. Os sistemas de informação também se diversificaram, disponibilizando um leque amplo de dados que tendem a ser mais integrados por meio desse instrumental (Conill, 2002).

Todos esses recursos, no entanto, não parecem adequadamente utilizados no município, levando alguns profissionais a se sentir “perdidos” sobre o caminho a tomar na sua prática:

Ultimamente uma coisa que eu tenho sentido como limite é não ter parâmetro para a Odontologia, eu sinto muita falta disso, porque sem isso a gente não avalia o nosso trabalho, então não planeja, e então quem gesta, gesta como quer porque tudo esta valendo, não tem parâmetros. Eu estou sentindo muita falta não de descobrir parâmetro, mas de discutir parâmetros que já existem, que já foram pesquisados, que já são usados, e eu sairia desse túnel de dúvidas. (Rútilo)

Segundo os pressupostos da política nacional de saúde bucal deve-se *utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento; deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações; e, acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos* (Brasil, 2004).

Todos avaliam de alguma forma suas atividades cotidianas, e o adequado seria que esse esforço fosse sistematizado para que as medidas, as comparações e os julgamentos feitos possibilitassem o redirecionamento das ações e um melhor desempenho da equipe (Conill, 2002). Uma forma de avaliação que não envolve epidemiologia, mas que pode favorecer o planejamento de ações e é apontada como potencial pelos entrevistados são as reuniões de classe, tanto as que

reúnem todos os profissionais da rede com a coordenação municipal, quanto as que acontecem em algumas regionais, somente entre os profissionais:

Eu acho que uma conquista legal do pessoal da regional foi uma reunião que a gente consegue fazer entre os dentistas pra discutir os problemas que temos e levar para a reunião técnica. Nós discutimos também essa questão da inserção na equipe, de como lidar com isso, as nossas dificuldades, discutimos todo o mês, conquistamos esse espaço para estarmos nos fortalecendo. (Coral)

A troca de experiências e a discussão de problemas entre os profissionais são atividades com as quais os profissionais só têm a ganhar, principalmente se busca a inserção e melhor adaptação à ESF.

Uma situação que depende totalmente da gestão da política no município e que foi apontada pela totalidade dos entrevistados como grande limite de seu trabalho na ESF é a falta de um serviço de referência para atenção especializada que seja de fácil acesso e que dê conta da demanda:

O limite seria as referências, as especialidades, porque eu não consigo encaminhar um paciente pra endodontia, e me limita demais, acaba o paciente perdendo o dente. (Turquesa)

A assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase completamente aos serviços básicos. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (Brasil, 2004). É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal em quase todos os sistemas locais de saúde. *No setor odontológico, a expansão da rede assistencial na atenção secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, são necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços* (Narvai e Frazão, 2008).

O Ministério da Saúde tem contribuído, desde 2004, com a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Os CEOs são unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, sempre integrados ao processo de planejamento loco-regional, que devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares. Nesses procedimentos incluem-se, dentre

outros: tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgico compatíveis com esse nível de atenção.

No momento da pesquisa o município apresentava 2 CEOs: um localizado na UFSC e outro na sua parte continental, que na percepção dos entrevistados, não estavam atendendo a demanda, além de apresentarem dificuldades para o acesso aos serviços que ofertam. No estudo de caso da implantação de Equipes de Saúde da Família em Florianópolis entre os anos 1994-2000 (Conill, 2002) – quando ainda não estavam implantadas as Equipes de Saúde Bucal – já haviam sido detectados, além de problemas decorrentes da insuficiência de recursos humanos, a precariedade na referência para serviços especializados na área médica. Concluiu-se que essa barreira poderia comprometer a integralidade da atenção, dificultando a continuidade e prejudicando a qualidade como um todo.

Por último, no olhar sobre a gestão da política no espaço do município, discute-se o processo de educação permanente dos profissionais da rede. Grande parte dos entrevistados mencionou a boa oferta de capacitações em saúde geral: controle do tabagismo, aleitamento materno, saúde do trabalhador; e os cursos de especialização multiprofissionais em saúde pública e saúde da família, que são oferecidos a alguns profissionais da rede a cada turma que se inicia. Apesar disso, foram unânimes em apontar como limite a falta de oferta de cursos clínicos específicos para Odontologia, mencionando a falta de iniciativa e apoio da gestão municipal para organizar essa reciclagem:

A pessoa fica oito horas numa unidade de saúde, todos os dias, quarenta horas por semana, que horas que ela vai sair pra fazer um curso de atualização, de especialização? Vai fazer no final de semana? E se a pessoa tem filho, tem família? Então eu acho que a prefeitura tinha que trazer esses cursos pra atualizar os profissionais e melhorar a qualidade de seus recursos humanos. A Odontologia há vinte anos era completamente diferente de hoje, tem gente que está há vinte anos na prefeitura e está fazendo a Odontologia de vinte anos atrás. (Coral)

A valorização dos profissionais da saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação é um dos fundamentos da atenção básica, sendo de responsabilidade conjunta das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Os conteúdos mínimos do processo de educação permanente devem priorizar as áreas estratégicas da atenção básica, acrescidos das prioridades estaduais e municipais (Brasil, 2006b).

O que também chamou a atenção foi que o processo de capacitação das Equipes de Saúde Bucal deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do curso introdutório para toda a equipe (Brasil, 2006b). Entretanto, a maioria dos entrevistados disse que não teve acesso a esse curso quando assumiu o trabalho na ESF:

Não foi oferecido, aqui não teve. Eu fiz em outra prefeitura onde trabalhei, mas aqui não, em nenhum momento me chamaram pra fazer. (Jambo)

Não, nem sei o que é isso, curso introdutório. (Carmesin)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização da Estratégia de Saúde da Família e a consolidação do cirurgião-dentista nessa nova realidade da atenção à saúde bucal no município de Florianópolis/SC é um processo em construção, iniciado há menos de 5 anos.

Nessa realidade, é importante analisar os pequenos atos do cotidiano, pois são eles que dão perfil novo à assistência, articulando trabalhadores, gestão e usuários, todos sujeitos de um mesmo processo que é a produção de saúde.

Essa análise foi permeada pelo olhar de conceitos-chave da Política Nacional de Atenção Básica, mais especificamente de Saúde Bucal; da ESF e do Processo de Trabalho. Através deles discutiu-se a busca pela integração da Odontologia e do cirurgião-dentista às Equipes de Saúde da Família e todos os seus dilemas: integralidade da assistência, vínculo com a comunidade atendida, trabalho multiprofissional e em equipe, valorização profissional, condições de trabalho, entre outros.

Os principais potenciais identificados pela pesquisa foram: o perfil e a formação profissional adequados à saúde pública; equipamentos e materiais de consumo adequados e suficientes a uma boa atividade clínica e as reuniões de classe organizadas com a coordenação municipal e nas regionais de saúde. Os principais limites, que apareceram em número consideravelmente maior que os potenciais, foram: a falta de profissionais; a estrutura física ruim das unidades, comprometendo principalmente a biossegurança e a confidencialidade dos tratamentos; a falta de apoio da coordenação local das unidades de saúde; a falta de planejamento local e de parâmetros para definir as estratégias de atuação; a dificuldade de inserção nas equipes multiprofissionais; a demanda clínica reprimida; a falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde; a falta de um serviço de referência de fácil acesso e que supra a demanda; a falta de cursos clínicos de capacitação específicos para Odontologia; e a grande desconfiança por parte da comunidade e dos outros integrantes da equipe de saúde quanto ao exercício de atividades nada convencionais ao cirurgião-dentista, como: visitas domiciliares, reuniões de equipe, participação em atividades de grupo, entre outros.

Identificar esses potenciais e limites percebidos pelos cirurgiões-dentistas no seu trabalho cotidiano tornou possível, em primeiro lugar, saber o que pensam esses profissionais, que, de acordo com eles mesmos, quase nunca têm a oportunidade de expressar suas frustrações e expectativas. Além disso, possibilitou conhecer os caminhos e também os entraves para a

concretização do novo modelo, havendo a possibilidade de discuti-los, aperfeiçoá-los ou superá-los na busca pela construção da consciência sanitária de trabalhadores, gestores e usuários.

A mudança tão sonhada do modelo de assistência pode ser viabilizada com a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais das equipes de saúde e com o empenho das instituições responsáveis pela gerência do serviço. Na Odontologia, essa reorganização mexe com antigos hábitos e até com o próprio ensino formal, que tem dificuldade para formar recursos humanos comprometidos com o processo de trabalho no SUS.

Mas a luta depende muito dos próprios cirurgiões-dentistas, que devem mudar sua postura profissional: de isolados e enclausurados, para participativos e envolvidos com o papel social da Odontologia. Dessa forma podem contribuir com a concretização de uma proposta que busca melhorar a atenção à saúde através da inclusão social, da emancipação e da autonomização de nossa população, fortalecendo a construção da consciência sanitária. *A luta pela conquista cotidiana da saúde é ao mesmo tempo, a luta pela afirmação do cidadão e dos seus direitos* (Narvai, 1991).

Colaboradores

ERG é autora da tese de doutorado que deu origem ao artigo e responsabilizou-se pela redação do mesmo. FRSR é orientadora da tese de doutorado e responsabilizou-se pela revisão do mesmo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p. 150-3, 2001.
- ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, p. 1005-18, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: 2004.
- CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação – algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a estratégia de saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006. p.115-136.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.75-89.
- CONNILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 191-202, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTES, P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo: EPU, 1998.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J. (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.135-157.

GARRAFA, V.; PYRRHO, M. Bases Epistemológicas e Políticas da Bioética da Intervenção. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.298-308.

LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a estratégia de saúde da família**. Tubarão: Unisul, 2006.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado.

Cadernos Saúde da Família, v. 1, n. 1, p.3-8, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648**, 28 de março de 2006. Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei **Orgânica da Saúde nº 8080**. Brasília: MS, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. **Saúde bucal das famílias**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1-20.

NARVAI, P. C. Saúde Bucal e Cidadania. In: I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1991, São Paulo, 1991. (mimeo)

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998.

Tese (Doutorado) - Faculdades de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T.; KIRCHHOF, A. L.; CAPELLA, B. et al. (Orgs.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**.

Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p.23-48.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS [página na Internet]. Florianópolis (SC): PMF; 2009 [acesso em 2009 Mar 19]. Disponível em: www.pmf.sc.gov.br/saude

PUCCA-JR, G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p.243-246, 2006.

SCHERER, M. D. A. O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2003.

SILVEIRA-FILHO, A. D. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, p. 36-43, 2002.

TAVARES, C. M. A. A atuação da enfermeira: uma contribuição para a prevenção do câncer ginecológico. Tese (Doutorado)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TEIXEIRA, T. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, 1998

Como citar este artigo:

■ **Formato Documento Eletrônico (ABNT)**

GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface – Comunic., Saúde, Educação**. Botucatu. Disponível em:

<<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo171pdf>>. Acesso em:Pré-publicação.