

A Universidade, o CEO e o PMAQ-CEO

*Bianca Marques Santiago
João Henrique Lara do Amaral
Livia Guimarães Zina
Marcos Azeredo Furquim Werneck
Wilton Wilney Nascimento Padilha*

INTRODUÇÃO

O presente capítulo se propõe a explorar as características da interface que se estabelece entre ensino e serviço no processo de formação profissional do Cirurgião Dentista a partir do que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Odontologia no Brasil. Em particular, a abordagem do tema terá como espaço de aprendizagem o local de trabalho dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades especializadas implantadas a partir de 2004, após o lançamento, no mesmo ano, da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Lançadas em 2002, as DCN valorizam o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e definem as atribuições específicas do cirurgião-dentista. Preconizam a formação para o SUS, a atenção integral à saúde em rede regionalizada, valorizam a articulação entre teoria e prática pelo exercício do estágio curricular, a consideração da cultura histórica regional e a formação crítica.

A PNSB significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Trata-se, pois, da política do SUS para o campo da saúde bucal. A PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção primária, especializada e de alta complexidade. Visa à integração com os demais serviços de saúde, buscando se organizar para responder às necessidades da população, e atuar na proposição de políticas intersetoriais sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores de saúde bucal. Esta integração significa um esforço para a produção de novas práticas e novos saberes onde adquirem importância fundamental a promoção e a vigilância em saúde e a preocupação em atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença com prevenção de riscos e danos.

De acordo com o modelo de atenção proposto pela PNSB, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem se constituir referência especializada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, a efetivação dos serviços em rede depende, em boa medida, de como estes dois níveis conversam e de que forma conseguem planejar e efetivar suas ações. Decorre desta proximidade a possibilidade de organização do processo de trabalho e os momentos de apoio matricial e educação permanente das equipes de saúde bucal de modo a permitir a elaboração de diretrizes e protocolos capazes de orientar o acesso, estabelecer fluxos e produzir avaliações. Este processo deve explicitar o papel a ser exercido tanto pelas UBS quanto pelos CEO na construção das ações de cuidado. Para tanto, deve orientar a gestão do trabalho e clarear, para os profissionais das equipes de saúde bucal, a importância da proximidade destas equipes com outros setores profissionais que compõem a rede, e com os movimentos populares.

Após alguns anos de seu lançamento, a PNSB passou a ser objeto de alguns processos de avaliação. Uma importante iniciativa se refere ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ CEO) realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com algumas instituições universitárias brasileiras. A avaliação realizada pelo PMAQ, por sua abrangência, fez uma importante aproximação de questões ligadas à estrutura, gestão e ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal na atenção especializada. Buscou conhecer a situação dos serviços por meio da percepção de gestores, profissionais e a satisfação dos usuários quanto ao acesso e utilização.

Entre os principais objetivos do PMAQ, merecem destaque: o reforço às práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção à saúde ofertada ao cidadão; o fortalecimento das ações e estratégias da gestão do CEO que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes quanto dos próprios trabalhadores; o reconhecimento da importância da avaliação dos usuários para fortalecer sua participação; o conhecimento das realidades e singularidades dos serviços, registrando as fragilidades e potencialidades de cada lugar contribuindo para planejamento e construções de ações de melhoria em todos os níveis.

Espera-se que a avaliação realizada pelo PMAQ impulse a reorientação dos mecanismos de gestão e o fortalecimento do papel dos CEO na organização da rede de saúde bucal. No entanto, ainda restam algumas questões que necessitam ser mais bem estudadas, notadamente, aquelas que se referem ao modelo de atenção e ao processo de trabalho, dos quais emergem importantes aspectos como a percepção dos sujeitos quanto às finalidades dos serviços e o próprio formato por meio do qual se dão as ações cotidianas. E, nestas, que tipos de relação se estabelecem entre os profissionais dos serviços ao trabalhar e destes com as pessoas e as comunidades em que se inserem.

Daí a importância, para a Universidade, do espaço de trabalho nos CEO como local de prática e de aprendizagem para os alunos no processo de formação profissional: o processo de trabalho desenvolvido pelos gestores e pelas equipes de saúde bucal, bem como as relações estabelecidas por estes sujeitos com as equipes de saúde bucal na atenção primária e com os usuários, colocam-se como objetos de preocupação do ensino e enriquecem, para os professores, o enfoque político que ilumina o processo de formação.

Ao se aproximar do processo de organização e funcionamento dos CEO, revelar avanços e localizar os desafios, o PMAQ CEO apresenta elementos para o enfrentamento das fragilidades da política e para o fortalecimento da formação. Portanto, abre para a Universidade e para os CEO, a oportunidade de construção de uma parceria que tende a ser profícua e enriquecedora para ambas as instituições.

Este capítulo não vai buscar o aprofundamento do tema *“Formação em Serviço”* por meio do aprofundamento específico dos avanços e desafios da organização do trabalho nos CEO; mas busca respostas para o papel formador da Universidade no espaço dos Centros de Especialidades Odontológicas que aqui deverão ser compreendidos como pontos de redes de atenção em saúde bucal, que sempre estarão ocupando um dado território, onde vive determinada sociedade, em um determinado momento histórico. O objeto será, pois, o espaço de trabalho como espaço de formação.

Desta forma, num primeiro iremos abordar a proposta das DCN para a formação na interface com os serviços, as tensões geradas por esta aproximação e as possibilidades de avanços que ela abre para os serviços e a universidade. Será abordada a Política Nacional de Saúde Bucal em suas interfaces com as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Educação Permanente e de Promoção da Saúde, pelo potencial de complementariedade e avanços para vencer os desafios da formação e da organização dos serviços de saúde. E, finalmente, serão apresentadas as considerações finais abordando as potencialidades e os desafios que o tema guarda.

DESAFIOS PARA AS DCN E PARA A PNSB

O Início do Século XXI foi marcado por dois movimentos de caráter emblemático na área da saúde bucal: a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia e da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Enquanto as DCN para a Odontologia emergiram como uma das primeiras áreas da formação em saúde a ter as diretrizes instituídas pelo Conselho Nacional de Educação, no início de 2002, a implantação de uma política de saúde bucal, em 2004, surge com um atraso de décadas.

Independentemente de esse fato indicar a existência de composições desfavoráveis para iniciativas no cenário político no que tange à saúde bucal, esses dois movimentos guardam em si a vitalidade de ter como referência o ideário da Reforma Sanitária, cujos princípios foram consagrados no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.088/1990.

Embora distante no tempo, nunca é demais resgatar a Reforma Sanitária como geradora de mudanças. Reforça-se assim a lembrança da legitimidade dos direitos conquistados pelo movimento social. Quanto à PNSB, sua vinculação ao SUS está posta de forma inquestionável no enunciado de seus pressupostos. Em relação às DCN, foram incorporados elementos expressos não só na Constituição Federal e na Lei 8.080, como também elementos da

Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 (de 20/12/1996) e da Lei de aprovação do Plano Nacional de Educação nº 10.172 (de 09/01/2001). Também incorporam elementos de pareceres e editais da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, documentos e relatórios de entidades voltadas para as questões relacionadas à educação superior e contribuições de instrumentos legais que regulamentam as profissões da área da saúde. Pode-se afirmar então que a Reforma Sanitária, enquanto propulsora de transformações nas políticas de saúde, também deixou sua marca na proposição e formulação das DCN.

Temporalmente, as DCN foram implantadas antes do estabelecimento da PNSB, mas a base comum que originou essas duas iniciativas garante a sua articulação. As DCN valorizam o desenvolvimento de competências e habilidades gerais que permitem uma primeira aproximação ao trabalho em equipe e define de forma clara as atribuições específicas do cirurgião-dentista. Preconizam a formação para o SUS, a atenção integral à saúde em rede regionalizada e hierarquizada e a resposta à demandas regionais na área da saúde de onde o curso está estabelecido. Além disso, valorizam a articulação entre teoria e prática pelo exercício do estágio curricular, a flexibilidade no processo formativo, a consideração da cultura histórica regional, a formação crítica, a integração entre as ciências básicas e clínicas, a avaliação do processo ensino-aprendizagem tendo como referência as DCN e o desenvolvimento dos cursos de graduação de forma global.

Segundo a Portaria 2.607/04, de 10/12/2004, do Ministério da Saúde, Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil, a PNSB foi pautada no Programa Brasil Sorridente e propõe a reorientação do modelo assistencial, a garantia de uma rede de atenção básica, a integralidade do cuidado à saúde articulando ações individuais, coletivas, preventivas, o tratamento e o atendimento à urgência. Estabelece uma política de educação permanente para a educação técnica, ensino de graduação, pós-graduação e uma agenda de pesquisa voltada para os problemas de saúde bucal do país.

O elenco de medidas a serem adotadas contempla a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a aplicação tópica de flúor e o diagnóstico dos problemas de saúde bucal seguido da imediata instituição do tratamento, priorizando os procedimentos conservadores e com garantia de atendimento integral em todos os níveis de atenção. Na reabilitação será recuperada parcial ou totalmente a capacidade perdida, possibilitando a reintegração do indivíduo ao ambiente social e de trabalho. Também são previstas ações para prevenção e controle do câncer bucal e a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica.

A viabilização dessas ações implica em suporte financeiro e técnico para a instalação de laboratórios de prótese dentária e a capacitação de pessoal técnico. A inserção transversal da saúde bucal nos programas de atenção integral está prevista por meio da atenção por “*linhas de cuidado*” e por “*condição de vida*”. A ampliação dos serviços odontológicos especializados se dá na implantação ou melhoria dos “*Centros de Especialidades Odontológicas*” (CEO). Nos CEO são oferecidos procedimentos clínicos odontológicos de forma complementar aos já incluídos na atenção básica.

I. AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE ODONTOLOGIA

Passados quase 15 anos da implantação das DCN existe um movimento na área da formação dos profissionais de saúde no sentido de promover a sua revisão ou atualização. Entre os desafios que se apresentam para as DCN dos cursos de Odontologia existe uma maior compreensão do processo de educação pelo trabalho e das tensões do denominado quadrilátero da formação representado pelos componentes ensino, atenção à saúde, gestão e controle social.

O processo de formação na área da saúde deve romper com a direção única do diagnóstico, planejamento clínico, a profilaxia e o tratamento dos problemas de saúde. Faz-se necessário, além de atender as necessidades de saúde, investir na autonomia dos sujeitos, promover desenvolvimento da gestão e reconhecer o fortalecimento do controle social. As relações estabelecidas no quadrilátero podem se tornar potentes até o ponto de influenciar a formulação de políticas sociais. Pode-se falar de um papel político do ensino que necessita ser problematizado pelo encontro com os anseios desses movimentos, ou seja: a formação em serviço é um exercício político e técnico voltado para as necessidades sociais e implicado com as situações reais da atenção à saúde.

Na dinâmica das relações no interior do quadrilátero opera-se com duas dimensões não dissociáveis da formação de profissionais na área da saúde: a política de Educação Permanente em Saúde e o atendimento do que estabelecem as DCN para os cursos de graduação para a área da saúde. Na relação de compromisso entre as instituições formadoras e o SUS espera-se que seja fortalecido o processo de implementação das DCN. Não basta, portanto, fazer a inserção dos estudantes nos campos de prática e desenvolver ações que não considerem a articulação da formação, gestão, atenção à saúde e da participação social como sujeitos dos processos de trabalho em saúde.

No campo da formação pelo trabalho, um passo seguinte seria reconhecer que esse processo já é, em si, produtor de novos conhecimentos. Nele atuam um conjunto de forças que provocam a formação do agente na dimensão individual e coletiva. É possível que isso aconteça em uma reunião, nas rodas de conversa durante a hora do almoço ou onde menos se espera, como nos corredores ou em conversas informais.

Embora pareça óbvio nem sempre essa dimensão formativa do trabalho é percebida. Ou seja: não é única e exclusivamente no espaço formal constituído especialmente para a discussão de um caso clínico, de uma ação educativa, do planejamento e da avaliação que os trabalhadores se formam. O desafio no campo da formação é se debruçar sobre esse processo e conferir visibilidade a ele. O reconhecimento dessa dinâmica formativa e a disposição para o trabalho colaborativo são fundamentais para dar visibilidade e potência ao aprendizado em ato.

Ainda considerando a necessidade de reformulação das DCN três questões se apresentam urgentes. A primeira se refere a uma resistência, ainda presente, em relação à necessidade da formação profissional nos serviços de saúde. A segunda diz respeito às políticas de saúde e aos modelos de atenção à saúde - a saber: a implantação da PNSB, em 2004, em momento posterior às DCN dos cursos de Odontologia e à

estruturação das Redes de Atenção à Saúde como forma de superação da fragmentação da atenção à saúde e da gestão. Uma terceira se refere à instituição de diretrizes para a celebração de compromissos das instituições de ensino, programas de residência em saúde e de gestores estaduais e municipais tendo em vista as atividades de ensino-aprendizagem e formação no SUS. Essas diretrizes foram instituídas por meio de portaria interministerial dos Ministérios da Educação e da Saúde para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

As duas primeiras questões, em certa medida, já estão presentes como pautas importantes nas DCN dos cursos de Odontologia, uma vez que já é preconizada a formação profissional contemplando o sistema de saúde do país. Entretanto, houve uma reconfiguração do modelo assistencial, uma vez que princípios como a regionalização e hierarquização cederam lugar à configuração em redes de cuidado.

Quanto à saúde bucal faz-se necessário nas DCN uma referência à PNSB. Ainda nesse campo não é trivial o debate entre dois modelos possíveis para a organização do cuidado em saúde bucal: a conformação de uma rede específica em Saúde Bucal ou a organização da atenção à saúde bucal como um componente de outras redes já existentes. Independentemente dessa escolha faz-se necessário que o processo formativo seja um local de sustentabilidade das redes.

No que tange à formação profissional nos serviços de saúde e para as políticas de saúde vigentes, embora as DCN dos cursos de Odontologia sejam explícitas quanto a essa questão, crescem os desafios para a inserção dos estudantes de graduação para estágios na rede pública. Fazem parte desses desafios a falta de estrutura necessária para essa inserção e a dificuldade de reconhecimento pelos profissionais dos serviços do seu papel insubstituível de trazer para o espaço da formação questões emblemáticas que emergem dos cenários reais de aprendizagem.

Nesse contexto os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) buscam garantir o acesso aos estabelecimentos de saúde como cenários para a formação na graduação e residência em saúde. Pretende-se por meio desse dispositivo mediar os interesses das partes envolvidas, instituições de ensino e serviços de saúde. Em certa medida, a celebração dos COAPES pode trazer um aumento de tensão entre a resistência à formação no SUS, manifesto pelas instituições de ensino, e o que estabelece a Constituição Federal sobre a competência do SUS em *“ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”*.

No processo de formação profissional a articulação ensino-serviço-comunidade na década de 90 surgiu como um problema, no sentido da participação frágil da comunidade na articulação ensino-serviço. Naquele momento, a Fundação Kellogg, por meio do Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde - apoiou seis projetos propostos por instituições de ensino superior da área da saúde do país com o objetivo de proporcionar uma maior integração entre o ensino, serviços de saúde e as comunidades.

A parceria entre esses atores, proporcionada pelos projetos UNI, permitiu à comunidade adquirir voz e respeitabilidade, mas ainda sem alcançar uma situação de equilíbrio em relação aos setores ensino e serviço. O

espaço de participação da comunidade nos Projetos UNI foi conquistado, com maior ou menor grau de dificuldade, dependendo do estágio de organização popular. De forma geral, os segmentos organizados se fortaleceram no decorrer dos projetos, refletiram e decidiram sobre suas necessidades, superaram problemas e atuaram positivamente na sua realidade social. Hoje, essa articulação ainda permanece como um espaço a ser explorado.

Nas DCN para os cursos de Odontologia está ausente a perspectiva da participação ativa da comunidade na formação do cirurgião dentista. Nelas, a população é a destinatária final do resultado do processo formativo e para a qual estão dirigidos os esforços profissionais no sentido da garantia da saúde. Também está garantida a necessidade da compreensão por parte do profissional dos *“determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”*. A dimensão da participação da comunidade na formação dos cirurgiões dentistas é um campo a ser explorado no esforço de reformulação das DCN. Nesse sentido, sendo a formação a estratégia definida pelos atores do quadrilátero (ensino, gestão, serviço e controle social) para formar os trabalhadores da saúde, interroga-se sobre a relevância e responsabilidade social dos processos formativos.

Outro fator que aponta para a tensão entre as DCN e os sentidos da participação social na formação profissional são as diretrizes para a celebração dos COAPES e as competências da participação social nesse processo. Em relação às competências dessa participação espera-se, entre outras, uma presença na contratualização, monitoramento e avaliação da execução dos COAPES; interlocução na apresentação das demandas dos usuários e dos profissionais de saúde; monitoramento das condições estruturais dos serviços para receber estudantes e professores e monitoramento da contrapartida das instituições de ensino. Os COAPES apresentam-se então como uma oportunidade disparadora de um maior envolvimento do controle social no processo formativo dos profissionais da saúde.

A formação para o trabalho em equipe ainda é um desafio no processo de formação profissional, não só quanto à sua operacionalização, como também porque tem seu fundamento no alcance da integralidade do cuidado em saúde. As DCN dos cursos de Odontologia avançam no sentido de propor um rol de competências e habilidades gerais (atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente) entendidas como espaços de encontros e práticas dos profissionais da saúde, entretanto o desenvolvimento dessas habilidades e competências está restrito ao espaço da formação de cada área, não havendo nas DCN dos cursos de Odontologia uma referência clara à formação interprofissional.

Segundo Batista (2012), três questões são colocadas para a formação profissional em saúde no Brasil: a primeira diz respeito ao comprometimento dos cursos de graduação em saúde com a formação para o trabalho em equipe, a segunda em relação às práticas de ensino para o trabalho na perspectiva da integralidade e a terceira como propiciar aos estudantes o conhecimento sobre as práticas e saberes específicos das deferentes profissões da área da saúde.

Dada a complexidade dos determinantes da saúde e a perspectiva de maior clareza quanto aos processos de adoecimento e de constrangimento da vida, cresce a percepção de que o enfrentamento dos problemas de saúde foge ao domínio do exercício uniprofissional. Na grande maioria das situações, os encontros e somas de esforços de diferentes profissionais se dão ao redor de situações de ausência de saúde já estabelecidas. A atuação destes profissionais está distante de ser percebida como um trabalho de equipe. Um caminho possível para o enfrentamento desse problema e que se coloca no horizonte da revisão das DCN é a Educação Interprofissional em Saúde. Esse modelo se compromete com o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todos os profissionais (que de certa forma já foram apontadas pelas DCN atuais, mas necessitam ser revistas), as competências específicas de cada área e as competências colaborativas, a saber: *“o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas”* (BATISTA, 2012, p. 26).

Ainda prevalece no nosso imaginário a percepção de que o domínio do conhecimento específico e instrumental seria suficiente para a produção de novas informações. Esse pensamento, no campo da produção científica, de certa forma determina o que se propõe para a prática docente, uma vez que bastaria o domínio desse conhecimento para que os objetivos da docência fossem atingidos. Isso porque ainda existe a expectativa de que a formação do professor na universidade aconteça com base na atividade de pesquisa. A concepção de ciência no ocidente valoriza o saber especializado e fracionado, implicando em uma visão não totalizante dos fenômenos humanos, reforça a reprodução na docência dessa concepção de ciência o fato de não se exigir do docente um aprofundamento nas ciências humanas. Além disso, hoje o professor ainda permanece preso *“à lógica da transmissão do conhecimento, em que o passado – no sentido do saber acumulado – tem mais importância do que o presente e o futuro”* (CUNHA, 2000, p. 46-47).

Segundo Gimeno Sacristan, apud Cunha (2000), um professor terá melhores condições para desenvolver os processos de ensino na medida em que tiver experiências variadas e vivências ricas e não esquemas demasiadamente trilhados no sentido da repetição constante das mesmas ações. Ou seja; o valor da prática docente está na diversidade enquanto possibilidade de reflexão e não na quantidade das experiências.

Nóvoa (2000), estabelece uma ruptura no que tange ao desenvolvimento docente uma vez que atribui à sensibilidade humana do professor a capacidade de intervir interpretativamente e interativamente no conhecimento, facilitando o encontro deste com as estruturas cognitivas, culturais e afetivas dos alunos. A pertinência dessa assertiva adquire significado especial quando se percebe uma supervalorização das estratégias pedagógicas como suficientes para alcançar a mudança no processo de formação profissional.

Entende-se como uma das dimensões do desenvolvimento docente a capacitação na área didático-pedagógica e gerencial, atualização técnico científica e a interação com a comunidade. Essa interação pode acontecer no desenvolvimento de projetos de extensão, ações com base na integração ensino-serviço-

-comunidade e outras dimensões próprias de cada área do conhecimento e da formação para o trabalho. Não se pode esquecer que o desenvolvimento docente tem relação com a maior ou menor satisfação com o trabalho, com o crescimento pessoal e coletivo, com o não adoecimento e a relevância social das ações e projetos. Nesse cenário, o mérito acadêmico como hegemonicamente entendido adquire novo significado. De forma particular acentua-se que não há diferença de qualidade, valor ou comparação entre as atividades de ensino, pesquisa, extensão e de gestão.

Propõe-se que o desenvolvimento do corpo docente se desloque da responsabilidade exclusiva dos professores e seja compartilhado pelo trabalho diuturno entre pares, da instituição e de outros atores implicados nos processos de formação profissional dos estudantes. Cabe à instituição incentivar e fortalecer a constituição de grupos de docentes cooperativos para o compartilhamento de experiências e saberes que venham a surgir de situações reais do ambiente de trabalho docente. Pode-se pensar ainda em seminários, cursos, capacitação pedagógica e rodas de conversa.

As questões até aqui colocadas sobre o desenvolvimento, formação e prática docentes trazem para as DCN dos cursos de Odontologia um novo campo de reflexão e proposição para a concepção das trajetórias dos cursos de graduação. Isso porque os docentes são atores fundamentais na proposição e definição dos percursos formativos, não apenas em função da orientação pedagógica, mas também pelo domínio do conhecimento formal que, junto aos acontecimentos e desafios do cotidiano, são o substrato da produção de situações de aprendizagem significativas e pertinentes aos estudantes.

II. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Nos últimos quinze anos, observou-se um movimento de construção de algumas políticas sociais que buscaram a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por base o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde. Este movimento teve como objetivo o fortalecimento da integralidade ao buscar o conhecimento da realidade de vida das pessoas, a proximidade com os movimentos de controle social e, fundamentalmente, a implicação dos trabalhadores com estas políticas. Entre elas, merecem destaque as Políticas Nacionais de Atenção Básica, de Promoção da Saúde, de Educação Permanente e de Saúde Bucal.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe que suas ações sejam orientadas pelos princípios internacionalmente consensualizados da Atenção Primária à Saúde (APS) e se desenvolvam com alto grau de descentralização e capilaridade, constituindo o primeiro contato dos usuários com o SUS e a referência preferencial para toda a rede de atenção à saúde. A Atenção Básica (AB) também transcende o setor saúde e se articula por meio de ações intersetoriais e de promoção da saúde, além de ser o espaço onde se dão as ações da estratégia de Saúde da Família, nas quais se desenvolvem grande parte dos serviços de saúde bucal.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), desde sua primeira edição, em 2006, vem se estabelecendo como referência conceitual e operacional para o processo de consolidação do SUS. Reconhece a saúde, para além das questões biológicas e sanitárias, como uma questão política, social, econômica e

cultural. Com base em um conceito ampliado, parte do pressuposto de que a saúde das pessoas é influenciada, tanto por formas de organização social, quanto pelas relações que se estabelecem ao longo de suas vidas, com suas famílias e comunidades. Reconhece também, que a saúde é um direito de cidadania, e propõe ações voltadas ao desenvolvimento humano e à proteção social.

Sendo assim, reafirma a necessidade de que haja maior responsabilidade do Estado no provimento de políticas públicas capazes de garantir melhor qualidade de vida para a população, possibilitando a cada cidadão a condição de viver bem, de ter acesso aos bens de consumo, de transitar pelos diversos setores e interagir com os movimentos sociais, além de poder influir conscientemente nas decisões para a reconstrução da sociedade em que vive. E afirma, ainda, a necessidade de que os espaços coletivos sejam protegidos de riscos de danos à saúde, proporcionando não só ambientes saudáveis, como o desenvolvimento de hábitos saudáveis na vida das pessoas.

De acordo com a PNPS, as ações de cuidado devem envolver, ao mesmo tempo, operações sobre as doenças e sobre as condições de vida, ou seja, preocupadas com os determinantes, riscos e danos, com o objetivo de favorecer escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades nos locais onde residem e trabalham. De acordo com a PNPS, os modos de viver não podem ser abordados de forma individualizante e fragmentária, pois não resultam da vontade ou das liberdades (individuais e comunitárias), mas, das opções, das escolhas e das possibilidades de satisfazer as necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, cuja construção se dá contexto em que as pessoas vivem.

Para a PNPS, a promoção da saúde é uma estratégia

... de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde de população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas no [...] país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas” (BRASIL, 2010).

Reforçando este raciocínio, Kusma et.al. (2012) assinalam a importância da promoção da saúde como estratégia para a reformulação das práticas sanitárias e um dos eixos centrais para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004, significa uma proposta de reorientação das ações e serviços do setor de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. É a política do SUS para o campo da saúde bucal. A PNSB procura efetivar a integralidade das ações de cuidado e vigilância nos âmbitos da atenção primária, especializada e de alta complexidade. Ao se aliar às propostas da PNAB, da PNPS e ampliar o escopo de ofertas de serviços, a PNSB introduziu novos fazeres que, por sua vez, geraram a necessidade de se operar mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades de saúde nos três níveis de atuação e entre estes.

A inserção na estratégia de Saúde da Família (SF) e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) significaram a proposição de uma nova forma de trabalho para as equipes de saúde bucal, acostumadas com longos anos de trabalho isolado. As ações baseadas nos princípios da integralidade e da intersetorialidade trouxeram a necessidade e o desafio de se pensar o trabalho das equipes de forma multi e/ou interprofissional. Tais ações também trouxeram novas lógicas de organização da prática para o interior do trabalho das equipes de saúde bucal, oriundas dos espaços institucionais dos setores com os quais se passou a trabalhar.

O modelo de atenção adotado pela PNSB segue a mesma direcionalidade dada pelos princípios e diretrizes do SUS. Propõe que, em cada local, a cada momento, a forma como se organizam as ações e serviços de saúde bucal signifique, frente aos determinantes sociais da saúde, uma forma de intervenção no processo saúde-doença e a melhor resposta possível aos problemas e demandas individuais e coletivas da sociedade que ali reside, por meio dos recursos existentes (humanos, materiais, financeiros, científico-tecnológicos e de infraestrutura).

O modelo de atenção em saúde bucal regido pelo conceito ampliado de saúde é revelado pela forma como se organiza o processo de trabalho. Assim, pode ser compreendido como *“...a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde”*. Pois é no modelo de atenção que vamos encontrar *“...as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho”*.

Decorridos onze anos da implantação da PNSB, é possível afirmar que houve a preocupação em expandir as ações com equidade na distribuição das unidades e na construção da rede de saúde bucal em todo o território nacional. Buscou-se, entre outros, a reorganização da Atenção Primária em Saúde Bucal, a ampliação e qualificação da atenção especializada (CEO) e da oferta de próteses, o investimento na Alta Complexidade, a expansão das ações de promoção e prevenção, de vigilância e monitoramento e de integração Ensino-Serviço. Organizou-se a abrangência destas ações até setores da sociedade como a população indígena, quilombolas, população carcerária, além da priorização de regiões carentes, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

III. A PNSB E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) significou uma importante proposta de organização do SUS. De acordo com a Portaria nº 4.279 (de 30/12/2010) do Ministério da Saúde (2010a), as redes *“... são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*. As redes de atenção à saúde têm, como objetivos, a maior eficácia na produção de saúde e a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no âmbito regional.

Diante das diferentes estruturas e situações econômicas e sociais dos municípios e Regiões nos diversos estados do país, a implantação das RAS vem se dando de formas diversas. Há no Brasil um predomínio de municípios de menor porte, com baixa arrecadação e grande vulnerabilidade social, o que acarreta maior prevalência de problemas de saúde. Em função desta situação, as prefeituras têm serviços limitados à atenção primária, com o agravante de apresentar enorme dificuldade para atrair, contratar e manter profissionais. Em geral, são municípios com baixos indicadores sociais e uma qualidade de vida desfavorável, acarretando menor acesso à informação e aos bens essenciais.

Em função destes fatores, estes municípios acabam se constituindo no elo mais fraco da corrente, o que torna desigual e injusta a implantação de redes regionalizadas de saúde, que acabam por reproduzir a polarização dos serviços, situando-se os de maior complexidade nos municípios de maior porte (mais ricos), perpetuando a dificuldade (ou mesmo, impossibilidade) de acesso de grande parte da população aos mesmos. Apesar da gravidade desta situação, a implantação das RAS vem favorecendo a superação destes problemas.

Em função da prevalência e gravidade de algumas doenças, bem como da importância de algumas condições de saúde para as pessoas ao longo dos diferentes momentos de suas vidas, algumas redes estratégicas têm sido priorizadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Estas redes vêm sendo implantadas em todo o território nacional com o objetivo de organizar e integralizar, nos três níveis de atenção, as ações de cuidado à saúde das pessoas. E, à medida em que há recursos e infraestrutura, ainda que enfrentando dificuldades e limitações de naturezas diversas para seu funcionamento, outras redes vêm sendo propostas e efetivadas.

No campo da Saúde Bucal, o tema ainda é incipiente e são poucas as iniciativas de construção de redes em todo o país. Embora não tenha oficializado uma posição definitiva, o Ministério da Saúde chegou a propor a discussão de que as ações deste setor fossem consideradas como componentes de outras redes. Nenhum estudo ou documento oficial foi produzido. Esta discussão não chegou a termo e, em função disto, alguns estados preferiram propor a criação de redes de saúde bucal. Dentre estes, são exemplos as redes de atenção à saúde bucal propostas pelo Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e Minas Gerais.

Na proposição e construção das RAS e, de acordo com o modelo de atenção proposto pela PNSB, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem se constituir em referência especializada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

À GUIA DE CONCLUSÃO:
O espaço do trabalho nos CEO
como espaço de formação

Ao se pensar no espaço de trabalho dos CEO como espaço de formação profissional, a primeira questão que se coloca é de natureza política. O ponto de partida para todos os sujeitos envolvidos é a compreensão de que grande parte dos problemas de saúde da população brasileira tem origem nas desigualdades sociais geradas pela concentração de renda que, por seu turno, acarreta enorme vulnerabilidade para grande parte da população e inúmeros problemas

para os municípios de menor porte. E que, para os serviços de saúde, as respostas terão que se dar dentro de um alto padrão de qualidade técnica e científica, segundo os princípios constitucionais de justiça social, respeito aos direitos das pessoas e responsabilidade do Estado na construção destas políticas.

A construção da PNSB se deu pouco tempo após o lançamento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Mas, não ao acaso, há uma contemporaneidade em suas proposições e intenções. Porque uma e outra já vinham sendo gestadas em um mesmo espaço social que apresenta, na raiz, a busca de compreensão da realidade, a construção de novas formas de se pensar e fazer a formação e a organização dos serviços, sempre de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, podemos afirmar que a vocação para a formação está presente tanto nas DCN, quanto na proposta da PNSB. Se as DCN propõem e se preocupam com os pilares que importam para uma sólida formação técnico-científica, humanista e política, a constituição de uma rede de atenção à saúde bucal materializa as condições objetivas para que esta formação possa se dar.

Os Centros de Especialidades Odontológicas não se configuram como um ponto isolado nesta rede. Ao contrário, são parte dela, devendo ter, como referência, os princípios que a norteiam, que “*buscam garantir a integralidade do cuidado*”. Em função do modelo proposto pela PNSB, os CEO se configuram como pontos de atenção com especificidades definidas no campo das especialidades, mas que, para funcionar, necessitam estar integrados com a rede de serviços à qual pertencem.

É necessário que os profissionais das equipes dos CEO compreendam a importância e a natureza da atuação das equipes nos demais pontos de atenção e com elas estabeleçam formas integradas de trabalho que possam garantir a integralidade do cuidado para todos os usuários. É fundamental que, nos processos de aproximação entre estas equipes haja o incentivo para a discussão das ações a serem implementadas e para o emprego de instrumentos de gestão (protocolos, linhas-guia, planilhas de avaliação dos procedimentos, entre outros) capazes de conferir qualidade e confiabilidade ao trabalho desenvolvido. Ou ainda, para os processos de matriciamento entre CEO e atenção primária para a definição sobre o acesso, sobre os fluxos de encaminhamento ou para discussão de casos clínicos.

Quanto ao processo de trabalho, embora as equipes de saúde bucal dos CEO apresentem características peculiares em cada uma de suas especialidades, é importante que a organização daquilo que toca à equipe seja amplamente discutido entre os seus membros e os gestores. É fundamental que se busquem caminhos para que os membros da equipe de saúde bucal não se tornem profissionais apenas apenas às suas especialidades. Assim, o planejamento das demais ações com a definição das responsabilidades, os momentos de avaliação do trabalho e de encaminhamentos das demandas e decisões, bem como a definição de processo de educação permanente devem se dar de forma participada, visando o comprometimento de todos os membros da equipe com os objetivos propostos.

Outro aspecto a se preocupar se refere às condições de trabalho e remuneração para as equipes de saúde bucal dos CEO, onde importa muito saber até que ponto propiciam satisfação e permitem que os

profissionais trabalhem de forma tranquila e sejam elemento de incentivo para cada um e para a equipe como um todo.

No que diz respeito à relação com os usuários, importa muito que as equipes de saúde bucal dos CEO estejam atentas e participem de todos os movimentos de controle social nas reuniões das comissões locais, dos conselhos de saúde, das conferências, das discussões e decisões em outras instâncias de participação social como as Câmaras de Vereadores, Ministério Público e outros para que possam se inteirar das demandas e dos problemas, visando a busca de respostas possíveis. Desta forma, poderão inserir os CEO como pontos de atenção de uma rede que é capaz de ofertar serviços em sintonia com os movimentos sociais.

Enfim, é importante que, ao se pensar o espaço de trabalho dos CEO como espaço de formação, se busque conhecer a realidade por meio de uma aproximação com todas estas questões aqui levantadas, pois é provável que muitas destas situações não estejam acontecendo, ou mesmo sequer façam parte das preocupações de gestores e equipes, pois é preciso conhecer, de perto, os fatores que facilitam, dificultam ou impedem este acontecer.

Por todos estes fatores os CEO são um objeto de preocupação e interesse das DCN enquanto especificidades de uma política e, portanto, um campo fértil para a problematização e a aprendizagem, capazes de subsidiar uma sólida formação profissional no campo da saúde bucal.