

Warner Kwasnicka Santiago

**O PROCESSO DE INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA
NO PROGRAMA BH VIDA ENTRE 1999 E 2002:**

**Um estudo com base na visão da equipe de coordenação de Saúde Bucal
e Cirurgiões-dentistas do Programa.**

Belo Horizonte

2004

Warner Kwasnicka Santiago

**O PROCESSO DE INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA
NO PROGRAMA BH VIDA ENTRE 1999 E 2002:**

**Um estudo com base na visão da equipe de coordenação de Saúde Bucal
e Cirurgiões-dentistas do Programa.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2004

AGRADECIMENTOS

- A Deus, meu grande e eterno amigo, fonte de Luz que guia meus passos.
- Ao “Sô” Nelson e “Dona” Vitória, meus pais, exemplo marcante de dedicação e amor incondicional.
- À Dricka, maravilhosa companheira, sempre presente em todos os momentos importantes da minha vida, um carinhoso beijo com todo o meu amor.
- Ao Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck, pela confiança em mim depositada e pelas valiosas contribuições como orientador deste trabalho.
- À Prof^a. Dr^a. Efigênia Ferreira e Ferreira, pela incomensurável dedicação aos alunos do mestrado e pela imensa vontade de ajudar, meu muitíssimo e sincero agradecimento. Valeu FIFI!
- Ao Prof. Dr. Vágner Rodrigues Santos. Mais do que um professor, um grande amigo. Obrigado pelo apoio que venho recebendo de você desde a época da graduação.
- À Prof^a. Simone Dutra Lucas, pela contribuição, incentivo e, também, pelas valiosas sugestões no desenvolvimento de meu trabalho profissional.
- À Prof^a. Maria Inês B. Senna, pela ajuda na fase de elaboração do projeto de pesquisa e na avaliação dos roteiros de entrevistas.
- Aos professores Max André, Paulo Miranda e Mariza Martins Drumond, pelas críticas e sugestões em relação à estrutura do roteiro de entrevistas.
- À Prof^a. Dr^a. Mara Vasconcelos, pela atenção disponibilizada durante a disciplina de Saúde Coletiva III e pelo apoio que venho recebendo desde o início da graduação.
- Ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia, na pessoa da Prof^a. Dr^a. Isabela Almeida Pordeus.
- Às secretárias do Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia, Janete e Vanessa, pela atenção, profissionalismo e cordialidade.

- À Beth, do Núcleo de Acessoramento à Pesquisa, pela atenção e carinho com os alunos do mestrado e pelo “bate-papo” das pouquíssimas horas vagas.
- À Cíntia, secretária do Estágio Supervisionado em Odontologia, pela disponibilidade em ajudar.
- À amiga Mônica Barreto, minha admiração por sua extraordinária competência. Agradeço também pelo valioso apoio no início de minha carreira profissional, sem ele, talvez não fosse possível chegar até aqui.
- Aos profissionais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, pelo atendimento prestativo e agradável.
- Aos membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas que participaram das entrevistas, pela boa vontade, disponibilidade e confiança em mim depositada.
- Aos meus irmãos, Márcia, Wainer, Giselle e Érica.
- À Desireé, Renata e Rimena, colegas do Curso de Mestrado, pelos momentos de descontração e alegria durante estes dois anos.
- A todos os meus amigos da graduação, um forte abraço.
- À Zilma, pela revisão do texto deste trabalho.
- A todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, na realização desta etapa em minha vida, meus sinceros agradecimentos.

*“Senhor, fazei-me um instrumento de vossa paz.
Onde houver ódio, que eu leve o amor.
Onde houver ofensa, que eu leve o perdão.
Onde houver discórdia, que eu leve a união.
Onde houver dúvidas, que eu leve a fé.
Onde houver erro, que eu leve a verdade.
Onde houver desespero, que eu leve a esperança.
Onde houver tristeza, que eu leve a alegria.
Onde houver trevas, que eu leve a luz.
Ó Mestre,
faizei com que eu procure mais
consolar, que ser consolado,
compreender, que ser compreendido,
amar, que ser amado.
Pois é dando que se recebe,
é perdoando que se é perdoado,
e é morrendo que se vive para a vida eterna.”*

São Francisco de Assis

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
LISTA DE MAPAS	
RESUMO	
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 As Ciências Sociais e o conceito de saúde.....	19
2.2 Políticas públicas de saúde no Brasil.....	24
2.3 O Programa Saúde da Família.....	30
2.4 BH Vida: O PSF de Belo Horizonte.....	38
2.5 Características das ESFs do Programa BH Vida.....	39
2.6 O processo de capacitação das ESFs do Programa BH Vida.....	41
3 OBJETIVOS.....	43
4 METODOLOGIA.....	44
4.1 Um pouco sobre a Metodologia Qualitativa.....	44
4.2 A revisão de literatura.....	49
4.3 O trabalho de campo.....	50
4.3.1 O experimento principal.....	52
4.4 A análise dos dados.....	54
4.5 Comitê de Ética em Pesquisa.....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1 Alguns dados sobre os profissionais entrevistados.....	59
5.2 Participação dos profissionais da saúde bucal na fase de	

discussão do projeto de implantação do Programa BH vida.....	60
5.3 O trabalho em equipe.....	67
5.4 As modificações no processo de trabalho.....	75
5.5 Acesso e integralidade da atenção.....	85
5.6 O processo de seleção dos Cirurgiões-dentistas para o BH Vida.	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
AATO	Associação dos Atendentes e Técnicos de Odontologia
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
CD	Cirurgião-dentista
DABS	Departamento de Ações Básicas de Saúde
DAS	Departamento de Assistência à Saúde
DOSP	Departamento de Odontologia Social e Preventiva da FOUFMG
DSE	Departamento de Saúde Escolar
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESBs	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESFs	Equipes de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FOUFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PC	Procedimentos Coletivos
PSF	Programa Saúde da Família

RT	Referência Técnica
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SOMGE	Sindicato dos Odontologistas de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Distribuição de consultórios instalados em Centros de Saúde, no município de Belo Horizonte, 1992	90
MAPA 2 - Distribuição de consultórios instalados em Centros de Saúde, no município de Belo Horizonte, 1996	90

RESUMO

Este estudo procurou investigar o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família do município de Belo Horizonte/MG. Utilizou-se a Metodologia de Pesquisa Qualitativa, por ser a mais apropriada para as abordagens em que se procuram estudar conceitos e atitudes das pessoas. O trabalho de campo desenvolveu-se por meio de entrevistas com oito Cirurgiões-dentistas e oito membros da Coordenação de Saúde bucal. Observou-se que não houve um amplo debate da proposta de implantação do Programa BH Vida, principalmente em relação aos Cirurgiões-dentistas que atuam na “ponta do serviço”, revelando uma nítida contradição entre o que foi proposto e o que, de fato, ocorreu na prática. A equipe de Saúde Bucal ainda não conseguiu se integrar efetivamente à Equipe de Saúde da Família, de forma a possibilitar o desenvolvimento de ações interdisciplinares na produção do cuidado em saúde, afetando o potencial do BH Vida em produzir mudanças no modelo assistencial. O processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal também não apresentou alterações impactantes, pois ainda se encontra baseado na geração de procedimentos curativos, reproduzindo, o modelo curativista. Permanece a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico integral devido à grande demanda reprimida e, principalmente, à pequena alteração no processo de trabalho das equipes. Os motivos que levaram os Cirurgiões-dentistas a participar do BH Vida foram: a possibilidade de melhores ganhos salariais; a dificuldade de manutenção da renda na prática privada, causada pela saturação do mercado de trabalho; a possibilidade de se realizar o Curso de Especialização em saúde da Família e, por fim, o desafio perante a realização de um trabalho inovador. Conclui-se que é necessária uma revisão da implantação do BH vida, a fim de se corrigirem os problemas apontados e, com isso, garantir a efetividade do Programa.

1 INTRODUÇÃO

A atenção odontológica da rede pública brasileira tem se estruturado, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares preconizados pela Fundação SESP¹ nos anos 50 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde. Nessa época, os modelos gerenciais que norteavam as ações de saúde bucal estavam estabelecidos de forma pulverizada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre esses modelos, o que se estabeleceu de forma hegemônica foi o Sistema Incremental², que na maioria dos casos, estava vinculado aos programas de Saúde Escolar. O Sistema Incremental, a despeito do grande avanço que representou para a assistência odontológica, se apresentou, já no início dos 70, como um modelo limitado, tanto do ponto de vista de sua eficácia quanto de sua abrangência e cobertura. No primeiro caso, pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reabilitador, com clara dicotomia curativo-preventivo, o que provocou, na realidade, um aumento do número de dentes restaurados, com pouco impacto sobre os níveis de doença bucal. Em relação à abrangência, tratava-se de um modelo excludente, na medida em que estava direcionado, quase que exclusivamente, às crianças em idade escolar, de faixa etária entre 7 e 14 anos, com algumas variações pontuais (OLIVEIRA et al., 1999).

Dessa forma, entre os anos 50 e final dos anos 80, a assistência odontológica brasileira era caracterizada pelo fato de ter um modelo de assistência

¹ O SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) surgiu no Brasil em 1942 como esforço de guerra e foi mantido por um acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Estados Unidos. Tinha ação em áreas estratégicas do ponto de vista econômico, como a região de extrativismo da borracha na Amazônia, e funcionava dentro de uma perspectiva assistencial, no sentido de aliviar tensões sociais. Em 1960 foi transformado em fundação, passando a se chamar Fundação SESP. Com a criação do SUS fundiu-se com outros órgãos formando a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (RONCALLI, 2000).

² De acordo com Pinto (2000), Sistema Incremental é um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idade e problemas. O Sistema Incremental foi concebido na cidade de Richmond (EUA) em 1946. No Brasil foi empregado pela primeira vez em Aimorés/MG, através do SESP.

direcionado predominantemente ao escolar, sendo que, para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada em diversas instituições, entre elas, as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e as entidades filantrópicas (ZANETTI et al, 1996, OLIVEIRA et al., 1999, RONCALLI, 2000).

Segundo Oliveira (1999), os modelos assistenciais em saúde e de saúde bucal, em particular, passaram a ter uma importância maior, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o crescente incremento de municipalização das ações de saúde. O SUS traz, em seu bojo, os princípios da universalidade, da integralidade, da atenção e do controle social. São princípios que colocaram em cheque os modelos vigentes e imputaram um desafio muito grande aos municípios que se propuseram a reorganizar os seus serviços de assistência à saúde, como é o caso de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, à semelhança de muitas cidades brasileiras que implantaram serviços públicos de saúde bucal, trabalhou inicialmente a partir do atendimento a escolares como grupo prioritário (RONCALLI, 2000).

O primeiro serviço odontológico criado na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte surgiu em 1953, no então Departamento de Assistência à Saúde (DAS), no âmbito de uma assistência médico-odontológica em que o atendimento de urgência nas unidades de saúde era preponderante. Paralelamente, havia um atendimento especializado e alguns serviços em escolas pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde, direcionados, prioritariamente, às crianças e adultos carentes, não havendo nenhuma definição de modelo assistencial naquele momento (WERNECK, 1994, FERREIRA et al., 1998; RONCALLI, 2000).

Já nessa época, surge a experiência pioneira do Sistema Incremental de Aimorés (MG), e, em 1955, é instituída a aplicação tópica de fluoreto de sódio feita por

auxiliares. Com isso, formou-se a base para a posterior implantação da assistência odontológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Em 1967, é criada a Secretaria Municipal de Saúde (que incorporava o DAS) e, um ano depois, é implantado o serviço de assistência odontológica a escolares com base no Sistema Incremental, sendo desenvolvido, inicialmente, em 10 escolas e no Hospital Odilon Behrens (WERNECK, 1994; RONCALLI, 2000).

Em 1971, com a promulgação da *Lei da Educação*³, foram construídas 80 novas escolas municipais, todas com estrutura física em que constava a presença de consultório odontológico, fortalecendo o Sistema Incremental, tornando-o hegemônico, não só na capital mineira, como em todo Brasil. Assim, em 1972, dentro de uma estrutura totalmente nova e com profissionais recém contratados, ganha corpo o programa incremental para escolares em Belo Horizonte (WERNECK, 1994; FERREIRA et al., 1998, RONCALLI, 2000).

No final dos anos 70, é possível perceber claramente a existência de duas modalidades de atenção odontológica: a que era prestada nas unidades de saúde e a realizada nas escolas. Não havia, entretanto, nenhuma política definida de recursos humanos, nem o estabelecimento de um modelo assistencial (WERNECK, 1994; RONCALLI, 2000)

Em 1982, a partir de uma mudança organizacional e política na Secretaria Municipal de Saúde, consolida-se a dicotomia entre os dois sistemas de assistência odontológica: é criado o Departamento de Saúde Escolar (DSE) e o Departamento de Ações Básicas de Saúde (DABS), cabendo, ao primeiro, a responsabilidade pela odontologia nas escolas e, ao segundo, a responsabilidade pela assistência à saúde bucal nos Postos de Saúde. Nas escolas, é priorizada a faixa etária de 6 a 12 anos e, na rede pública, é feito o atendimento aos adultos, basicamente restrito a extrações e controle emergencial da dor. Coexistiam, portanto, “*duas odontologias*”, duas clientelas, duas formas de atenção à saúde bucal (WERNECK, 1994; FERREIRA et al., 1998, RONCALLI, 2000).

Em 1986, inicia-se uma corrente com a intenção de unificar esses dois departamentos, estimulada pela vigência do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), que previa repasse financeiro para o município e, principalmente, pela discussão das propostas de universalização da saúde e da implantação de um Sistema Único de Saúde, trazidas no bojo da VIII Conferência Nacional de Saúde. Entretanto, a atenção odontológica permanece inalterada até princípios de 1991, caracterizando-se pelo processo de isolamento da saúde, mantendo ainda a dicotomia na assistência e estando fora do processo de territorialização que já se efetivava na Secretaria Municipal de Saúde, por meio do processo de distritalização (FERREIRA et al., 1998).

Existiam, portanto, muitos desafios que deveriam ser enfrentados, particularmente, a reformulação de um modelo essencialmente excludente. A principal questão era tentar reverter o quadro de assistência, predominantemente centrado em escolares, no intuito de estabelecer um modelo mais universal. Cerca de 80% dos recursos humanos estavam lotados nas escolas, e o restante nas unidades de saúde. Isso acabava gerando distorções, pelo fato de se ter um Cirurgião-dentista lotado na Secretaria de Saúde, prestando serviço na Secretaria de Educação, numa área física da educação municipal ou estadual, dificultando a gerência do serviço. Conseqüentemente, as ações de saúde coletiva que haviam sido implantadas nessa época, nas escolas, apresentavam uma cobertura muito baixa, atingindo pouco mais de 10% da população de referência (RONCALLI, 2000).

A partir de 1994, inicia-se um processo de reorganização da atenção à saúde bucal, sendo proposto pela Coordenação de Saúde Bucal da SMSA/BH, a transferência dos dentistas lotados em escolas para as unidades de saúde, uma medida que foi cercada de polêmicas. Uma forte resistência foi colocada pelos profissionais lotados nas escolas, apoiados pelo Sindicato dos Odontologistas de Minas Gerais (SOMGE) e pela Associação dos Atendentes e Técnicos de Odontologia (AATO). Várias manifestações contrárias à proposta surgiram por parte dos pais de alunos

³ Lei federal n.º 5692 de 11/08/71, determinava que todos os municípios com mais de 50 mil

da rede pública de ensino, diretores de escolas e de alguns vereadores (ASPIN et al., 1997). Apesar das dificuldades, essa proposta foi levada adiante, possibilitando praticamente uma inversão na distribuição dos recursos humanos, com cerca de 70% dos Cirurgiões-dentistas passando a trabalhar em unidades de saúde e o restante em escolas (RONCALLI, 2000).

Com isso, partiu-se para a formulação de um serviço de saúde bucal que fosse capaz de atender aos preceitos constitucionais para uma atenção na perspectiva da Promoção de Saúde, pautada nos novos conceitos técnico-científicos que a odontologia vinha concretizando (FERREIRA et al., 1998). Esse período foi muito importante para o desenvolvimento do modelo de atenção em saúde bucal no município, uma vez que representou o primeiro grande momento de integração da odontologia com os demais espaços de organização da assistência.

Do ponto de vista das perspectivas de consolidação do modelo, parece estar claro que o avanço alcançado na gestão 1993-96 não apresentou a mesma magnitude a partir da gestão subsequente. Apesar do traço político ser semelhante e de ter havido, inicialmente, uma manutenção das equipes de coordenação, a administração municipal entrou em choque, por diversas vezes, com a área da saúde. Com relação ao projeto de saúde bucal, especificamente, o processo de avanço das mudanças passou por uma fase de estagnação (RONCALLI, 2000).

Conseqüentemente, diversos problemas começaram a “reaparecer” na rede básica de assistência, como: filas nas unidades, demora na marcação de consultas, dificuldade de universalização do acesso e pouco trabalho com base na Promoção de Saúde. Outras questões, como o acesso a medicamentos, apoio diagnóstico e terapêutico, cuidados secundários e terciários, ainda se apresentavam como desafios que deveriam ser superados. Com isso, em 1999, iniciou-se a discussão da proposta de implantação do Programa BH Vida no município, nome dado à estratégia de atenção com base nos “moldes” do Programa Saúde da Família. Nesse mesmo ano, foi iniciado um projeto-piloto, com a formação de 22 Equipes de

Saúde da Família, em 22 dos 129 centros de saúde do município. Posteriormente, em 2001, iniciou-se a discussão sobre a inserção dos profissionais da Saúde Bucal no Programa (BELO HORIZONTE, 2001).

O processo de implantação das Equipes de Saúde da Família, ainda em curso, é ditado pelo estudo da realidade local, critérios de risco, adesão/contratação de profissionais e infra-estrutura. O Programa é considerado a estratégia de atenção básica à saúde no município, apresentando, atualmente, mais de 450 equipes implantadas, com 30% destas apresentando equipes de odontologia, sendo que a meta é a formação de 252 Equipes de Saúde Bucal. A base para a montagem dessa estrutura está no estudo da vulnerabilidade à saúde, um índice composto por indicadores sociais e epidemiológicos que classifica as áreas segundo quatro níveis de risco, a saber: muito elevado, elevado, médio e baixo. A opção da SMSA foi implantar as equipes, inicialmente, em áreas de risco muito elevado (257,6 mil habitantes), avançando, posteriormente, para as áreas de risco elevado (339,9 mil habitantes) e médio (1 milhão e 17 mil habitantes) (BELO HORIZONTE, 2001).

Para os gestores do serviço de saúde, a inserção da odontologia no Programa BH Vida representa uma possibilidade de maior integração da Equipe de Saúde Bucal no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, de forma a proporcionar uma ação mais integral e resolutiva do cuidado em saúde. O fortalecimento do trabalho em equipe é considerado um dos principais fatores capazes de produzir alterações no quadro de saúde bucal da população, sendo um dos pontos-chave do Programa BH Vida e um de seus maiores desafios. Entretanto, é importante considerar que apenas o fato de se incorporar os profissionais da Saúde Bucal no BH Vida, não é suficiente para que ocorram alterações no processo de trabalho. É necessário que se conjugue o trabalho desses profissionais a toda a Equipe de Saúde da Família, de forma a se trocar conhecimentos e articular um campo de produção do cuidado em saúde. Essa articulação entre os profissionais é ainda mais difícil, quando se trata do Cirurgião-dentista, uma vez que, historicamente, essa profissão é marcada pela natureza individualista de sua prática de trabalho.

Outro ponto importante é o fato de as ações de saúde serem, na maioria das vezes, implementadas de forma vertical, sem a participação efetiva dos profissionais, principalmente, daqueles que atuam na “ponta do serviço”. Baseiam-se, principalmente, em aspectos técnico-gerenciais e epidemiológicos e não levam em consideração o sentimento das pessoas em relação aos serviços de saúde. Deve-se considerar que os determinantes e o estado de saúde não estão sob o controle de uma burocracia singular, uma vez que a saúde é um produto social e resulta de uma ação conjunta de todos os setores da sociedade. A participação de várias classes profissionais e da população, na implementação dos serviços de saúde, constitui um aspecto fundamental no processo de reordenação do sistema de saúde, sendo essa reordenação o principal desafio do Programa BH Vida.

É importante considerar que a efetividade das ações propostas pelo Programa BH Vida, depende, entre outros fatores, de uma ampla mobilização dos trabalhadores, principalmente, daqueles que atuam na “linha de frente” do serviço, de forma que eles se identifiquem com o Programa e possam sentir-se como parte integrante e fundamental para o sucesso do mesmo. Se não houver uma compreensão dos objetivos do BH Vida e uma adesão à sua proposta, é possível que nada se modifique, tanto na prática de trabalho, como no modelo assistencial. Outro ponto-chave é a questão do trabalho em equipe. Aliás, aí reside uma das maiores dificuldades para a mudança pretendida, uma vez que, historicamente, o trabalho do Cirurgião-dentista é pautado por uma atuação individualista, restrita ao ambiente clínico. Se não houver uma mobilização no sentido de se preparar e estimular a integração dos profissionais, de forma a realizar um trabalho em equipe e com isso “enfrentar” os “velhos modos” de se agir em saúde, provavelmente não ocorrerão alterações no modelo de assistência.

Investigar a inserção da odontologia no Programa BH Vida sob o ponto de vista dos atores que estão vivenciando esse processo dá a esta pesquisa um caráter inovador, uma vez que existem poucos trabalhos na literatura que estudam

serviços públicos de saúde bucal a partir dessa perspectiva. Pretende-se, com este trabalho, investigar o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida, sob o ponto de vista dos profissionais da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal da SMSA e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família (ESF), utilizando a metodologia qualitativa como instrumento de pesquisa. A intenção final é de que as reflexões aqui construídas possam tornar-se instrumentos importantes para a definição de estratégias de atenção à saúde e, conseqüentemente, para a reformulação do modelo de atenção à saúde bucal adotado no município.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 AS CIÊNCIAS SOCIAIS E O CONCEITO DE SAÚDE

Segundo Botazzo & Freitas (1998), os modelos que explicam as relações entre a saúde e a sociedade vêm sendo, durante muito tempo, objeto de desenvolvimento por parte das ciências sociais. Uma extensa relação de trabalhos e contribuições nesse campo existe em praticamente todos os países, sendo encontradas elaborações e interpretações a partir do referencial da História, da Sociologia, da Psicologia, da Filosofia, da Economia e da Antropologia. Essas elaborações buscam esclarecer aspectos relevantes tanto do conhecimento das profissões de saúde quanto de problemas derivados da organização de serviços, das práticas epidemiológicas ou dos modelos de formação, entre outras possibilidades de abordagem desse assunto. São escassas, entretanto, as elaborações teóricas derivadas da aplicação das Ciências Sociais ao objeto próprio da prática odontológica.

De acordo com Nunes (1998), a emergência do pensamento social em saúde se estabelece em estreitas relações com a problemática sócio-econômica, político-ideológica e com as tradições culturais de cada época e contexto. A revisão, tanto global como de cada disciplina, ocorre a partir de crises estruturais e também pela inviabilidade ou limitações dos paradigmas dominantes ou das tendências hegemônicas das próprias disciplinas. Desse modo, o florescimento, o crescimento e a transformação de um determinado campo tem raízes históricas e determinantes internos e externos.

Não se propõe que as Ciências Sociais, na sua relação com a Saúde Coletiva, assumam a feição descompromissada e nem mesmo deixem de refletir e explicar as múltiplas dimensões dos processos e fenômenos sociais implicados na sociedade e, especialmente, na saúde-doença, mas que sejam capazes de possuir uma agenda própria de questões na sua prática de pesquisa, sem abrir mão do seu arsenal teórico-metodológico, dos seus paradigmas, diante dos

desafios da maior fragmentação e complexidade dos processos sociais (CANESQUI, 1995).

A trajetória da “medicina social” tem sido retomada nas suas especificidades na sociedade brasileira contemporânea, tendo como eixo central a incorporação das ciências sociais ao campo da saúde na constituição de uma teoria social da medicina em torno de temáticas selecionadas que abordam o processo saúde-doença, a historicidade do saber e prática médica e a organização social da prática médica (CANESQUI, 1995).

Pesquisadores de diversas áreas têm se debruçado sobre um objeto de estudo que genericamente pode-se denominar como “processo saúde-doença” e todos, de algum modo, reconstroem o arcabouço desse processo não mais à luz dos paradigmas das ciências físico-biológicas, mas a partir de imensas possibilidades de questionamento e problematização que as Ciências Sociais comportam. Pode-se afirmar que este campo de prática e investigação tem causado “*perturbações significativas nas tranqüilas e aparentemente neutras certeza e objetividade científica*” com que as ciências biológicas costumam tratar seu objeto. Não é raro os próprios profissionais de saúde abandonarem sua área e profissão de origem para investigar nesta outra direção. (BOTAZZO & FREITAS, 1998).

Nunes (1986,1998) afirma que a tentativa de incorporar as Ciências Sociais na saúde, de forma mais sistemática, somente ocorreu nos anos 60, quando se estabelece intensa crítica sobre o modelo biomédico, orientador da formação médica, ocorrida no Brasil, Equador, México e Venezuela. É a partir dos anos 70 que se imprime ao campo das Ciências Sociais em Saúde um profundo questionamento dos modelos explicativos que vinham sendo utilizados. No Seminário sobre Metodologia e Ensino das Ciências Sociais e Saúde realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, em 1972, foi proposta a construção de um novo modelo alternativo para explicar o processo saúde-doença. Esse modelo deveria considerar em sua construção o seguinte:

1. *“as relações entre o conceito de saúde, os modos de produção e as formações sócio-econômicas;*
2. *as relações entre a organização das ações de saúde, os modos de produção, as formações sócio-econômicas e os conceitos de saúde;*
3. *as investigações históricas sobre a formação, o desenvolvimento e a consolidação das organizações práticas e da educação médica no continente. Essas investigações deverão inscrever-se dentro da relação dinâmica entre os modos de produção e formações sócio-econômicas específicas e a definição epistemológica das relações entre as Ciências Sociais e as Ciências Biológicas de acordo com este novo modelo.”*

Para Oliveira (1998), a Medicina erudita negou-se a compreender o homem sob outros ângulos que não fosse apenas o domínio biológico, privou-se de compreendê-lo a partir do universo da sua consciência, das suas metáforas, na consciência sofrida da representação das enfermidades. Essa Medicina apartou-se de outros modelos de significação cultural de doenças, especializando-se, fechando-se no interior e recriando a expropriação do doente do seu corpo, do seu saber e também de outros saberes sobre a saúde. A medicina erudita enraizou-se, sobretudo, numa visão pautada por interpretações tanto anatômicas quanto metafísicas.

Ferreira, citado por Nunes (1998), relata ser evidente o fato de as Ciências Sociais constituírem um instrumento que nega a neutralidade e a objetividade pretendidas pela Medicina. As Ciências Sociais concorrem para multiplicar os ângulos de problematização e compreensão do processo saúde-doença, uma vez que a Medicina não se dedicou à utilização de marcos conceituais que, pudessem dar conta de articular às categorias estruturais, a subjetividade, a construção de identidades coletivas e as questões culturais.

A entrada nessa intrincada rede de articulações, que dá essência a essas duas condições, doença como estado e doença como simbolização, que permitem tratar, no interior de uma mesma abordagem que lida com o coletivo, a singularidade do adoecer humano, a constelação dos sintomas e as razões que o acompanham, a doença como processo histórico-social, além da

reconstrução dos princípios da multicausalidade das enfermidades. O ser humano é um ser de relações e de simbolizações, sem as quais não há vida, nem construção cultural. Ademais não é possível interpretar as doenças, nem no interior de uma patologia individual, nem no de uma coletiva, sem considerar que o corpo é um todo, movido por uma força vital que concretiza o princípio de identidade entre o biológico e o simbólico (OLIVEIRA, 1998).

No caso específico da saúde, Nunes (1995) relata que a busca de ações integradas na prestação de serviços, ou a associação de docência e serviço, ou ainda a questão da interface entre o biológico e o social passam pelo campo, genericamente, denominado de relações interdisciplinares. Trata-se da tentativa de sair da compartimentalização, que estaria presente também na pesquisa, procurando dar uma resposta aos problemas de saúde que, em regra geral, não são unidisciplinares.

Anteriormente à construção do modelo médico, as culturas conheceram formas de apreensão do mundo que privilegiavam elementos diferenciados, a partir de relações de analogia, equivalência e sinonímia com a realidade. Embora representações de enfermidades e ações terapêuticas apresentem, muitas vezes, descontinuidades e incongruências, elas implicam compreender ainda a organização dos seus diferentes códigos, os traços sociais possibilitados pela concretização das regras sociais, bem como compreender as lógicas de produção simbólica de relações sociais condicionadas pela comunicação existente entre pessoas e símbolos. Quanto mais conflituosas forem as relações sociais, tanto mais dinâmicas serão suas atualizações, como construções cognitivas e simbólicas, quer se tratem de representações sobre doenças ou de terapêuticas, que podem, inclusive, operar a partir de interpretações calcadas em associações analógicas. Tais associações podem ser permanentemente recriadas, produzindo alterações na lógica global de estrutura. Isso possibilita que episódios aparentemente caóticos se revistam de sentidos simbólicos construídos a partir de previsíveis relações de equivalência estrutural que colocam em igual importância as várias condições presentes na

lógica de produção simbólica, apreendidas a partir de uma universalidade do homem. O limite cognitivo da ciência transcende a classificação dos símbolos, já que ela se encaminha na direção da conceituação, necessária para definir e qualificar seus engenhosos objetos, fragmentando-se, trazendo consigo a necessidade de repensar as suas interpretações, que também não podem ser vistas de um ponto de vista fixo, portanto, não sendo nem definitivas, nem únicas ou exclusivas de um modo de pensar a sociedade (OLIVEIRA, 1998).

Finalizando, o desenvolvimento das Ciências Sociais na Saúde Coletiva permite a construção de um espaço fértil para a criação de um instrumento de decisão política, no sentido de uma adequada incorporação e utilização das tecnologias em saúde, para além do campo das práticas clínicas ou da assistência individual (NUNES, 1995; OLIVEIRA, 1998).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A história das políticas sociais no Brasil, no século XX, caracteriza-se pela existência de ações e serviços que refletem uma postura clara do estado, de preferência pela “saúde da economia” em detrimento da saúde da população (WERNECK, 1998). Assim, do início do século até o final dos anos 70, foi construída uma política social em que os direitos sociais eram negociados como privilégios de certos grupos. Ao longo dos anos, pouco se fez para implantar políticas eficazes no setor de saúde (AZALIN & OLIVEIRA, 1996). Com isso, houve um grande crescimento dos setores médicos privados, especialmente hospitais, mal distribuídos e concentrados principalmente nas grandes cidades. Por outro lado, como não havia interesse em que o serviço público funcionasse, as unidades públicas de saúde ficaram desprestigiadas e começaram a piorar, levando a um sistema de saúde extremamente perverso que não respondia às necessidades de atendimento da população e deixava de investir nas ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde (NETO, 1994).

Segundo Silva Júnior (1998), a concepção de medicina é o que determina o modo de organizar serviços e de prestar assistência, sendo o substrato filosófico o determinante dos saberes e da própria medicina. A economia transforma a linguagem médica, atribuindo um preço à vida e um custo à sua manutenção proporcionais à importância dos indivíduos na sociedade. A capacidade de trabalhar passa a dar normatividade na definição das doenças. Enfatiza-se a influência da estrutura social na produção e na distribuição das doenças, na estrutura interna da produção de serviços médicos e na formação do pessoal da saúde.

De acordo com Navarro, citado por Silva Júnior (1998), a medicina articula-se à reprodução da ideologia do capitalismo de liberalismo e individualismo, na medida em que considera a doença como um desequilíbrio entre os componentes de um corpo e atribui a causa das enfermidades aos fatores individuais. Isso favorece o “consumo da saúde” no mercado de bens

adquiríveis e a constituição de uma “indústria da saúde”. Entretanto, é questionável a influência desse mercado da saúde em gerar melhorias substantivas no nível de vida das populações.

As críticas ao desenvolvimento da medicina e dos serviços de saúde vieram estimular a gênese de estudos nas áreas da Medicina Social, Planejamento em Saúde, Teoria Crítica da Saúde, Epidemiologia Social e outras na década de 70, principalmente na América Latina. Com isso surgiram, no Brasil, várias propostas alternativas de modelos assistenciais advindas do campo da Saúde Coletiva (SILVA JÚNIOR, 1998).

No campo político, por intermédio do “Movimento Sanitário”, foi articulada uma proposta de democratização da saúde, tendo como principal estratégia a Reforma Sanitária. O marco dessa estratégia foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, na qual foram propostas as bases para a construção de uma nova política de saúde no Brasil. Essa proposta se baseava em:

- utilização do conceito ampliado de saúde;
- reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, cabendo ao Estado a sua promoção;
- necessidade de controle das políticas sociais por meio da sociedade;
- constituição e ampliação do orçamento para a área social (SILVA JÚNIOR, 1998).

Três caminhos foram buscados para tornar viável a Reforma Sanitária. O primeiro, conhecido como legislativo-parlamentar, possibilitou a elaboração e promulgação das bases jurídicas necessárias para a implantação das propostas da Reforma. Com isso, em 1988, foi incluído na Constituição Brasileira o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), com a intenção de melhorar a equidade, eficiência e efetividade do serviço de saúde no Brasil (BRASIL, 1996), posteriormente foram promulgadas a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) e as Leis Orgânicas Municipais. O segundo caminho (sócio-

político) procurou envolver a sociedade e suas organizações com a questão do setor saúde, que apresentava necessidade de reorientação e de controle das políticas de saúde por meio de órgãos colegiados. O terceiro caminho, o institucional, concentrou-se na organização, na implantação e no desenvolvimento de um novo sistema de saúde, mais identificado com os ideais de universalidade, equidade, integralidade da atenção à saúde e que apresentasse comando único: o Sistema Único de Saúde (SILVA JÚNIOR, 1998; RONCALLI, 2000).

O Sistema Único de Saúde previa um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a sua implementação e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador, os princípios doutrinários (RONCALLI, 2000).

O Capítulo da Saúde da Constituição Federal de 1988 e as Leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde definem que a saúde está particularmente relacionada ao grau de inclusão dos cidadãos em políticas sociais e econômicas relacionadas à distribuição de renda, condições de moradia, disponibilidade de alimentos e acesso à educação, trabalho, transporte, lazer e serviços, aí incluídos os de saúde (RONCALLI, 2000).

Com a Constituição de 1988, o acesso universal à saúde passou a ser considerado como um direito de cidadania, representando um grande avanço jurídico em relação ao caráter excludente, característico dos serviços de saúde brasileiros na época da ditadura militar (BRASIL, 1988). Mas apesar do incontestável avanço jurídico, esse direito não foi traduzido em ações e medidas concretas que fossem capazes de extinguir as desigualdades sociais existentes no Brasil. Os incontestáveis avanços jurídicos obtidos na saúde ainda não se expressaram na melhoria das condições sanitárias (BUSS, 1995).

Segundo Stralen, citado por Carneiro (2001), a despeito das mudanças legislativas e administrativas, o acesso desigual e excludente aos serviços de saúde, a ineficiência dos serviços, a falta de financiamento, a centralização do poder decisório, os conflitos entre trabalhadores da saúde e as demandas da clientela continuaram representando os principais problemas a serem resolvidos no setor saúde.

De acordo com Buss (1995), o que se observa é uma falta de competência das estruturas federais no sentido de se criar condições para a execução nacional de políticas de saúde, bem como uma falta de mecanismos que sejam capazes de assegurar essas políticas, a fim de que, ao serem implementadas por estados e municípios, possam garantir o acesso aos serviços de forma universal e equânime, de acordo com o que foi definido na constituição federal.

Segundo Cordeiro (1996), várias propostas de mudança do modelo de atenção à saúde ainda não foram adiante, entre elas pode-se citar a mudança do modelo assistencial, esboçada nos projetos de criação dos distritos sanitários ou dos sistemas locais de saúde, que efetivamente não funcionam na prática. Entre as diversas abordagens da análise da crise do modelo assistencial do sistema de saúde, é consensual que o atendimento à saúde, pautado na fragmentação das ações, é um fator de elevação crescente dos custos médico-assistenciais e da má qualidade dos serviços de saúde.

Ainda não se pode dizer que o modelo assistencial predominante no Brasil contemple o que está definido na legislação do SUS, uma vez que esse modelo volta-se, prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e conseqüentemente de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população. Seu enfoque biologicista não é capaz de compreender ou de considerar adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer das pessoas (TRAD & BASTOS, 1998). O reconhecimento da crise desse modelo no contexto da Saúde Coletiva, suscitou a emergência de propostas que visavam a

transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e do processo de trabalho em saúde (PAIM, citado por TRAD & BASTOS, 1998)

O uso de tecnologias eficazes e seguras, articuladas a sistemas de referência e contra-referência regionalizados e hierarquizados, faz parte da nova racionalidade do Sistema Único de Saúde para que se possa universalizar o acesso aos serviços de saúde. Nesta ótica, o SUS pretende que o acesso aos serviços de saúde deixe de ser centrado no atendimento hospitalar para usar mais racionalmente os cuidados em unidades básicas e na rede ambulatorial. É necessário reafirmar que a mudança do modelo assistencial deve ser coerente com as demandas resultantes da transição demográfica e da heterogeneidade da configuração epidemiológica da população brasileira. A diversidade dos padrões epidemiológicos, demográfico-regionais e sociais, marcados pela estrutura de desigualdade da sociedade brasileira, exigem do SUS que as respostas às demandas sociais sejam ágeis e ajustadas às condições locais e regionais, respeitando as políticas públicas nacionais (CORDEIRO, 1996).

Em relação às políticas de saúde bucal, é possível observar que, historicamente, a odontologia sempre ficou à margem das políticas de saúde implantadas no Brasil. A oferta pública dos Serviços de Saúde Bucal no Brasil, ainda que possuindo antecedentes que remontam à década de 1930 e avanços dignos de nota nos anos 50, sofreu um processo de crescimento significativo nas décadas de 80 e 90, desde quando foram iniciados os movimentos institucionais precursores da formação do SUS. Destacam-se a caracterização da Saúde Bucal como atenção básica à saúde, conferida pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e o crescimento dos serviços facultado pelo ambiente de municipalização da saúde, criado pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde e pelas Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde. Entre os principais avanços das tecnologias assistenciais alcançados nessa época, vale mencionar o uso de flúor gel aplicado trimestralmente com escovas de dente associado à escovação diária com creme dental fluoretado, cuja facilidade de aplicação possibilitou seu uso em coletivos formados nos mais

diversos espaços sociais. A rotinização dessas aplicações passou a ser amplamente utilizada, a partir do início dos anos 90, após sua regulamentação pelo Ministério da Saúde, sob o nome de Procedimentos Coletivos (PC). Os Procedimentos Coletivos tornaram-se parceiros sinérgicos da estratégia de fluoretação das águas de abastecimento (ZANETTI, 2000).

Nessa última década, paralelamente aos avanços alcançados na saúde bucal coletiva, a crise da assistência à saúde, decorrente do esgotamento do modelo biomédico tradicional, fez ressurgir no país programas desenvolvidos segundo a lógica da abordagem familiar: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Em 1995, ocorreu a oportunidade de fundir a estratégia assistencial dos Procedimentos Coletivos com a estratégia gerencial de organizar a atenção sob a lógica da abordagem familiar, conformando as bases para inserção da Saúde Bucal no PSF. Em cinco anos, alguns sistemas locais de saúde passaram a realizar ações de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família, dado sua adequação e organicidade ao Programa de Saúde da Família (ZANETTI, 2000).

2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A construção de um modelo assistencial centrado na família, articulado com os princípios de descentralização, municipalização, integralidade e qualidade dos cuidados de saúde torna-se parte importante na consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (CORDEIRO, 1996).

Trad & Bastos (1998) afirmam que o Programa Saúde da Família apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com o princípio de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido (BORDONI, 1992) ao idoso (JITOMIRSKI & JITOMIRSKI, 1997), sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação iniciou-se em junho de 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de Janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2000b)

No período entre 1996 e 1999, o Programa Saúde da Família passou de 847 equipes, em 228 municípios, para 4945 equipes, em 1970 municípios. Atualmente, existem no Brasil cerca de 18.000 equipes, sendo que desse total, 5128 apresentam também a Equipe de Saúde Bucal. O PSF, atualmente, está presente em 78,8% dos municípios brasileiros, ao passo que as Equipes de Saúde Bucal estão presentes em 47,1% dos municípios. Esse processo de expansão do Programa de Saúde da Família, segundo afirma o Ministério da Saúde, vem ocorrendo de forma integrada ao sistema de saúde, articulando as

diferentes ações programáticas desenvolvidas, em especial, nos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2000e, 2003)

Considerado como estratégia, o Programa Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária. O PSF está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), onde atua uma equipe multiprofissional que assume responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde, e também de tratamento e reabilitação de agravos. A USF atua num caráter substitutivo, ou seja, as práticas convencionais de assistência devem ser substituídas por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e no trabalho em equipe. Ela está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, a atenção básica, estando vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e suas famílias, assegurando referência e contra-referência sempre que for necessário maior complexidade tecnológica para resolução de problemas identificados na atenção básica (ANDRADE, 2003).

O Programa Saúde da Família incorpora a inovação de deslocar o eixo de ação centrado no médico, para uma ação centrada numa equipe de saúde, uma vez que o trabalho é realizado por uma equipe multiprofissional composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, em regime de oito horas diárias e com salário específico. (AZALIN & OLIVEIRA, 1996, VASCONCELOS, 1999).

O número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um Agente para 500-600 pessoas acompanhadas. Outros profissionais poderão ser incorporados nas Equipes de Saúde da Família (ESF) de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Em uma Unidade de Saúde da Família podem atuar uma ou mais equipes, dependendo da concentração de

famílias na área de abrangência. Como um dos instrumentos de gerenciamento, o Programa Saúde da Família conta com o banco de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que deve ser alimentado rotineiramente com informações dos municípios participantes (AZALIM & OLIVEIRA, 1996, BRASIL, 2000a).

De acordo com Andrade (2003), a ESF deve estar preparada para conhecer a realidade das famílias da área de abrangência pela qual é responsável, identificar os problemas de saúde prevalentes, elaborando um planejamento local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Além disso, a ESF deve prestar assistência integral, respondendo, de forma contínua e racionalizada, à demanda organizada ou espontânea na Unidade de Saúde da Família, na comunidade e no domicílio. Deverá realizar também o acompanhamento dos atendimentos dos usuários nos serviços de referência e desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos principais problemas de saúde.

A ESF deve abordar toda população, e não somente os doentes, de forma ativa, isto é, indo até o domicílio, a escola, o local de trabalho onde estão os cidadãos e não ficar esperando que eles procurem o serviço de saúde. Essa abordagem diferenciada exige um conhecimento mais aprofundado da população da área de abrangência e da cultura local (BRASIL, 1994).

A concepção de PSF abrange conteúdos que integram, entre outros, aspectos relativos ao modelo e prática assistencial, processo de trabalho e formação de recursos humanos. Quanto às bases do PSF, identifica-se um modelo com ênfase na promoção e proteção da saúde além do atendimento domiciliar, apresentando os seguintes aspectos: área de abrangência com adscrição da clientela; equipe multiprofissional; ação preventiva e de promoção à saúde a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; ênfase nas ações programáticas, que visam reduzir a demanda sobre unidades de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social, centrados nos Conselhos

Municipais de Saúde. Por um lado, a equipe multiprofissional rompe com o protagonismo do saber e da prática médica no processo de trabalho em saúde, por outro, a ênfase nos processos de promoção/prevenção se desmarca do enfoque clínico (TRAD & BASTOS, 1998).

O Programa Saúde da Família projeta-se com a grande possibilidade de gerar resultados, ou seja, eficácia social e epidemiológica, decorrente da capacidade profissional em combinar recursos tecnológicos com respostas que freqüentemente originam-se no seio da sociedade (mobilização de vontades para o autocuidado, mudanças comportamentais e transformações coletivas em prol da qualidade de vida). Trabalha-se então a própria subjetividade do indivíduo enfermo e a objetividade das práticas intersetoriais promotoras de saúde (KRIGER, 1997). O indivíduo passa a ser tratado como sujeito integrado à família e à comunidade, podendo assumir uma posição mais ativa no processo saúde-doença (BRASIL, 1994).

Levando-se em conta os princípios e bases operacionais do PSF, esse programa pode ser considerado uma estratégia importante na transformação do atual modelo assistencial. A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas (TRAD & BASTOS, 1998). Entretanto, para que sejam efetivas as ações do Programa Saúde da Família faz-se necessário mudanças profissionais significativas na abordagem da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação deste novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2000c).

É necessário enfatizar que as mudanças em termos de modelo assistencial compreendem componentes tanto técnicos como políticos. Pode-se incluir entre os componentes políticos, uma série de elementos qualitativos envolvendo os atores sociais, as conjunturas políticas e sanitárias do país e da região, sendo, portanto, múltiplos os fatores que repercutem sobre o objeto

saúde, devendo a dimensão técnica realizar-se expressando essa consciência (TRAD & BASTOS, 1998).

Para Zanetti et al. (1996), a simples implementação de uma nova frente de trabalho no espaço da família não é suficiente para se obter uma mudança substantiva do modelo assistencial. Exemplo disso é a verticalização programática e pouco transformadora da assistência pública, realizada na maioria das experiências de implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família, patrocinadas pelo Ministério da Saúde. Com isso, faz-se necessário um amplo processo de mudança do modelo de atenção, que não só institua novas rotinas como também modifique aquelas existentes, no sentido de integralizá-las e de torná-las mais orgânicas aos desafios do Sistema Único de Saúde.

Vasconcelos (1999) relata que, em alguns municípios, a implementação do PSF significou mais uma modificação institucional do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias. Práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com grupos comunitários passaram a ser denominadas erroneamente de saúde da família. Ao não se ter uma distinção precisa entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo “família” acaba perdendo sua especificidade. Não se tem mostrado a diferenciação entre as várias situações de risco vivenciadas pelas famílias ou entre os diversos contextos familiares em que estão situados os problemas de saúde, para, a partir daí, elaborar as diferentes metodologias de abordagem que forem necessárias. Com isso, a percepção e, conseqüentemente, a intervenção dos profissionais das ESFs tendem a ficar restritas ao fator biológico do processo de adoecer.

Essa nova prática exigirá, conseqüentemente, um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2000b). Conforme afirmam Levcovitz & Garrido (1996), “para uma nova estratégia, um novo profissional”. Este não é um corolário fácil antes da definição do maior

problema que o Programa Saúde da Família encontra, hoje, para sua expansão. Se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia a dia.

Um dos problemas enfrentados pelos profissionais do setor saúde, após sua formação básica ou especializada, é a dificuldade da aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos ao enfrentarem casos concretos do cotidiano profissional (BRASIL, 2000c).

O profissional da Equipe de Saúde da Família precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção de Saúde. E para que isso aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000b, 2000c).

O conceito central que organiza a proposta do Programa de Saúde da Família é o de “vínculo”, realizado entre o profissional e o paciente no espaço tradicional da clínica, porém estendido entre o profissional e toda família do usuário no espaço complexo do distrito de saúde. Sendo assim, este modelo trabalha não só a noção de vínculo clínico, como também a de vínculo de saúde, não só com a noção de equipe clínica, mas também a de equipe de saúde sanitário-responsável. O que se objetiva fundamentalmente é a mudança radical na natureza da prática profissional em decorrência das mudanças na natureza das relações praticadas entre os profissionais e os cidadãos usuários do sistema (ZANETTI, 1997).

A essência da medicina familiar é que se trata de atenção médica centrada na pessoa. Os interesses do paciente estão acima dos interesses do profissional e do sistema (CEITLIN, 1998). Na Saúde da Família, estabelece-se relação de

mútua responsabilidade entre os recursos de saúde e a população adscrita, com base na “responsabilização”. Desse modo, numa área de abrangência, a população reconhece nos serviços de saúde da família seus serviços, ao mesmo tempo em que a Equipe de Saúde da Família reconhece, na população adscrita, sua população, criando-se um sentimento de parceria em busca da melhoria da saúde (TEIXEIRA, 1994).

A democratização da administração dos serviços de saúde com a participação da população e dos profissionais, apesar de bastante tímida, tem apresentado algumas contribuições no enfrentamento dos problemas de saúde, com ligeiro impacto na qualidade dos serviços prestados, bem como nos indicadores de saúde da população (FERREIRA, 1998). É importante promover fóruns de debates e usar todos os meios de divulgação para envolvimento de instituições formadoras de recursos humanos para a saúde, profissionais da área, gestores dos serviços, câmara de vereadores, organizações comunitárias e da população em geral. Como toda proposta inovadora, a implementação da estratégia Saúde da Família, para ser bem sucedida, depende de uma firme decisão política do gestor municipal e da aprovação e apoio do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2000e).

Especificamente em relação à saúde bucal, a inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família representa uma grande oportunidade para se articular com a equipe de saúde já existente as ações curativo-reabilitadoras e de promoção de saúde (CALZADILLA & BALY, 1997).

Segundo Zanetti (1999), para o Programa Saúde da Família, preconiza-se a proporção de um Cirurgião-dentista, um Técnico em Higiene Dental e um Auxiliar de Consultório Dentário para 6000 a 8000 habitantes, que corresponde a cerca de 1500 a 2000 famílias.

Para Zanetti (2000), a inserção da Equipe de Saúde Bucal no PSF aponta para a possibilidade de organizar universalmente a atenção à saúde bucal.

Entretanto, o princípio da universalidade no SUS remete-nos, no mínimo, aos questionamentos: da natureza da atenção a ser disponibilizada para todos, do montante de recursos disponíveis para tanto e das formas de geri-los. A universalidade poderá ser alcançada com a promoção de saúde, realizada com ações capazes de manter e, principalmente, elevar os padrões de saúde bucal, mediante a realização de tarefas simples, de baixo custo e com reconhecida excelência em promoção, prevenção e vigilância. Alcança-se, assim, um incomparável nível de impacto epidemiológico e social, pois as tarefas são realizadas de forma a rotinizar ações que buscam instituir e enraizar noções de autocuidado e, conseqüentemente, modificar hábitos e realidades pouco saudáveis. Entretanto, a implementação de uma nova frente de trabalho no espaço da família não será suficiente para promover mudanças no modelo assistencial. Para tanto, faz-se necessário um amplo processo de revisão dos modelos atuais de atenção em saúde bucal.

2.4 BH Vida: O PSF de Belo Horizonte¹

A estratégia Saúde da Família vem sendo discutida, em Belo Horizonte, desde o ano de 1999, momento em que ocorreu a formulação de um projeto-piloto que culminou com a implantação de vinte e duas ESFs no município. No início do ano, 2000 iniciou-se a implantação parcial do Programa BH Vida por meio da incorporação de 2625 ACS à rede básica de saúde. Em 2001, iniciaram-se as discussões sobre as ESFs enquanto alternativa de reorganização da rede básica de atenção à saúde e ampliação da assistência. Esse processo, segundo documentos da PBH, ocorreu com ampla mobilização de gestores, trabalhadores, conselhos e usuários do SUS/BH. Foi realizado um seminário, que contou com a participação de todos os gerentes dos centros de saúde, Coordenadores do Programa de ACS, técnicos dos níveis central e distrital da SMSA, e que tinha como objetivo discutir as principais diretrizes da equipe de governo em relação à atenção à saúde. A partir desse seminário, ficou definido a criação de cinco grupos de trabalho que se ocuparam de discutir os cinco principais temas apontados no seminário: transição do modelo de atenção, composição das equipes, infra-estrutura, capacitação de recursos humanos e acompanhamento dos distritos sanitários.

Durante o processo de construção das propostas preliminares do Programa BH Vida, foram realizadas discussões em várias esferas e entidades, como Colegiado de Gerentes de distrito Sanitário, Secretaria Municipal de Políticas Sociais, Sindicatos, UFMG, Conselhos Regionais e Municipal de Saúde, Unidades de Saúde e usuários, com o objetivo de proporcionar um aprofundamento progressivo das propostas e adequação das mesmas às várias realidades do município.

¹ As informações apresentadas neste item foram obtidas no documento: BH Vida—Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, mimeo, 2001.

2.4.1 Características das ESFs do Programa BH Vida²

Cada ESF do Programa BH Vida é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e 4 a 6 ACS. Para cada duas ESFs, está sendo constituída uma ESB, composta por um CD, um THD e um ACD; todos os profissionais apresentam jornada de trabalho de oito horas diárias.

O número de famílias adscritas por equipe será variável, conforme a classificação do risco de adoecer e morrer adotada no município, variando de até 600 famílias, nas áreas de risco muito elevado; 750, nas de risco elevado e 900, nas de médio risco. O processo de implantação das ESFs está ocorrendo de forma gradativa, com base em estudos sobre a realidade local, critérios de risco, adesão dos profissionais e infra-estrutura, iniciando-se nas regiões de risco muito elevado e avançando para as áreas de risco elevado e médio respectivamente. O atendimento à população ainda não vinculada às ESFs está sendo realizado pelos profissionais das clínicas básicas.

Em uma primeira fase, seriam implantadas 125 ESFs para cobrir as áreas de risco muito elevado e, numa segunda etapa, outras 133 equipes seriam implantadas para cobrir as áreas de risco elevado. Posteriormente, o restante das ESFs seria incorporado, a fim de se atingir a meta de 70% de cobertura da população. Para compor as equipes, foi adotado o processo de adesão voluntária dos servidores da rede pública municipal (Centros de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospital Odilon Behrens, Policlínicas de Atendimento Municipal e Centros de Especialidades). Nos casos em que foram necessárias mudanças dos profissionais para outros locais de trabalho, o processo se deu por meio de negociação, respeitando-se os vínculos previamente estabelecidos com a comunidade.

² Ver nota anterior.

Todos os membros da ESF deverão realizar o *acolhimento*³ do usuário cadastrado, sendo necessário ressaltar que a equipe de recepção das USFs também deverá realizar o acolhimento, identificando o problema do usuário e o motivo da procura pelo atendimento.

As ESFs deverão ter suporte específico de referência para especialidades que envolvam maior demanda. O estabelecimento de vínculo entre os profissionais das ESFs com os especialistas deverá ser a tônica da relação entre a atenção básica e a especializada. O trabalho das ESFs deverá ser pautado por uma atuação multiprofissional e interdisciplinar⁴, sendo que o alcance das metas do programa, com a melhoria nos indicadores de saúde e satisfação dos usuários, depende da ação conjunta e articulada de todos os membros da equipe e não apenas da somatória das ações individuais.

A abordagem coletiva, com a identificação dos problemas de saúde mais freqüentes, situações de risco das famílias adscritas, assim como o plano de ação a ser elaborado em conjunto com a comunidade representam o primeiro trabalho desenvolvido por cada ESF. As ações das equipes são orientadas pelo diagnóstico epidemiológico, levando em consideração tanto os fatores biológicos quanto os aspectos sócio-econômicos e culturais do processo saúde-doença. Uma parte das atividades ocorre de forma planejada por meio de ações preventivas de educação em saúde, vigilância a situações de risco, promoção de saúde, desenvolvimento de hábitos ou estilos de vida saudáveis, ações no sentido da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos adscritos, realizando os cuidados básicos de saúde, conciliando o *acolhimento* e o atendimento às intercorrências clínicas. A realização de recortes na população

³ O acolhimento é uma estratégia que organiza o processo de trabalho das unidades de saúde de forma a ampliar e melhorar a porta de entrada, através de uma escuta mais qualificada dos problemas dos usuários definindo encaminhamentos para a solução destas demandas. Acolher os usuários, humanizar o atendimento são pressupostos para uma assistência de qualidade e com respostas efetivas para a população (BELO HORIZONTE, 2003).

⁴ O termo multiprofissional, de acordo com Maximiano (1980), serve para subentender que a equipe é composta não apenas por vários profissionais, mas que esses seriam de profissões diferentes. Já a Interdisciplinaridade é a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento, tem, portanto, caráter epistemológico.

adscrita, de forma a perceber determinados grupos populacionais que sejam alvos de ações específicas tem importância fundamental para o trabalho em saúde. Esses recortes, geralmente, são feitos por faixa etária (idosos, recém-nascidos, adolescentes, mulheres em idade fértil etc.), por patologia (hipertensos, diabéticos, hansenianos, tuberculosos, asmáticos, portadores de necessidades especiais), por determinantes sociais (desemprego, miséria, abandono, analfabetismo) e outras formas que sejam úteis para identificar ações e necessidade de parcerias interinstitucionais. A fim de alcançar os objetivos, as equipes devem procurar se inserir em atividades que extrapolem os limites do campo estrito da atuação em saúde, criando possibilidades de atuação conjunta com órgãos públicos e outros segmentos da sociedade.

2.4.2 O processo de capacitação das ESF do Programa BH Vida⁵

A proposta do Programa BH Vida prevê a capacitação contínua dos membros das ESFs. A capacitação iniciou-se com o curso de pós-graduação *lato sensu* – Especialização em Saúde da Família, promovido em parceria com a UFMG por meio das Faculdades de Medicina e Enfermagem. Além desse primeiro momento, pretende-se manter a educação continuada a fim de fomentar a mais ampla gama de oportunidades de formação profissional.

O curso de Especialização em Saúde da Família é composto por módulos centrais, módulos temáticos e tutoria/preceptoria em serviço. Nos módulos centrais, toda ESF participa, incluindo auxiliares de enfermagem e ACS. Esses módulos abordam os temas: “*diagnóstico e modos de intervenção no coletivo e o trabalho em equipe multidisciplinar*”. Após o término dos módulos centrais, são oferecidos 40 módulos temáticos (Anexo G), selecionados entre os temas mais prevalentes nas clínicas de adultos, mulheres e crianças na atenção básica, além de abordar temas especiais como violência, alcoolismo, uso de drogas, entre outros. Cada profissional deve escolher 15 módulos de acordo

com suas necessidades, levando-se em conta aspectos como o perfil epidemiológico da área em que atua e a sua formação anterior. Além da capacitação nos módulos centrais e temáticos, os profissionais das ESFs são acompanhados na rotina de trabalho por tutores/preceptores em cada especialidade básica, com o objetivo de se garantir um monitoramento contínuo do processo de capacitação e inserção no trabalho.

Os gerentes também deverão participar dos módulos centrais do curso de especialização em Saúde da Família e receberão um programa específico de educação continuada. Diversas ESFs já iniciaram o processo de capacitação, porém em relação às ESBs, esse processo ainda não foi deflagrado.

⁵ As informações apresentadas neste item foram obtidas no documento: BH Vida–Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte, mimeo, 2001.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral

Investigar o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida sob o ponto de vista da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família.

Objetivos específicos

1. Verificar o grau de participação da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família nas discussões acerca da implantação do Programa BH Vida;
2. Verificar, na visão da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família, se ocorreram mudanças no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal com a implantação do Programa BH Vida;
3. Contribuir, a partir dos resultados desta pesquisa, para a reformulação do modelo de assistência a saúde bucal em Belo Horizonte.

4 METODOLOGIA

A metodologia consiste no caminho e no instrumental próprios da abordagem da realidade. Inclui o referencial teórico que a fundamenta, o conjunto de técnicas que possibilitam sua apreensão e também a percepção do pesquisador, na medida em que sua visão de mundo está implicada em todo o processo do conhecimento, desde a concepção do objeto até a conclusão (MINAYO, 1996; DRUMOND, 2002).

A natureza do problema estudado neste trabalho é essencialmente qualitativa, uma vez que, de acordo com o que afirma Drumond (2002), as pessoas são portadoras de uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser traduzida numa dimensão numérica ou estatística. Conseqüentemente, a opção pelo método qualitativo está intimamente relacionada com o objeto de estudo e com a necessidade de conhecer a profundidade, especificidade e complexidade dos atores sociais que participaram do processo de implantação da odontologia no Programa BH Vida.

4.1 Um pouco sobre a Metodologia Qualitativa

Segundo Demo (1995), Minayo (1996) e Chizzotti (2000), as metodologias de pesquisa qualitativa são mais apropriadas para as abordagens em que se procura estudar conceitos e atitudes das pessoas, sendo capazes de incorporar à questão do significado e da intencionalidade, fatores inerentes aos atos, relações e estruturas sociais.

Minayo (1996) afirma que a pesquisa qualitativa está preocupada com uma realidade que não pode ser quantificada, uma vez que trabalha com o universo das significações, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. A pesquisa qualitativa trabalha com um espaço mais profundo das relações, dos

processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de números.

Seguindo essa linha de raciocínio, Chizzotti (2000) afirma:

“ Os pesquisadores que adotaram essa orientação (pesquisa qualitativa) se subtraíram à verificação das regularidades para se dedicarem à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no meio ecológico em que constroem suas vidas e suas relações, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão.”

A importância da pesquisa qualitativa em saúde está apoiada no fato de que, o processo saúde-doença não pode ser explicado, apenas, do ponto de vista das ciências biológicas, mas é importante considerar a existência de aspectos sociais, culturais e econômicos que precisam ser compreendidos.

A introdução da metodologia qualitativa insere conseqüências teóricas e práticas na abordagem do social. Uma dessas conseqüências está na possibilidade de se considerar como científico ou não um trabalho de investigação, que ao levar em conta os níveis mais profundos das relações sociais, não pode operacionalizá-los em números e variáveis, critérios utilizados para se *“emitir juízo de verdade no campo intelectual”*. Essa questão encontra-se diretamente relacionada ao positivismo sociológico¹, que reconhece como científico apenas aquilo que é *“objetivo”*, e menospreza aqueles aspectos chamados *“subjetivos”* que não podem ser sintetizados e analisados estatisticamente (Minayo, 1996).

¹ Segundo Minayo (1996), o Positivismo Sociológico é a corrente filosófica que mantém o domínio intelectual na relação entre Ciências Sociais, Medicina e Saúde. Possui as seguintes premissas: (1) A realidade se constitui naquilo que nossos sentidos podem perceber; (2) As Ciências Sociais e as Ciências Naturais têm um mesmo fundamento lógico e metodológico; (3) Existe uma distinção entre fato e valor: a ciência se ocupa do fato e deve buscar livrar-se do valor.

O confronto polêmico entre qualitativo e quantitativo, objetivo e subjetivo, não pode e não deve ser assumido de modo simplista, como uma opção pessoal do pesquisador ao abordar uma determinada realidade. Esta questão aponta para o problema fundamental que é o caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade. Esse objeto não se revela apenas através de números. A metodologia qualitativa representa o percurso a ser seguido pelos pesquisadores que desejam ir em busca dos significados da ação humana, através do estudo do comportamento humano e social (Minayo, 1993a,b; Chizzotti, 2000)

Não existe uma continuidade entre qualitativo-quantitativo, em que o qualitativo representaria o lugar da “intuição”, da “exploração” e do subjetivismo e o quantitativo representaria o espaço científico, por ser traduzido de forma objetiva e em dados matemáticos. Por outro lado, o conjunto dos dados quantitativos e qualitativos não se opõem, ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage de forma dinâmica, excluindo qualquer dicotomia (Minayo, 1993a).

Apesar da importância da pesquisa qualitativa, podem-se observar resistências por parte de algumas áreas de conhecimento, que a consideram como pré-científica, subjetivista e até como reportagens “mal feitas” (Minayo, 1993b).

A questão que mais incomoda e provoca críticas, por parte dos cientistas, é a presença marcante da subjetividade nas pesquisas de cunho qualitativo, que permitem uma exposição do pesquisador como sujeito participante do processo de investigação; enquanto que, nas pesquisas quantitativas, os números conferem uma ilusão da objetividade, diluindo a presença do pesquisador, os motivos que o levaram até determinada investigação e as características próprias que o ajudam a orientar suas decisões durante a pesquisa.

Segundo Minayo (1993b), a abordagem qualitativa faz uma aproximação íntima e fundamental entre o sujeito pesquisador e o objeto de pesquisa, uma vez que ambos são da mesma natureza: *“ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”*.

Chizzotti (2000) afirma que a abordagem qualitativa parte da premissa de que há um relacionamento dinâmico entre o pesquisador e o mundo real, uma interdependência entre esse sujeito e o objeto de estudo, há um vínculo não dissociável entre a subjetividade do observador e o mundo objetivo. O sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento, sendo capaz de interpretar os fenômenos e atribuir-lhes um significado, ao passo que o objeto não é um dado inerte, ele está cheio de significados e relações que os sujeitos criam em suas ações.

Minayo (1996) concorda com Chizzotti (2000) ao afirmar:

“... Mas não se pode desconhecer que qualquer produção científica na área das Ciências Sociais é uma criação e carrega a marca de seu autor. É preciso aceitar que o sujeito das Ciências Sociais não é neutro. ... nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais “ingênuo” ou “simples” nas pretensões, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos.”

As críticas em torno da abordagem qualitativa, na realidade, representam constatações das falhas e dificuldades na construção do conhecimento. As Ciências Sociais não podem deixar de estar engajadas num discurso com seu objeto de estudo, discurso no qual investigador e objeto compartilham dos mesmos recursos (Minayo, 1996).

A subjetividade nas pesquisas qualitativas é considerada inerente ao próprio método, não representa, necessariamente, um “viés”, mas se apresenta como própria de toda atividade humana, seja ela científica ou não.

Devido à especificidade das Ciências Sociais, a objetividade não é realizável. Entretanto, é importante buscar a “objetivação”, incluindo um rigor no uso do instrumental teórico e técnico, num processo necessário para se atingir a realidade. A “objetivação” faz o pesquisador repudiar o discurso “ingênuo” da neutralidade e, por outro lado, orienta o mesmo a buscar maneiras de reduzir a incursão excessiva dos juízos de valor na pesquisa (Minayo, 1996).

Outro ponto bastante polêmico entre os pesquisadores é a questão da amostragem na pesquisa qualitativa, sendo, portanto, necessários alguns comentários especiais para o seu esclarecimento. Na abordagem quantitativa, busca-se um critério de representatividade numérica para possibilitar a generalização dos conceitos teóricos a serem estados. Já na pesquisa qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com a profundidade e abrangência da compreensão do objeto de estudo, ou seja, seu critério, de representatividade não é numérico (Minayo, 1996).

Na abordagem qualitativa, procura-se entrevistar pessoas cujas idéias são representativas na população estudada. Nessa abordagem, o tamanho da amostra não é definido de forma prévia, as entrevistas são interrompidas a partir do momento em que as informações se esgotam, ou seja, a etapa de coleta de dados termina quando se atinge o critério de exaustão. A exaustão se caracteriza por meio da repetição de conceitos e as novas entrevistas tornam-se repetitivas, acabando por não acrescentar informações diferentes aos dados já coletados (Minayo, 1996).

4.2 A revisão de literatura

O objetivo desta fase do trabalho foi construir um marco teórico de referência para a avaliação e discussão dos resultados e definir de forma clara o objeto de estudo. A revisão da literatura foi realizada por meio de consultas às bases de dados mais comuns da área de saúde, considerando alguns descritores relativos ao tema em estudo. Foi realizada, também, uma busca ativa por trabalhos não publicados, dissertações, teses e textos que não puderam ser recuperados através das bases de dados.

Com o objetivo de conhecer os aspectos relativos à organização do Serviço de Saúde Bucal da Prefeitura de Belo Horizonte, principalmente no que diz respeito ao Programa BH Vida, foi realizada, junto a essa prefeitura, uma busca de documentos considerados importantes para o desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, foram solicitados à Coordenação de Saúde Bucal da SMSA documentos considerados importantes na consolidação do modelo assistencial em Saúde Bucal, tais como:

- projeto de saúde bucal;
- projeto do Programa BH Vida (em todas as suas versões);
- projeto de inserção da odontologia no Programa BH Vida (em todas as suas versões).

No decorrer da revisão da literatura, achou-se necessário modificar os objetivos iniciais, o título e os grupos a serem estudados. Inicialmente, pensou-se em trabalhar também com os usuários do serviço, mas devido, principalmente, ao tempo disponibilizado para realização da dissertação de mestrado, decidiu-se por trabalhar somente com a equipe de coordenação de Saúde Bucal e os Cirurgiões-dentistas do Programa BH Vida.

4.3 O trabalho de campo

Os primeiros contatos com a equipe de coordenação de saúde bucal da Prefeitura de Belo Horizonte ocorreram em abril de 2002, quando foi apresentado o projeto inicial deste trabalho de pesquisa para avaliação e autorização da realização do mesmo nas dependências daquela instituição. Após reunião da equipe de coordenação, foi autorizada a realização do trabalho junto ao Serviço de Saúde Bucal da SMSA, conforme parecer em anexo (anexo D).

Para realização da pesquisa, foram elaborados dois roteiros de entrevistas para cada grupo pesquisado (Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas do Programa BH Vida). Foi solicitado a um professor de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG, a um pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON/UFMG) e a duas professoras do Departamento de Odontologia Social e Preventiva (DOSP), da Faculdade de Odontologia da UFMG a avaliação dos roteiros de entrevistas. Dentre as críticas apresentadas, foi unânime a questão de que os roteiros de entrevistas apresentavam perguntas muito indutivas, o que poderia comprometer a fidedignidade dos dados obtidos.

A partir dessas observações, optou-se por modificar os roteiros de forma que os mesmos apresentassem questões norteadoras para o pesquisador/entrevistador, ao invés de perguntas formuladas, a fim de evitar eventuais induções nas repostas dos entrevistados. Dentro de cada questão norteadora, foram considerados tópicos que, se não fossem abordados espontaneamente pelo entrevistado durante as suas falas, poderiam ser abordados pelo entrevistador (anexos E e F).

Com isso, tentou-se seguir o proposto por Minayo (1996), no tocante ao fato de que a entrevista semi-estruturada é aquela que combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de

discorrer o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas. O roteiro de entrevista representa *“um instrumento para orientar uma conversa com finalidade, que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”*, a fim de que o pesquisador possa apreender o conjunto de idéias, sentimentos e atitudes dos atores sociais, objetivo deste estudo. Dessa forma, as entrevistas seguiram um modelo de conversação entre iguais e não um intercâmbio formal de perguntas e respostas. O investigador não representava apenas um coletor de dados, mas um sujeito ativo implicado em um processo de relação com o outro, em cujos momentos concretos se expressariam conteúdos que o pesquisador poderia definir como indicadores susceptíveis de serem integrados no processo de construção da informação, conforme proposto por Rey (1997).

Após a reformulação dos roteiros de entrevistas, foi realizado o experimento-piloto com dois Cirurgiões-dentistas do Programa BH Vida, que estavam integrando a ESF há mais de 9 meses, e com um membro da equipe de coordenação em Saúde Bucal, que participara de todo o processo de inserção da Odontologia no Programa BH Vida, desde a sua fase de discussão até a implantação propriamente dita, sendo que esses três participantes foram escolhidos pelo critério de conveniência. É importante salientar que, para a SMSA/BH, a equipe de coordenação em saúde bucal é formada pelo Coordenador de Saúde Bucal e as Referências Técnicas de Distrito Sanitário, sendo um representante de cada distrito sanitário. Esse grupo é responsável pelas ações de gestão e planejamento em saúde bucal. O objetivo do experimento-piloto foi verificar a eficácia dos roteiros de entrevistas.

Nas entrevistas realizadas durante o experimento-piloto, verificou-se que as questões presentes nos roteiros eram facilmente entendidas pelos entrevistados, facilitando a abertura de um diálogo entre as partes. Os profissionais entrevistados se sentiram bastante à vontade para discorrer sobre as suas vivências enquanto participantes do programa BH Vida. Conseqüentemente, as entrevistas apresentaram um grande volume de

informações, opiniões, sentimentos e críticas relativas a esse tema. Concluiu-se que o experimento-piloto havia cumprido o seu objetivo, não sendo necessária mais nenhuma modificação nos roteiros de entrevistas. Com isso, partiu-se para a realização do experimento principal.

4.3.1 O experimento principal

Em relação às entrevistas com a equipe de coordenação, foram entrevistados todos os membros que participaram da implantação das ações de Saúde Bucal no Programa BH Vida, desde o seu início até a data de realização das entrevistas. Foi considerado importante entrevistar também dois ex-Coordenadores de Saúde Bucal que ocuparam o cargo na época de discussão e início de implantação do Programa. O atual Coordenador de Saúde Bucal não foi incluído na amostra por ser também o orientador deste trabalho de mestrado. No total, foram entrevistados oito membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal.

Foi entrevistado um Cirurgião-dentista de cada distrito sanitário, sorteado aleatoriamente, entre aqueles que preenchiam o critério de estar atuando em ESF do Programa BH Vida há, pelo menos, 10 meses.

Em cada distrito sanitário, foi realizado o sorteio de um Cirurgião-dentista para ser entrevistado. No total, foram entrevistados oito Cirurgiões-dentistas. Apenas o distrito sanitário Norte ficou sem representação, uma vez que as ESBs foram implantadas, nessa regional, em 2003, não existindo, portanto, nenhum Cirurgião-dentista que preenchesse o critério de inclusão.

A decisão de selecionar profissionais com maior tempo de atuação no Programa BH Vida, tanto em nível de coordenação quanto em atividades da “ponta” do serviço, se deu em função de que os profissionais com maior tempo de participação no processo de reformulação do modelo assistencial

apresentam uma maior vivência desse processo e, provavelmente, apresentam maior possibilidade de perceber as alterações que, porventura, possam ter ocorrido na assistência à saúde bucal.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com os dois grupos pesquisados, utilizando-se roteiros com perguntas norteadoras, específicos para cada grupo (anexos E e F). Essas questões apresentavam apenas um aspecto orientador e não de cerceamento da fala dos profissionais.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos participantes. Foram precedidas de leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C), em cumprimento às determinações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Todas foram gravadas e eram transcritas pelo pesquisador, à medida que iam sendo realizadas, constituindo, assim, num extenso material para leitura e análise. Representando exceção, duas entrevistas não foram transcritas pelo pesquisador uma vez que, devido ao extenso volume de dados, o mesmo necessitava de uma maior dedicação à análise dos dados, sendo, portanto, terceirizada a transcrição delas.

Um ponto importante, durante a fase de coleta de dados, foi a elaboração de um diário de campo em que, após o término de cada entrevista, foram registradas observações e impressões sobre a entrevista e também algumas reflexões e questionamentos do pesquisador. As informações do diário de campo foram utilizadas no sentido de direcionar a interpretação das entrevistas. Em duas situações, durante a transcrição das entrevistas e leitura do diário de campo, percebeu-se a necessidade do pesquisador retornar a campo para aprofundar alguns aspectos importantes que surgiram e que não foram explorados durante a primeira entrevista.

4.4 A análise dos dados

A leitura exaustiva e cuidadosa das entrevistas e do diário de campo orientou o pesquisador na construção de “indicadores” que serviram de base no processo de interpretação dos dados colhidos. Foi necessário um retorno à bibliografia levantada e a procura de novos textos relacionados a algumas questões que surgiram durante o trabalho de campo.

Para o processamento das informações, Rey (1999) utiliza a expressão análise de conteúdo com uma conotação construtivo-interpretativa em que o conteúdo do material analisado se desenvolve por meio de indicadores produzidos pelo processo de interpretação do autor durante o curso de uma investigação. Essa forma de análise do conteúdo é aberta, processual e construtiva, não pretendendo reduzir o conteúdo a categorias concretas, restritivas do processo de interpretação.

Para Rey (1999), indicadores são elementos que adquirem significação em decorrência da interpretação do investigador, representa um momento dentro de um processo e aparece em estreita relação com outros indicadores, de forma a facilitar e viabilizar a construção do conhecimento.

A comunicação entre o pesquisador e os entrevistados se converte, dentro da pesquisa qualitativa, em um processo essencial da definição metodológica, dentro do qual a determinação de indicadores para a interpretação dos dados se expressa como um processo ativo, muito distante da simples categorização das respostas expressadas pelo grupo estudado. A expressão dos sujeitos estudados está, em grande medida, definida pelo sentido que adquire a sua relação com o investigador (REY, 1997).

Entretanto, o compromisso intencional do sujeito investigado com o processo de investigação não significa que o valor da informação produzida nesse processo dependerá de sua consciência em relação aos objetivos da

investigação. O sujeito, em todas as formas complexas de sua expressão intencional, produz uma grande quantidade de informações que não é capaz de conscientizar, as quais são essenciais para a investigação científica. Nessa lógica do processo de produção do conhecimento, a entrevista deixa de ser simplesmente uma técnica, convertendo-se em um processo permanente que dá unidade ao todo metodológico, garantindo a continuidade das diferentes formas de expressão do sujeito estudado perante os instrumentos, dentro da qual essas expressões adquirem sentido para a interpretação. Nesse aspecto, o processo de construção da informação, a partir de indicadores, se diferencia dos procedimentos padronizados utilizados tanto na análise de conteúdo como na análise de discurso. Os indicadores permitem construções que podem ir mais além dos limites da evidência e do próprio indicador produzido. Este processo teórico é uma condição para a percepção de outros indicadores que seriam inacessíveis sem o marco de significação produzido na construção teórica (REY, 1997).

Seguindo o raciocínio de Rey (1999), os indicadores não definem conclusões do investigador em relação ao estudado, eles representam um momento hipotético no processo de produção da informação, que poderá conduzir à percepção de novos indicadores por meio de novas idéias do investigador associadas à construção de indicadores precedentes. A definição de indicador constitui um momento qualitativo, que permite a criação de uma nova opção na construção do conhecimento. Nesse sentido, a definição de indicador representa o começo de um caminho que pode conduzir tanto à troca do problema pesquisado como ao desenho de novos instrumentos de pesquisa.

O processo de definição de indicadores é, de fato, um processo de construção teórica de complexidade crescente em que o indicador se torna um elemento de relação entre os diferentes níveis da produção teórica e as áreas de sentido do objeto de estudo. Dessa forma, o indicador é parte permanente do processo de construção do conhecimento e representa um dos elementos essenciais que facilitam a viabilidade desse processo. O indicador não tem valor como

elemento isolado e estático, mas como parte de um processo dentro do qual aparece em estreita inter-relação com outros indicadores e com o marco teórico-referencial.

Enfim, os indicadores facilitam o desenvolvimento dos complexos processos que caracterizam qualquer investigação contextualizada no estudo da subjetividade humana. Eles são produzidos com uma finalidade explicativa, não descritiva, o que marca uma profunda diferença com a forma que o conceito de dado tem sido utilizado pela ciência (REY, 1999).

A maior parte dos indicadores analisados nesta pesquisa guardam estreita relação com os roteiros de entrevistas utilizados no trabalho, servindo como guia para a elaboração da discussão. Durante a interpretação dos dados, outros indicadores surgiram, sendo que alguns se apresentaram como elementos importantes para o pesquisador, sendo, portanto, incluídos na discussão. Dessa forma, a interpretação dos dados ocorreu a partir dos indicadores descritos a seguir:

- participação dos profissionais da saúde bucal na fase de discussão do projeto de implantação do Programa BH vida;
- trabalho em equipe;
- as modificações no processo de trabalho;
- acesso e integralidade da atenção;
- o processo de seleção dos Cirurgiões-dentistas para o BH Vida.

Esses indicadores serão abordados, de forma mais detalhada, no capítulo seguinte.

4.5 Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da Universidade Federal de Minas Gerais para avaliação e autorização para

realização do estudo. Foram elaborados o Termo de Esclarecimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todas as pessoas entrevistadas (Anexos A e B). Esses documentos foram apresentados para todos os participantes, tanto no estudo-piloto como no principal. O projeto foi aprovado em Dezembro de 2002, sob o parecer n.º 200/02.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no presente trabalho, sendo realizada, concomitantemente, uma discussão sobre os mesmos. É importante ressaltar que, trechos dos depoimentos dos entrevistados ou do diário de campo foram utilizados a título de ilustração ou como parte da linha de raciocínio utilizada na discussão. A seleção desses trechos foi extremamente difícil devido à riqueza de significados dos depoimentos e ao imenso volume de material transcrito. Algumas vezes, foi necessária a inclusão de esclarecimentos nos trechos utilizados, de forma a facilitar a compreensão do leitor. Esses esclarecimentos se apresentam com letra de formato normal (não itálica) e entre colchetes.

Pequenos ajustes ortográficos foram realizados nas transcrições, com a finalidade de aproximá-las da língua padrão, sem, no entanto, alterar o sentido das frases. Assim, por exemplo, as expressões “cê” e “tô” foram substituídas, respectivamente por “você” e “estou”. Em algumas situações, optou-se por não realizar esse procedimento a fim de não prejudicar a compreensão.

Com a finalidade de preservar o sigilo dos participantes, nos trechos de depoimentos utilizados, foram adotadas as seguintes condutas:

- os nomes dos entrevistados não foram citados, os trechos apresentam-se “identificados” apenas com uma letra que não apresenta relação com o nome do entrevistado;
- não foi indicado o distrito sanitário ao qual o profissional está vinculado, uma vez que foi entrevistado um profissional de cada distrito;
- todos os profissionais foram indicados no gênero masculino, uma vez que, apenas três indivíduos do sexo masculino foram entrevistados, sendo que desses, apenas um pertence à Equipe de Coordenação de Saúde Bucal.

A proposta inicial para a discussão era realizar um contraponto entre os depoimentos dos grupos entrevistados (membros da Coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas do BH Vida), pois esperava-se que houvesse divergências e contradições entre os depoimentos de cada grupo. Entretanto, durante a realização das entrevistas e, principalmente, na fase de análise do material, observou-se o inverso, ou seja, as impressões dos entrevistados apresentavam-se bastante semelhantes. Por conseguinte, optou-se por não fazer o contraponto inicialmente pensado, realizando a discussão a partir da visão do grupo como um todo.

5.1 Alguns dados sobre os profissionais entrevistados

Dos 16 profissionais entrevistados, 13 (81%) são do sexo feminino. A idade dos entrevistados varia entre 34 e 52 anos, com uma idade média de 45 anos. A maioria dos entrevistados (68,75%) possui tempo de graduação superior a 20 anos. Dos membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal, sete (87,5%) possuem pós-graduação em nível de especialização, desses, cinco (71,5%) são especialistas em Saúde Coletiva. Em relação aos Cirurgiões-dentistas da ESF, dois (25%) são pós-graduados, sendo um especialista em Saúde coletiva e outro, em Cirurgia Odontológica. O tempo médio de atuação dos Cirurgiões-dentistas no Programa BH Vida é de, aproximadamente, 1 ano e 4 meses.

5.2 Participação dos profissionais da saúde bucal na fase de discussão do projeto de implantação do Programa BH vida.

A proposta de reorganização do modelo assistencial em saúde bucal no município de Belo Horizonte, com vistas à implantação do PSF, vem sendo discutida desde 1999. Mesmo antes da publicação da portaria n.º 1444 de 28/12/2001, do Ministério da Saúde, que regulamentava a inserção da odontologia no PSF, o grupo gestor da SMSA já apontava para a possibilidade de inserção das ações de saúde bucal no Programa BH Vida.

Entretanto, neste estudo, o que pode ser observado, em termos dessa fase de discussão, é que a mesma ocorreu de forma mais intensa no nível central da SMSA, principalmente, entre os participantes do grupo de condução do BH Vida, formado pelo Secretário de Saúde e uma equipe designada para planejar e implantar o Programa. Segundo depoimentos dos membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal, foram poucos os momentos que os profissionais da saúde bucal tiveram acesso a essa fase inicial de discussão do projeto.

... o pessoal tinha reuniões sobre a odontologia e a gente nem ficava sabendo. E nas discussões mesmo, sobre a implantação do PSF, a gente não participava muito não, porque o pessoal começou a discutir sem a participação da gente da coordenação. (...) Era uma equipe que tinha vindo para implantar o PSF, e essa equipe que veio para implantar, fazia as reuniões. Mas assim, as coordenações, não só a odontologia, a gente sentia que ficava meio é... desligado disso, e a gente achava que não podia ser assim, porque a gente tinha que participar desse processo.

E., membro da equipe de coordenação.

E essa referência entra e traz uma proposta de assistência, que é uma proposta que já foi colocada em várias cidades do Brasil. (...) Foi um período muito difícil, porque de uma certa forma, a gente entra em embate com essa proposta, porque a gente não quer aceitar esse pacote pronto, mas de uma certa forma aquilo está posto.

O., membro da equipe de coordenação.

A odontologia, até então, ainda não estava engajada, ficava aquela coisa de bastidor mesmo, aprova, não aprova. A “odontologia ainda não é prioridade, vamos ficar discutindo ainda as equipes de saúde da família, vamos começar com isso, depois a gente vê a odontologia”.

N., membro da equipe de coordenação.

De acordo com os depoimentos de diversos membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal, a decisão de se implementar as ações de saúde bucal no Programa BH Vida foi tomada, basicamente, pelo grupo de condução do projeto com pequena participação da Equipe Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas da “ponta do serviço”, podendo-se falar que esse processo de discussão não ocorreu de uma forma ampliada como preconizado nos documentos oficiais do programa, tratando-se, principalmente no caso das ESBs, de um momento de repasse de informações.

As discussões conosco, na verdade foram informativas, não discussões, foram informações: “a partir de hoje vocês estão inseridos, vai ser assim, assim e assim”...

F., Cirurgião-dentista de ESF.

*(...) de uma certa forma, essa coisa, é **duro de eu estar te falando, mas ela foi de uma certa forma autoritária.** (grifo do autor) Por mais que se discutisse, o que se queria era conseguir implantar o maior número de equipes, fosse a que custo fosse, de que forma fosse, negociando o que fosse preciso para se ter a implantação dessas equipes. (...) **mas a discussão da implantação, o processo de implantação não foi uma coisa que a gente pode falar que foi amplamente discutida não.**(grifo do autor) Queria-se implantar, tinha-se a meta de implantar e a que custo fosse, implantava.*

O., membro da equipe de coordenação.

E a gente não tinha direito de dar opinião, porque já veio tudo pronto, né. (...) foi um sistema que foi implantado de cima para baixo. Já veio pronto. “Então vocês vão trabalhar dessa e dessa forma”.

T., Cirurgião-dentista de ESF.

A odontologia teve uma queixa no momento da implantação do PSF, que foi de não ter tido espaço para participar da discussão do modelo. Então isso foi um dificultador para as referências técnicas, porque você não consegue implantar nada que você não pactue com os trabalhadores. Na medida em que a gente discutiu isso, no nível da secretaria, e não trouxe isso para uma discussão ampliada, isso dificulta que aquele programa, aquele plano ou aquela ação possa ser desencadeada no nível local.

N., membro da equipe de coordenação.

É importante relatar que os depoimentos dos profissionais seguem um caminho contrário à proposta do BH vida, que apresenta uma diretriz de ampla

participação profissional na discussão do projeto. A intenção inicial da SMSA era conduzir o projeto de implantação de uma forma que todos os profissionais tivessem oportunidade para discutir, criticar, sugerir rumos e inserir diretrizes, *“no mais alto grau de democracia participativa”*. Apostava-se que a *“potência em implantar um projeto inovador, como o BH Vida, estava reservada à capacidade de produzir essa grande discussão e movimentação em toda rede e nas comunidades”*. Pretendia-se, dessa forma, criar adesão e provocar a incorporação de novos conhecimentos ao Programa BH Vida. Com esse intuito, os fóruns colegiados da SMSA e aqueles de participação popular deveriam ser fortalecidos e seriam, portanto, *“instâncias privilegiadas de debate em torno do desenvolvimento do projeto e de construção da linha de cuidado”*. Conseqüentemente, representariam um lugar de pactuação política em torno das grandes diretrizes de organização da assistência à saúde (BELO HORIZONTE, 2001).

A necessidade de se abrir um espaço democrático de discussão apóia-se no fato de legitimação de um serviço perante as várias instâncias sociais e também na necessidade de se construir coletivamente uma proposta de trabalho. Pois para que ocorram mudanças no modelo assistencial, é importante que os trabalhadores estejam sintonizados com a nova proposta e, além disso, apóiem sua implementação. Existem inúmeros exemplos no Brasil de projetos normativos que, na prática, não foram capazes de gerar resultados satisfatórios.

Numa condução democrática coloca-se a necessidade de pacto entre gestores, gerentes e trabalhadores em saúde, de forma a assumirem compromissos formais para com os objetivos e metas que alterem positivamente a realidade clínica e epidemiológica dos usuários do serviço. Para tanto, as determinações das políticas de saúde devem ser amplamente discutidas e aceitas pela equipe de trabalho (REIS et al., 1998; FEKETE, 2000).

Dentre os motivos que “pesaram” na decisão da inserção da odontologia no Programa BH Vida, os entrevistados relatam a pressão dos trabalhadores, principalmente, dos Cirurgiões-dentistas da rede, a pressão proveniente da população usuária, que enfrentava grande dificuldade de acesso ao serviço odontológico e, principalmente, a questão do financiamento, que para muitos dos entrevistados, foi considerado o fator de maior impacto nessa decisão.

... com a aprovação do Ministério [da saúde], da portaria que autorizava a implantação das equipes de saúde bucal no PSF, houve uma grande pressão dos trabalhadores, do sindicato, da própria população no sentido de colocar essas equipes em funcionamento. (...) Mas ela, basicamente, ela teve essa imposição, ela foi uma pressão mais corporativa até, acho que nem o usuário tinha esse desejo assim tão forte não.

N., membro da equipe de coordenação.

(...) Ela [implantação das ESB] se deu dessa forma, sem olhar a questão de recurso, de área física, nada disso era considerado. Até porque tinha uma questão financeira colocada ai em cima, porque acima de tantas equipes, se eu não me engano, em torno de 350, se dobrava, o recurso praticamente dobrava. E o negócio era trazer esse recurso para cá, para poder garantir assistência. Então era colocar de qualquer jeito para poder chegar nesse teto e garantir esse financiamento. Quando a gente discutia essas dificuldades, o que ia acontecer e tudo, a gente não era ouvido de forma alguma... (grifo do autor) (...) naquele momento, ele foi colocado, acho que muito mais em cima do recurso que teria para vir do que a discussão do próprio modelo de atenção.

O., membro da equipe de coordenação.

Quando chegou aqui, todo mundo queria o PSF, nem sabia o que era PSF, mas todo mundo queria. O “Beltrano” [consultor técnico da SMSA/BH] juntamente com a cúpula dele decidiu também apoiar a entrada da odontologia...

M., membro da equipe de coordenação.

Pode-se verificar um equívoco inicial no BH Vida, no sentido de se atrelar a sua implantação, principalmente, à questão do financiamento. De acordo com Franco & Merhy (1999), a questão do financiamento é importante, não devendo ser desconsiderada, mas ela não pode ser o ponto de partida e nem o determinante na definição das propostas de políticas de saúde. O que deve definir os modelos de assistência são, principalmente, o território de necessidades e os problemas de saúde colocados pela população, como os desafios dos serviços de saúde em atendê-los. Na esfera do estado, é necessário garantir os princípios que regem a cidadania. A reforma do estado,

direcionada pela ética do mercado, levaria às propostas atuais de segmentação dos mercados sociais, institucionalizando as desigualdades por meio das políticas públicas, o que remeteria à focalização como negação da cidadania.

Ainda, segundo esses autores, atua como favorecedor, no sentido da maior adesão ao Programa, uma certa facilitação do acesso de governos locais aos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, que tem destinado subsídios e incentivos aos municípios para implantação do PSF. No estado de Minas gerais, até mesmo o governo estadual destina incentivos na quota de ICMS dos municípios que têm o PSF implantado. Num momento em que tem sido difícil alocar recursos para saúde, a possibilidade de financiamento de programas no setor os colocam como muito promissores, frente aos governos locais. Há, nessa perspectiva, uma natural e inquestionável adesão à proposta.

Um outro aspecto importante a se ressaltar está relacionado ao fato de que o processo de implantação das equipes deveria acontecer de forma gradativa, respeitando o estudo da realidade local, critérios de risco, adesão dos profissionais e infra-estrutura (BELO HORIZONTE, 2001).

Eu acho que o começo da implantação foi um pouco atropelado. (...) eu penso que foi feito a "toque de galope". Foi um processo que teve pouco tempo para se discutir. Foi uma coisa mais jogada. As pessoas tiveram que, de alguma forma, assumir isso. Fazer, mas fazer com uma reflexão um pouco baixa, com pouco momento para você pensar, para você refletir, em "toque de galope" mesmo.

U., membro da equipe de coordenação.

...o tumulto que foi a implantação, não permitia nem que a odontologia tivesse um lugar de prioridade nas discussões. Então, eu penso, assim, que se não tivesse sido dessa forma, talvez não teria sido de forma alguma, porque não tinha disponibilidade dos gestores, nos diversos níveis, para discutir a odontologia naquele momento.

N., membro da equipe de coordenação.

E a odontologia vai nessa mesma linha, sem discussão. Ela vai montando também. "Montei dois, então a odontologia monta". Ela seguiu mais ou menos a mesma forma, não tinha uma discussão. Teve aquele preparo inicial, mas era uma teorização da questão de saúde da família. Tanto que você vê nas unidades a dificuldade de trabalhar mudança do processo de trabalho.

O., membro da equipe de coordenação.

É possível perceber que, apesar da proposta inicial contemplar uma implantação planejada e gradativa, verifica-se, nos depoimentos, que, na realidade, isso não ocorreu. Houve uma implantação em massa, no início, sem que os profissionais tivessem tempo para se familiarizarem com a nova proposta, o que acabou gerando vários problemas no serviço, conforme exemplificado a seguir.

Na verdade, eles não pediram nada, eles não te informaram nada, a coisa ia começar no ar. Quando eu conversei com a gerente eu falei: “Como que a gente vai trabalhar? Como que vai ser?” “Espera, deixa a coisa funcionar para ver como que vai ser, porque não tem nada definido. A odontologia não tem nada definido”.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

(...) E queria que essa coisa da implantação acontecesse rápido, que aparecessem as equipes prontas. E aí foram feitas negociações, não muito claras, de um distrito pro outro, que hoje está trazendo uma série de dificuldades com relação à diferença de processo de trabalho, não entendimento do processo de trabalho. (...) Porque até a discussão com a rede, que não foi feita antes, é mais difícil, porque você coloca a coisa de qualquer jeito e ela começa a dar algumas coisas de errado, ao invés da rede ser parceira, ela começa a ir contra. Então, você tem que trazer um outro momento, e ele é mais difícil.

O., membro da equipe de coordenação.

Segundo Andrade (2003), um aspecto importante é a forma em que o PSF vem sendo implantado em muitas localidades no país. Além da lógica impositiva do modelo, o mecanismo dos incentivos, disponibilizado pela parte variável do PAB, conduziu a formas de implantação do Programa em que não houve uma discussão com o setor saúde e com a população, e tiveram, como único objetivo, aumentar a receita. O PSF poderia ser discutido não como “o” Programa Saúde da Família, mas como “os” Programas Saúde da Família, ou seja, é possível encontrar experiências em que a estratégia saúde da família foi incorporada aos modelos propostos pelo SUS e contribuiu para sua consolidação. Em algumas situações, portanto, o PSF é o próprio modelo assistencial, não se configurando como modelo paralelo ou vertical. Em outros casos, porém, temos modelos distorcidos, de pouco impacto, implantados de

forma prescritiva e que, no mais das vezes, exacerbam todas as suas deficiências.

Finalizando este tópico, é possível que o PSF represente uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a interssetorial, da exclusão para a universalidade. Sem desconsiderar as dificuldades adjacentes a esse desafio, interessa destacar o componente relacionado com o apoio da sociedade. Em outros termos, é necessário construir a viabilidade social de qualquer proposta de mudança, e isso passa pela inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios. No caso da saúde, o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, das entidades de representação profissional, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando, tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de intervenções, são prerrogativas para a construção de viabilidade social das mudanças no setor saúde (TRAD & BASTOS,1998).

5.3 O trabalho em equipe.

Segundo Piancastelli et al. (1999), a concepção de equipe está vinculada a um processo de trabalho e sujeita-se às transformações pelas quais este vem passando ao longo do tempo. Nesse sentido, pode-se dizer que a idéia de equipe advém:

- da necessidade histórica do homem de somar esforços para alcançar objetivos que, isoladamente, não seriam alcançados ou seriam de forma mais trabalhosa ou inadequada;
- da imposição que o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno tem imposto ao processo de produção, gerando relações de dependência e/ou complementaridade de conhecimentos e habilidades para o alcance dos objetivos.

Portanto, o trabalho em equipe deve ser entendido como uma estratégia concebida pelo homem para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador (PIANCASTELLI et al., 1999).

Hoje, mais do que nunca, o trabalho em equipe tem sido incentivado em praticamente todas as áreas da atividade humana. Vários autores têm destacado vantagens do trabalho em equipe sobre o trabalho individual, mas apesar deste reconhecimento, constata-se, na prática, uma grande dificuldade de se realizar o trabalho em equipe. (PIANCASTELLI et al., 1999)

É necessário fazer, neste momento, uma diferenciação sobre o que é o trabalho em equipe e o que é o trabalho em grupo.

Trabalho em grupo, segundo Mucchielli, citado por Silva (2002), pode ser definido como uma estrutura no interior da qual se acham reunidos os trabalhadores de mesma profissão. Já o trabalho em equipe seria definido pela

multidisciplinaridade. O trabalho em equipe agrupa profissionais de categorias diferentes, obrigados a se complementarem, a se articularem, a dependerem uns dos outros para realizarem o objetivo.

Por outro lado, Maximiano (1986) não enfatiza, como principal fator de diferenciação, a necessidade da equipe, para se configurar como tal, ser composta por diferentes categorias profissionais, mas apenas fatores relacionados aos tipos de relações existentes entre os seus membros, independente de serem da mesma profissão. Um grupo começa a se configurar como equipe quando os fatores organização, interação, motivação e percepção estão simultaneamente presentes, sendo que uma equipe poderia ser definida como “um grupo de trabalho que manifesta simultaneamente dois tipos de comportamento: os dirigidos para a execução e os dirigidos para a eficiência e o bem estar das relações pessoais”.

Após essa breve e limitada revisão sobre os conceitos de grupos e equipes de trabalho, é necessário que se faça uma diferenciação entre os termos trabalho em equipe multiprofissional e trabalho interdisciplinar.

O próprio conceito de equipe já evoca a questão do multiprofissional, o acréscimo do termo multiprofissional serviria para subentender que a equipe seria composta, não apenas por vários profissionais, mas que esses seriam de profissões diferentes. O trabalho em equipe multiprofissional consistiria numa modalidade de trabalho coletivo que se configuraria na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (SILVA, 2002).

É importante salientar que não é o termo multiprofissional que evoca o trabalho em equipe propriamente dito. No entanto, é comum encontrar na literatura o termo multiprofissional como fator responsável pela interação, complementaridade e integração em um grupo de trabalho (SILVA, 2002).

Essa é uma armadilha em que muitos serviços de saúde acabam caindo ao implementarem estratégias de atenção baseadas no núcleo familiar, considerando que apenas a formação de equipes multiprofissionais é suficiente para promover mudanças no processo de trabalho. Essa foi uma realidade percebida em relação à implementação das Equipes de Saúde Bucal do Programa BH Vida, uma vez que os profissionais, principalmente o Cirurgião-dentista, têm uma formação em que o trabalho em equipe não é amplamente contemplado.

E como é uma questão nova...Se pra equipe de saúde da família, que existe uma discussão muito anterior a que aconteceu na odontologia, isso [trabalho em equipe] já é um grande desafio. Eu acho que, para a odontologia, ainda é mais, porque a gente vem de um processo de organização de trabalho em que, de fato, a gente trabalha de forma muito isolada. (...) Então assim, é um grande desafio para os profissionais, hoje, da odontologia, trabalhar nisso (...).Essa mobilização para poder trabalhar junto, de uma forma colegiada, de fazer estudos de caso, e no estudo de caso envolver todos os aspectos é uma coisa que a gente ainda está aprendendo a fazer

N., membro da equipe de coordenação.

A odonto, quando ela entrou, ela entrou para compor uma equipe de saúde da família, entrando com a especificidade de equipe de saúde bucal, mas na verdade era para ela estar integrada a essas outras categorias. Na minha visão, eu acho que isso ocorreu pouco, eu acho que a inserção foi baixa, eu acho que tem o problema da odonto, no sentido de que nós somos realmente uma profissão que, de alguma forma, sofre um isolamento que vem desde a graduação, no sentido de que a gente é meio separado da saúde...

U., membro da equipe de coordenação.

É importante observar que o fator multiprofissional pode enriquecer e aumentar as possibilidades de troca entre os integrantes de uma equipe de trabalho, mas não é condição exclusiva para que o grupo venha a trabalhar como equipe, podendo até ocorrer o inverso, e as diferenças que deveriam ser um fator de coesão convertem-se em fator de desunião por meio de ameaças ao *status* dos diferentes profissionais do grupo (SILVA, 2002). Essa situação foi relatada em alguns depoimentos dos profissionais da rede, como exemplificado a seguir:

Você vê o dentista muito dentro do consultório, ele fica muito desligado. E isso aí dificulta a hora que você quer chegar até uma outra categoria. Você vê isso dentro do posto. A gente fica aqui dentro, a gente não se envolve com as coisas lá de fora e o pessoal tem uma certa resistência à gente.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

Por outro lado, a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento. Tem, portanto, caráter epistemológico; é a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. O trabalho em equipe no Saúde da Família requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade, que é a atenção primária, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde. Ao considerar que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado em saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais do processo saúde-doença e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, a assistência à saúde passa a ter a característica principal de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ALMEIDA & MISHIMA, 2001).

De acordo com Nunes & Silva (1999) e Mucchielli, citado por Silva (2002), para que um grupo deixe de ser um mero agregado de indivíduos e passe a ser efetivamente uma equipe, são necessárias diversas condições, a saber:

- coesão entre os membros;
- confiança em relação aos integrantes dos grupos;
- cooperação entre os membros;
- comunicação facilitada no interior da equipe.

Deve-se acrescentar, também, a essa lista de fatores, o fato de que, no geral, os sistemas educacionais não preparam as pessoas para trabalhar em equipe, tornando, portanto, necessário todo um trabalho de capacitação ou sensibilização das pessoas à situação de trabalho coletivo (SILVA, 2002). Isso é particularmente importante no caso das equipes do PSF. Para se iniciar o trabalho em ESF, é importante que se faça uma capacitação inicial sobre a

dinâmica desse trabalho, principalmente, em relação ao trabalho em equipe. Não se pretende afirmar que essa capacitação seja suficiente para que ocorra, efetivamente, um trabalho em equipe, mas certamente é um primeiro passo nessa direção.

A esse respeito, em muitos depoimentos, tanto de Cirurgiões-dentistas das ESFs quanto dos membros da Equipe de Coordenação, é relatada a falta desse direcionamento inicial.

(...) eu acho também, que, institucionalmente, a odonto ter ficado fora do curso de especialização do PSF, não fazendo nem parte do módulo de trabalho em equipe, em que se chamaram os agentes comunitários, os auxiliares de enfermagem, que também não compunham o curso de especialização, para participar. Nós, na época, tentamos, inclusive, bancar isso, “chama o pessoal da odonto” numa forma da gente estar iniciando. Mesmo que fosse administrativamente, uma integração burocrática, mas era um momento de você jogar uma sementinha, e a gente não conseguiu impor a odonto nesse módulo de trabalho em equipe. (...) Eu penso que um ponto dificultador desse processo foi a não inserção da odontologia no curso de especialização. Primeiro, porque a odontologia continuou como um apêndice, por fora, e tal. A leitura ficava muito por conta do gerente puxar, da equipe a qual eles estavam vinculados, puxar essa leitura, essa discussão, essa inclusão dentro do programa. (...) algumas equipes podem ter tentado se integrar, até acontecido a integração, mas eu acho que faltou.

U., membro da equipe de coordenação.

Para Maximiano (1986), “não basta colocar pessoas juntas numa sala, em um projeto ou departamento para que elas, automaticamente, venham a se comportar como uma equipe, desenvolvendo laços de cooperação e interesse em sua manutenção como grupo”. A esse respeito, é interessante observar o depoimento de C., Cirurgião-dentista do Programa BH Vida, em relação ao relacionamento com sua equipe de trabalho.

*Olha, eu vou te falar com sinceridade. **Eu não me envolvo com as coisas lá de fora.** (grifo do autor) Eu não sei nada da enfermagem. Eu não sei nada dos médicos, como que é a marcação deles, assim como eles não interferem na nossa marcação aqui. O que acontece é que, às vezes, vem uma determinada enfermeira com um paciente com dor, bate na porta, conversa com a gente para ver se a gente tem condição de atender. A relação que a gente tem com eles é essa. Ou um paciente que tem algum problema de saúde, eu prefiro mandar para o médico, aí a coisa já fica mais fácil. Eu já entro em contato direto com a enfermeira e ela resolve a questão da consulta. (...) Eu acho que, na verdade, não vai acontecer um entrosamento. Não tem como acontecer um entrosamento entre o **pessoal lá de fora e o pessoal daqui de dentro**, (grifo*

do autor) *eu acho que pela diferenciação do trabalho. **Nosso trabalho é diferente do trabalho deles.** (grifo do autor)*
C., Cirurgião-dentista de ESF.

Esse profissional está vinculado a duas ESFs em sua unidade de trabalho. É possível perceber que, mesmo estando formalmente integrado às ESFs, na prática, não há uma relação de trabalho em equipe, muito pelo contrário. Quando C. se refere aos membros de sua equipe como “o pessoal lá de fora”, verifica-se o seu grande distanciamento em relação aos outros membros da equipe. Ou seja, na sua prática ainda não houve a inserção da saúde bucal na ESF. Se não existe uma atuação em equipe, não há como potencializar as ações propostas pelo Programa BH Vida, uma vez que o trabalho em equipe é um dos pilares desse Programa.

Incorporar a saúde bucal no Programa Saúde da Família não significa somente incluir o Cirurgião-dentista e seus auxiliares na equipe mínima. Mas exige articular o trabalho desses profissionais a toda ESF. Essa, por sua vez, deve estar vinculada, funcional e tecnicamente, a uma unidade de saúde, que opere, tendo como referência, o mesmo território e sua população, a fim de estender o modelo de assistência e de programação em saúde bucal às famílias com vistas à alteração do perfil dos problemas de saúde bucal da população (ZANETTI, 2000).

Por outro lado, em alguns depoimentos, parece haver uma confusão por parte dos profissionais sobre o que realmente é o trabalho em equipe. Para muitos profissionais, apenas o fato de se demandar uma ação a outra categoria profissional já constitui um trabalho em equipe.

São dois médicos para cada Equipe de Saúde Bucal e o trabalho é em equipe mesmo. Se eu estou com um paciente que me relata um problema que não dá para eu desenvolver o meu trabalho, eu mando para um médico da minha equipe para ele resolver...pedir exames, abaixar a pressão, fazer o que pode na parte de clínica médica para o paciente retornar para mim. (...) O que eu precisar, o que eu ver de anormal no meu paciente, de ordem médica, eu tenho um acesso aos médicos para eles me ajudarem, e eles também, quando têm algum problema de saúde bucal, eles vêm até mim e pedem.

A., Cirurgião-dentista de ESF.

Torna-se evidente a necessidade de desenvolver uma nova postura frente ao problema de construção e aplicação do conhecimento, sendo que, para isso é necessário um trabalho em conjunto que vá além da mera agregação de vários profissionais e seus respectivos aportes teóricos, mas que, antes de qualquer coisa, comunguem do princípio de que todo conhecimento é incompleto e que estejam sempre abertos a receber contribuições de outras áreas, buscando a interação das mesmas como via de elaboração de soluções mais eficazes para problemas de diversos aspectos.

Aqui entra uma questão central do PSF, o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado em saúde, que é comum à maioria dos trabalhadores, não é possível dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado (FRANCO & MERHY, 1999).

Outro ponto observado neste trabalho foi a questão do conflito interno entre os profissionais da saúde bucal, desencadeado por diversos fatores, mas principalmente por questões de diferenças salariais entre aqueles que integravam as ESFs e os profissionais que não foram inseridos no Programa BH Vida¹, que apesar de não estarem vinculados ao Programa, trabalham no mesmo espaço físico.

A unidade começa a criar conflitos com relação a esse processo de trabalho. É a convivência de modelos diferentes. Um tradicional da forma que era, das três

¹ Os profissionais que aderiram ao Programa BH Vida recebem, além dos vencimentos relativos à extensão de jornada de trabalho, um adicional de participação no Programa, denominado Abono de Dedicção ao PSF. Em Julho de 2001 o valor deste abono correspondia a R\$ 700,00 para os Enfermeiros e Cirurgiões-dentistas, R\$ 1.500,00 para os médicos e R\$230,00 para as categorias auxiliares (Belo Horizonte, 2001).

clínicas básicas, ao mesmo tempo convivendo com parte de uma população que é atendida pelo PSF.

O., membro da equipe de coordenação.

Eu acho que foi muito confuso o processo de transição entre trabalhadores que eram credenciados e trabalhadores que não eram credenciados nas equipes. Criou-se um momento de muita dificuldade dentro da unidade com o processo de transição. A questão salarial, funcionários ganhando mais do que outros, isso tumultuou muito, dificultou o bom andamento.

U., membro da equipe de coordenação.

... o pessoal que ficou fora do PSF já se sentia no direito de não fazer determinadas coisas... podia achar que ele estava trabalhando de graça. Isso foi uma coisa que criou uma série de atritos aqui dentro, lá fora também, mas eu posso te falar o que aconteceu aqui dentro. Por exemplo, batia na porta uma determinada emergência, uma pessoa com dor, aí eu estava com paciente, aí o dentista já se achava no direito de não atender, principalmente se o paciente fosse da minha equipe, porque ele não estava recebendo PSF...

C., Cirurgião-dentista de ESF.

Segundo Maximiano (1986) e Mucchielli, citado por Silva (2002), os conflitos, em potencial, representam dificuldades para a equipe e podem manifestar-se, a qualquer momento, através da competição por elementos de ordem moral (prestígio, autoridade, respeito) e de ordem material (recursos financeiros, espaço físico entre outros). Esses fatores acabam por “minar” a estrutura do grupo e, em algumas situações, podem tornar o trabalho inviável.

Apesar dos problemas apresentados, é possível verificar, em alguns depoimentos, que a inserção da odontologia no contexto do Programa BH Vida vem proporcionando uma integração, ainda que lenta, da ESB com as outras categorias profissionais da unidade de saúde. Isso representa um avanço no processo de trabalho dos profissionais da saúde bucal que, historicamente, tem sido construído com base na intervenção de forma individual, restrita, principalmente, ao ambiente do consultório e bastante dissociada das outras práticas de saúde.

*Eu me sinto integrada, não como antes, porque antes a odontologia era totalmente excluída do resto do centro de saúde. **Antes quando?** Antes do PSF. Sempre trabalhou isolada. (...). O máximo, era a gente participar em campanha de vacinação, mas era assim, era um trabalho ali, aquele dia, pronto*

e acabou. Não era um trabalho que integrava a odontologia com a área médica, com a área de enfermagem, e tal. Depois do PSF, eu senti que realmente teve essa integração. (...) Tirou aquele negócio de que a odontologia era uma coisa à parte, que a odontologia nunca foi vista com bons olhos no centro de saúde.

T., Cirurgião-dentista de ESF.

5.4 As modificações no processo de trabalho

Para poder falar em alterações no processo de trabalho da ESB, é necessário fazer um breve histórico de como era o trabalho dos profissionais da saúde bucal anteriormente à implantação do Programa BH Vida, de forma a facilitar o entendimento e enriquecer esta discussão.

A transformação do modelo de atenção odontológica tem sido uma das diretrizes definidas pela SMSA/BH para enfrentar os agravos à saúde bucal, além de estar em consonância com o projeto de saúde do município, que visa consolidar-se como gestor do Sistema Único de Saúde, concretizando os princípios de universalização, hierarquização e descentralização, entre outros. Com a implantação do SUS, partiu-se então para a formulação de um sistema de prestação de serviços odontológicos capaz de atender aos novos preceitos constitucionais para uma atuação na perspectiva da Promoção de Saúde, segundo os novos conceitos técnico-científicos que se afirmavam na odontologia (FERREIRA et al., 1998).

Ao longo dos anos, por ter sido considerada a doença mais comumente agressora da população, o foco de atenção sempre esteve muito voltado para a cárie, e sempre sob uma ótica curativista. As outras doenças ficavam relegadas a um plano secundário. Tentando não incorrer nesse mesmo caminho, buscou-se entender como as demais doenças atingiam a população usuária do serviço. Em 1993, foi proposto um modelo de atenção odontológica baseado em dois momentos. O primeiro -“conhecendo e intervindo nos problemas”- consistiu na condução de um inquérito epidemiológico qualificado, a partir do qual foram levantadas as necessidades da população. Sua confecção, simultaneamente à

realização da adequação do meio bucal, consistiu na estratégia principal na obtenção da “promoção de saúde bucal”. A etapa do levantamento de necessidades permitiu obter dados para planejar a ação, enquanto a da intervenção ficava responsável pela paralisação do avanço das doenças, ou seja, intervir no problema com uma estabilização do quadro da doença já instalada, constituindo-se o objetivo fundamental da proposta de atenção, e propiciando espaço para o momento seguinte: a fase restauradora/reabilitadora (FERREIRA et al., 1998).

Portanto, a estratégia de atenção anterior ao Programa BH Vida, visava fundamentalmente, à promoção da saúde bucal, sendo que a metodologia para este fim era composta de duas fases: a primeira consistia na estabilização do processo de ataque da doença; a segunda, na intervenção de forma restauradora. As atividades desenvolvidas na primeira fase, antes restritas ao escolar, passaram a ser de caráter universal e consistiam na realização dos procedimentos coletivos de nível II e III, que incluíam bochechos fluorados, distribuição de pastas de dente, atividades de educação em saúde, escovação supervisionada realizada nas escolas do município e nas unidades de saúde, selamento de cavidades com cimentos provisórios, aplicação de selantes, raspagem e polimento coronário, enfim, todos os procedimentos de adequação do meio bucal (FERREIRA et al., 1998).

Para conseguir acesso à fase restauradora/reabilitadora, o usuário deveria ter o procedimento de adequação do meio bucal concluído e, concomitantemente, freqüentar três ou quatro seções de escovação supervisionada, que eram realizadas mensalmente nas unidades de saúde.

Após essa breve, mas pertinente incursão na história, é necessário caracterizar um pouco a proposta de trabalho das ESBs no Programa BH Vida, atual estratégia de atenção à saúde.

O PSF foi definido como eixo norteador para a reorganização da atenção nas unidades de saúde do município. Suas ações apresentam enorme capilaridade, colocando frente a frente profissionais e realidade, o que permite às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente novos, possibilitando a adequação das práticas às necessidades da população. Não se trata somente de atender os usuários em um sistema de consulta, mas de construir uma outra dimensão para o serviço, a dimensão do cuidado, em que haja promoção, educação em saúde e assistência, com o estabelecimento de canais efetivos de interlocução entre serviço e sociedade, onde haja vínculo e responsabilização com o usuário e seu universo (BELO HORIZONTE, 2003).

Para tanto, as diretrizes do BH Vida, que norteiam o trabalho nas unidades de saúde, são, entre outras:

- acesso universal;
- acolhimento, que é a expressão da escuta qualificada, relação cidadã e humanizada, bem como o encaminhamento adequado para a resolução das demandas identificadas. O acolhimento é uma postura a ser adotada por toda equipe e não ser apenas um aparato para agendamento de consultas;
- estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários;
- busca da autonomia do usuário, de forma que este se co-responsabilize com o seu cuidado (BELO HORIZONTE, 2002).

Portanto, no processo de trabalho em saúde, pode-se perceber duas dimensões, que na prática são imbricadas e com condicionamentos mútuos. Uma seria formada pelos saberes e ações de diagnóstico e de intervenção terapêutica; a outra dimensão abarcaria o conjunto das relações interpessoais (REIS, 1997).

Partindo do contexto acima, o acolhimento se coloca enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado as relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando em uma nova organização de todo

esse processo, assim como na reconfiguração de um novo modelo técnico-assistencial que proporcione uma viabilização mais efetiva dos princípios do SUS. Para tanto, o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento; uma ampliação da garantia de acesso a todos os sujeitos que necessitam do serviço de saúde; uma efetiva responsabilização dos profissionais para com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos, assim como visa imprimir uma maior resolutividade ao serviço.

De forma reducionista, o acolhimento poderia representar uma etapa do processo de trabalho, o momento de recepção dos usuários e as possibilidades de resposta da equipe. No setor saúde, esse processo é dinâmico, estando permanentemente sofrendo mudanças, imprimidas pelo cotidiano, em que atores em cena criam novas alternativas. Entretanto, é insuficiente se construir somente enquanto uma etapa do processo de trabalho, é necessário mudar toda a postura da equipe de forma que o acolhimento ocorra em todos os locais e momentos da unidade, influenciando todo o modo de organização do processo de trabalho em saúde (BELO HORIZONTE, 1997a; FRANCO & MERHY, 1999).

O acolhimento é reconhecido por alguns dos entrevistados como um ponto importante no processo de trabalho da ESF, sendo uma ferramenta com capacidade de ampliar o acesso ao serviço, de humanizar o atendimento e de possibilitar a construção de vínculo com a população usuária.

O acolhimento é muito importante no PSF, porque você não abandona ninguém. Ao mesmo tempo que você está fazendo uma organização no seu programa de atendimento, você ainda não está abandonando aquele que você ainda não chamou. Esse acolhimento, tanto na parte médica como na parte odontológica, é uma essência do PSF.

A., Cirurgião-dentista de ESF.

Entretanto, na maioria das unidades estudadas, o acolhimento ainda não ocorre, ou é realizado de forma precária pelos profissionais, seja por falta de interesse das ESBs, ou até mesmo por falta de conhecimento dos profissionais. Em alguns casos, a grande demanda de usuários foi relatada como um ponto

dificultador para se realizar o acolhimento, uma vez que, em todos os relatos, o acolhimento dos usuários da saúde bucal ocorre de forma separada, sendo realizado especificamente pelos membros da ESB, nesse aspecto, as constantes interrupções dos atendimentos clínicos dificultariam bastante a realização do acolhimento.

Olha, aqui a gente faz o acolhimento dentro das possibilidades do serviço. Tem dia que a agenda está cheia, a gente fica muito ocupada no atendimento, aí não dá para parar para fazer o acolhimento, aí, nesse caso, a gente não faz.
B., Cirurgião-dentista de ESF.

Em relação ao fato do acolhimento dos usuários do serviço de saúde bucal ser realizado de forma separada do restante da ESF, chegando a ser denominado de “acolhimento em saúde bucal” em algumas unidades de saúde, é possível observar que, além de dificultar a integração da ESF, representa também, uma perda no potencial de produção do cuidado em saúde. Nesse aspecto, parece não haver uma compreensão sobre o que, de fato, seja o acolhimento, talvez ocasionada pela não participação dos profissionais nos módulos de capacitação do Programa BH Vida.

Neste aspecto, é importante considerar que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado e, como tal, deveria ser capacitado para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos (MERHY, 2002). Portanto, não é justificável que exista uma forma diferenciada do acolhimento em relação à saúde bucal.

A responsabilização da equipe pelos usuários do território de abrangência e a necessidade de criação de vínculo são pontos compreendidos como importantes pelos entrevistados na produção do cuidado em saúde.

Você se envolve, você acaba se envolvendo, você se sente responsável pelas pessoas da sua área, da área de abrangência. (...) Então você cria um certo vínculo com essas pessoas.

S., Cirurgião-dentista de ESF.

Eu acho que, para alguns trabalhadores, essa semente da questão do vínculo, do conhecimento da área onde os usuários... com relação ao mundo do usuário, eu acho que alguns profissionais conseguiram crescer nisso. Alguns, eu não acho que foram todos. Mas sensibilizou o trabalhador no sentido dele estar mais voltado, com respeito com as pessoas, de se solidarizar com o problema das pessoas.

U., membro da equipe de coordenação.

Entretanto, mesmo reconhecendo a importância dessas diretrizes, não existe uma noção clara sobre o que fazer na prática do serviço com vistas a possibilitar um agir em saúde de forma responsabilizadora e com capacidade para a criação de vínculo entre a equipe e os usuários. A prática da ESB ainda está muito restrita à atenção individual, realizada no ambiente do consultório, com ênfase na geração de procedimentos clínicos. Poucos são os momentos em que os membros das ESBs se envolvem em atividades de abordagem coletiva, como os trabalhos em grupos na USF ou na comunidade. Também foi pouco relatado nas entrevistas, a realização de atividades da ESB associada com outras instâncias da sociedade, de forma a se promover uma ação intersetorial que possibilitasse uma ampliação da capacidade de atuação dessas equipes.

Para Teixeira (2001), a organização de práticas de acolhimento à clientela dos serviços públicos de saúde e o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e usuários, implica em mudanças na “porta de entrada” da população aos serviços, com introdução de alterações na recepção dos usuários, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades derivadas da “releitura” das necessidades sociais de saúde da população.

Uma das principais características do PSF, e conseqüentemente do Programa BH Vida, é o caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho (VASCONCELLOS, 1998; FRANCO & MERHY, 1999; MERHY & FRANCO, 2002;). Nesse aspecto, de acordo com os relatos

dos entrevistados, poucos foram os pontos que podem ser considerados como alterações ocorridas no processo de trabalho, a partir da implantação do Programa BH Vida. Os principais fatores citados foram:

- responsabilização da ESB pela população de sua área de abrangência (princípio da territorialização);
- mudança da forma de organização da agenda de atendimentos; sendo que os usuários passaram a ser chamados através das famílias da área de abrangência;
- abolição da necessidade dos usuários freqüentarem sessões de escovação supervisionada e educação em saúde para conseguirem acesso ao tratamento restaurador/reabilitador.

Porém, há divergências na forma de considerar essas alterações como mudanças no processo de trabalho. Para aqueles entrevistados que têm uma noção mais clara do que é o PSF, esses pontos não foram considerados como mudanças substanciais do processo de trabalho, em direção a uma prática substitutiva.

Eu acho que o processo de trabalho das equipes não mudou muito. Em termos de processo de trabalho, ele praticamente é o mesmo. O que muda são algumas coisas em termos de formulários, alguns protocolos, alguma forma de triar, alguma forma de abrir a porta de entrada na unidade. Mas ela [ESB] ainda não tem uma discussão de modelo voltado para a questão de saúde da família.
G., membro da equipe de coordenação.

(...) não mudou, para mim, basicamente, não mudou nada, só aumentou a demanda.
F., Cirurgião-dentista de ESF.

A única coisa que eu fiz de diferente a partir da hora que eu fui chamada de dentista de Saúde da Família, foi atender o paciente que vem aqui por família.
D., Cirurgião-dentista de ESF.

Por outro lado, em alguns relatos, essas alterações foram consideradas como pontos substanciais na mudança do processo de trabalho, associadas também a algumas mudanças de conduta dos profissionais e também dos usuários, conforme exemplificado no dizer de N.

(...) modificaram algumas coisas que eu acho que eram importantes como assim: dentistas que atendiam só crianças, queira ou não passaram a atender os adultos. Tínhamos dentistas que faziam exclusivamente exodontias e que passaram a ter um olhar diferenciado. A própria questão de pensar a organização de processo de trabalho, a gente viu que tinha dentista que há algum tempo trabalhava, ia, atendia seus pacientes, os quatro com mais as duas urgências e iam embora para casa e que hoje não, como é uma coisa nova, eles estão se envolvendo com a questão de organizar uma agenda, organizar reuniões com o agente comunitário, organizar alguns processos de integração dentro da unidade, têm vários ganhos.

N., membro da equipe de coordenação.

Apesar da divergência encontrada nos depoimentos, o que pôde ser observado foi uma modificação na forma de organizar a demanda. Anteriormente ao BH Vida, essa organização se dava por meio da necessidade dos usuários de participarem de atividades coletivas para conseguir acesso ao tratamento reabilitador. Atualmente, o acesso ao serviço se dá por meio da chamada das famílias. Após terminado todo o tratamento dos membros de uma determinada família, são então “liberadas” vagas para que outra família possa iniciar o tratamento.

A gente está conseguindo conhecer mais as pessoas. Isso foi um negócio legal. Mas agora te falar que existe um modelo diferente no PSF, eu não vejo isso. A gente está com o mesmo trabalho de sempre, exceto essa questão da escovação que foi suspensa. Com isso, o paciente não precisa mais fazer quatro escovações para conseguir a vaga.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

Na realidade, as alterações que ocorreram na prática de trabalho estão mais relacionadas a questões gerenciais dentro do consultório odontológico, uma vez que a consultoria contratada pela SMSA para dar suporte ao Programa de Saúde Bucal se dedicou, num primeiro momento, ao planejamento e

organização das atividades clínicas. Até o momento do término do contrato da consultoria, pouco tinha sido trabalhado de forma a se preparar a ESB para: a construção de vínculos com os usuários, o conhecimento da realidade em que vivem as famílias, a observação dos estágios de desenvolvimento do ciclo de vida familiar, a avaliação das dinâmicas de interação familiar, enfim, fatores indispensáveis para mudança no processo de trabalho do Programa BH Vida.

Eu acho que o avanço da odontologia foi pouco. Os grupos pilotos que viveram o momento da consultoria ganharam um pouco do gerenciamento do trabalho, mas o trabalho dentro da unidade, o trabalho de dados, de procedimentos, ele ganhou nesse sentido. (...) Eu acho que a gente precisa trabalhar mais. Estudar mais como lidar com a população, como respeitar melhor as pessoas, ouvir, trocar, eu acho que a gente conhece pouco sobre isso.

U., membro da equipe de coordenação.

(...) todo programa desencadeado pelo C.A. [consultor do Programa de Saúde Bucal entre 2001 e 2002], eu acho que teve seus ganhos, mas teve essa característica de responder a essa necessidade clínica acumulada e a gente perdeu de vista essa questão do afetivo, da integração com o usuário, da integração com os outros membros da equipe...

N., membro da equipe de coordenação.

Em termos da saúde bucal, a implantação do Programa BH vida parece ter as mesmas características de alguns municípios brasileiros, onde, segundo Vasconcelos (1999), a implantação do PSF significou mais uma modificação institucional do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias. Práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com grupos comunitários passaram a ser denominadas, erroneamente, de Saúde da Família. Ao não se ter uma distinção clara entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo ou da família, o termo “família” perde sua especificidade. Não se tem mostrado a diferenciação entre as várias situações de risco vivenciadas pela família, ou entre os diversos contextos familiares em que estão situados os problemas de saúde, para, a partir daí, elaborar as diferentes metodologias necessárias. Com isso, a intervenção dos profissionais da ESF tende a ficar restrita ao fator biológico do processo saúde-doença.

5.5 Acesso e integralidade da atenção

O acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento recebido estão fortemente relacionados às condutas das pessoas em relação à sua saúde. Porém, é o exercício da cidadania e a percepção dos indivíduos quanto aos seus direitos que possibilitam a participação e o controle social sobre a assistência à saúde e outros serviços (DRUMOND, 2002)

No Brasil, após um grande período de descaso governamental em relação ao setor saúde, e de terem-se tornado dramáticas as condições do aparato institucional sanitário, começaram a surgir propostas de transformações em diversos fóruns regionais e nacionais que culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), em 1986. Essa conferência representou um momento político ímpar, ao definir a saúde de forma abrangente, relacionada ao contexto histórico-social e resultante das formas de organização social da produção.

Foi durante a 8ª CNS que se consagrou o princípio da “saúde como direito de todos e dever do estado” que, posteriormente, foi incorporado na Constituição de 1988. Além disso, foi acordado durante essa conferência a necessidade de expansão e fortalecimento do setor público de saúde por meio da criação do SUS, fundamentado nos princípios da Reforma Sanitária. Ainda por determinação da 8ª CNS, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde foi recomendada a inserção da odontologia no SUS, orientada pelos mesmos princípios da Reforma Sanitária: oferecer serviços de saúde bucal integrais e de qualidade a todo cidadão brasileiro. As estratégias eleitas para se atingir esses objetivos foram a hierarquização, regionalização e o controle social do serviço, de forma a possibilitar um acesso universal e uma atenção integral aos problemas de saúde bucal (DRUMOND, 2002).

Em 1994, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa Saúde da Família, com o objetivo de facilitar a organização e interiorização do SUS.

O PSF teve como propósito priorizar as ações de proteção e prevenção à saúde dos indivíduos, contribuir para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promover a atenção primária de boa qualidade, buscando a melhoria da qualidade de vida (VASCONCELLOS, 1998; FRANCO & MERHY, 1999; MELO et al., 2000; DRUMOND, 2002).

Posteriormente, o Ministério da Saúde anunciou a adoção do PSF como estratégia para “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e no atendimento hospitalar”. O PSF apresentava as seguintes características:

- caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde;
- integralidade e hierarquização: a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;
- territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido;
- equipe multiprofissional (BELO HORIZONTE, 1997b; MERHY & FRANCO, 2002).

Assim, a despeito de toda essa trajetória do setor público e de ricas experiências regionais, dificuldades surgem e ainda permanecem na viabilização de seus pressupostos teóricos e objetivos a serem alcançados. A população brasileira ainda carece de políticas efetivas que viabilizem seus direitos às condições necessárias de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, posse de terra e acesso aos serviços de saúde que possam lhes garantir adequada qualidade de vida e dignidade (DRUMOND, 2002).

Belo Horizonte também apresenta uma evolução histórica da saúde semelhante ao que ocorreu no país. Até 1993, a SMSA vinha desempenhando

as funções de prestadora de serviços, como tantas congêneres existentes no país. O município ordenava menos de 1% do montante que financiava aos serviços de saúde na cidade. Havia clareza de que era imprescindível assumir a gestão do sistema, compreendendo tudo que se relacionasse à sua organização, à compra dos serviços, que era deixada à mercê dos interesses de mercado. O direito à saúde ficava sempre subordinado ao valor do lucro. O próprio modelo assistencial destacava o eixo curativo como principal, privilegiando os interesses do complexo médico-hospitalar-farmacêutico. Somente assumindo a gestão, o município poderia orientar o insuficiente financiamento segundo o princípio da equidade (CAMPOS, 1998).

Até praticamente 93, a assistência da secretaria era muito curativa, pontual, baseada na questão da urgência, do pronto atendimento e da demanda espontânea e você não tinha uma proposta de trabalho planejada, com meta, para garantir acesso e uma assistência mais coletiva.

O., membro da equipe de coordenação.

Após várias negociações políticas nos níveis federal, estadual e na Região Metropolitana, o município assumiu a Gestão Semiplena do SUS, passando a SMSA a receber todo financiamento federal destinado à compra de serviços para Belo Horizonte e o referenciado da Região Metropolitana de Belo Horizonte diretamente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde. Com isso, o planejamento, a contratação, a fiscalização e o pagamento de todos os serviços foram transferidos para a gestão municipal, sob o controle do Conselho Municipal de Saúde, um passo importante, tendo em vista a estrutura precária tanto da prefeitura quanto da SMSA, e a instabilidade histórica do financiamento federal na área da saúde, além do fato de Belo Horizonte ter sido a primeira metrópole brasileira a viver a experiência da Gestão Semiplena (CAMPOS, 1998).

A entrada na Gestão Semiplena favoreceu a viabilização do projeto local de saúde. Na opinião do grupo gestor da saúde, seria impossível assumir o Sistema Municipal de Saúde fora da gestão Semiplena, pois não haveria um nível de investimento tão acentuado na rede própria, devido à baixa arrecadação tributária, pela enorme carga de problemas sociais e pela reduzida

e desintegrada participação do governo estadual no financiamento da saúde na capital (CAMPOS, 1998).

Simultaneamente ao cumprimento dessa agenda, cuidou-se de mudar a base conceitual e operacional dos serviços. Essa era a parte nuclear do novo projeto de saúde, significava a vez e a hora de organizar serviços, saberes, processos de trabalho coerentes com a nova ética, cujo valor condutor fosse a “defesa da vida”. Com isso, haveria de acontecer o atendimento sem discriminação, de forma integral e democrática (CAMPOS, 1998).

A nova lógica propunha o encontro das equipes de saúde com os usuários de forma mais ampla, flexível e criativa. Tinha o objetivo de “desmontar o molde estereotipado”, no qual os pacientes (“sofredores passivos”) se deslocam para os pontos de atendimento, enfrentando mil obstáculos para consultar os médicos, sendo que, nem sempre seus problemas são de ordem médica e tendo, com freqüência, que iniciar uma verdadeira peregrinação pelos serviços sem conseguir com isso a resolução de seus problemas. Esses encontros deveriam acontecer também fora das situações de doença e com preocupações mais coletivas. Assim, as ações de promoção e prevenção teriam mais força e presença. A postura das equipes acabaria por evoluir também para uma vigilância ao potencial de agravos, evitando, por meio de ações próprias e articuladas com outros setores e instituições, que se transformem em problemas concretos de saúde (CAMPOS, 1998).

A consequência mais importante desses encontros poderia ser a oportunidade permanente de troca de informações e reflexão, criando um processo de construção da consciência sanitária, consciência de direitos sociais, que, reivindicados e respeitados, apresentam um enorme potencial de produção de condições favoráveis de vida e de saúde. O significado mais importante dessa nova prática está na sua capacidade elevada de produção da cidadania. Nenhum projeto, por mais avançado que seja, terá sua implantação garantida enquanto os usuários se colocarem em posição passiva, é necessário que eles

assumam, como sujeitos, a reversão dessa situação histórica de discriminação (CAMPOS, 1998).

Segundo esse autor, ainda durante a fase de reformulação do sistema de saúde, um importante instrumento de grande valor na mudança do processo de trabalho em saúde foi implementado, tratava-se do acolhimento. As unidades de saúde deveriam passar a trabalhar de “portas abertas”, acolhendo de imediato, todas as demandas que chegavam ao serviço. Deveriam processar a escuta e a análise dessas demandas, responsabilizando-se o serviço pelos passos seguintes, que poderiam ser: o atendimento imediato, o agendamento, o encaminhamento adequado ou outra resposta diferente, de acordo com cada caso e em conformidade com o potencial de cada membro da equipe.

A partir de 1999, a SMSA inicia novamente um processo de reordenação na assistência à saúde com base na reestruturação de uma rede básica que conseguisse dar resposta aos principais problemas da população e que fosse capaz de promover saúde. Era proposta a reordenação do Sistema Municipal de Saúde como um todo, tendo como eixo a atenção básica, de forma que se mantivesse o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de atenção. Para tanto, a estratégia escolhida seria a implantação do PSF (BELO HORIZONTE, 2001; 2002).

Por outro lado, a atenção à saúde bucal, durante muitas décadas, se caracterizou por prestar assistência aos escolares, enquanto os outros grupos populacionais acessavam os serviços apenas para o atendimento em situações de urgência. Esse modelo sempre foi bastante criticado em virtude de sua exígua cobertura e por estar centrado em ações curativas. Em 1994, iniciou-se o processo de remanejamento dos Cirurgiões-dentistas das escolas públicas para as unidades de saúde. Esse processo buscava contemplar o princípio da universalidade do acesso e, ao mesmo tempo, possibilitar a oferta de atendimento integral à população com a incorporação dos Cirurgiões-dentistas

e auxiliares nas ações de cuidado em saúde, desenvolvidas nas unidades básicas (BELO HORIZONTE, 2002).

A estratégia de remanejamento dos Cirurgiões-dentistas das escolas para os centros de saúde foi denominada “Projeto de Universalização da Assistência Odontológica” (FERREIRA et al., 1998) e, com certeza, favoreceu em muito a universalização do acesso, não só para as faixas etárias diferentes de 0 a 14 anos, como também, para a população que reside nas áreas mais necessitadas como os distritos do Barreiro e Venda Nova que, com a execução desse Projeto, tiveram um aumento significativo no número de consultórios odontológicos (mapas 1 e 2).

... Porque antes era só para os meninos e muitas vezes o menino não precisava, e o público mais variado vai precisar.

A., Cirurgião-dentista de ESB.



Mapa 1

Distribuição de consultórios instalados em Centros de Saúde, no município de Belo Horizonte, 1992

Mapa 2

Distribuição de consultórios instalados em Centros de Saúde, no município de Belo Horizonte, 1996



Fonte: Ferreira et al., (1998)

Essa estratégia, em certa parte, favoreceu o aumento do acesso, pelo menos num momento inicial, uma vez que existe, em Belo Horizonte, uma imensa demanda reprimida, formada pela falta de acesso “crônico” que, historicamente, vem ocorrendo no município. Com o passar do tempo, as unidades de saúde começaram a apresentar imensas listas de espera para tratamento odontológico, principalmente, nas áreas mais carentes, indicando que o modelo assistencial não estava respondendo, de forma eficaz, para a universalização do acesso e integralidade da atenção.

Nessa época, a gente pegava os que batiam na porta e fazia aqueles cadernos, cadernos que não tinham fim. Toda hora batia na porta.

A., Cirurgião-dentista de ESB.

Com a implantação do SUS e a discussão da universalização, era necessário que a odontologia não corresse em paralelo e nem ficasse à margem das políticas de saúde, como historicamente se verificava (FERREIRA et al., 1998). Esse período representou uma primeira fase de integração da odontologia com o serviço de saúde, apresentando, porém, poucos avanços em termos da participação da ESB no cotidiano das unidades de saúde e algum avanço no acesso ao serviço.

E aí, dentro dessa proposta de trabalho, você começa a discutir o modelo de atenção, a questão do cuidado, da assistência odontológica, não só na questão do atendimento clínico, mas uma questão mais ampla de promoção de saúde, de tentar se inserir no contexto da assistência com um todo, que, até então, a odontologia era muito separada. Mas apesar desse esforço todo, a odontologia ainda não consegue fazer essa inserção dentro do processo de trabalho da assistência como um todo.

O., membro da equipe de coordenação.

É interessante notar, que ainda hoje, permanece nas unidades de saúde do município um certo isolamento da saúde bucal em relação aos outros setores, o que representa, provavelmente, uma “herança” de modelos anteriores. Como exemplo, apresenta-se um trecho do diário de campo do pesquisador.

É possível observar que, em quase todas as unidades de saúde onde compareci para realizar as entrevistas, as dependências da Saúde Bucal se encontram separadas dos demais serviços ofertados nas unidades (vacinação, puericultura, consultas médicas, atendimento de enfermagem, sala de curativos, etc). Em três dessas unidades, o pessoal da saúde Bucal fica em salas, localizadas no fundo da unidade de saúde, distante de todos os outros profissionais. Percebi também, que o acolhimento da Saúde Bucal é separado, a agenda é separada, a esterilização, na maioria das unidades, é separada. Quase tudo é separado.

Diário de campo. Observações registradas durante entrevista com Cirurgião-dentista de ESF.

Em 2001, visto que a saúde bucal ainda se apresentava como um serviço à parte dentro das unidades de saúde, associado aos problemas relacionados ao acesso e impulsionado pela inserção oficial da Saúde Bucal no PSF, publicada pelo Ministério da Saúde, foi proposta, pela SMSA, a inserção das ações de Saúde Bucal no Programa BH Vida, com a expectativa de uma maior articulação da ESB com as outras ações desenvolvidas na unidade de saúde de forma a ampliar o acesso ao serviço e desenvolver uma ação mais integral do cuidado em saúde, possibilitando um fortalecimento do vínculo entre a ESB e a população adscrita.

Essa discussão não vem de agora. Ela começou mais ou menos em 2000 com a implantação de uma lógica do ACS, do agente comunitário, dessa divisão territorial... Esse movimento, de uma certa forma, também coincide com uma dificuldade da odontologia de resolver uma série de questões em cima dessa pressão dessa população, que começa a procurar o serviço.

O., membro da equipe de coordenação.

Zanetti (2000) afirma que, para a saúde bucal, a estratégia da Saúde da Família representa um enorme potencial de universalização da atenção. A universalidade poderia ser alcançada com ajuda da promoção de saúde, realizada com ações capazes de manter e, principalmente, elevar os padrões de saúde bucal, mediante a realização de tarefas com reconhecida excelência em promoção, prevenção e vigilância. Excelência obtida na simplicidade e na grande efetividade da prática desenvolvida nos domicílios e na comunidade.

Alcançar-se-ia assim, um nível de impacto epidemiológico e social, porque as tarefas são realizadas de forma a rotinizar ações que buscam instituir e enraizar noções de autocuidado e, conseqüentemente, modificar hábitos e realidades pouco saudáveis.

Até o final de 2002, foram implantadas cento e treze² ESBs no Programa BH Vida. Todos os Cirurgiões-dentistas das ESBs passaram a cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais, ou seja, o dobro do que faziam antes da inserção no Programa. Esse aumento da jornada de trabalho proporcionou um aumento do acesso aos serviços oferecidos nas Unidades de Saúde da Família, uma vez que houve um expressivo aumento da capacidade operacional do serviço, haja vista que a extensão da jornada dos profissionais poderia ser considerada como a “contratação de novos profissionais para o serviço”.

(...) com a dobra da jornada, estas cento e cinqüenta³ equipes montadas significam cento e cinqüenta dentistas a mais na rede. O acesso cresceu muito, extremamente, é claro. Praticamente dobrou o número de dentistas...

R., membro da equipe de coordenação.

Para muitos dos entrevistados, esse ponto foi relatado como o que mais causou impacto no aumento do acesso ao Serviço de Saúde Bucal. Para alguns deles, esse foi o único fator que realmente provocou alguma melhoria em termos de acesso às ações de saúde bucal.

Eu acho que, concretamente, a gente só viu o acesso aumentando, mas assim aumentou, por causa do número de horas que aumentou no centro de saúde (...) Aumentou o acesso, porque aumentou o número de horas que o profissional está aqui, então ele oferece mais vagas do que antes, foi só por isso.

M., membro da equipe de coordenação.

² Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Gerência de Recursos Humanos, Nov. 2002

³ O número de equipes informado pelo entrevistado diverge do dado oficial.

Porém, mesmo com o aumento da capacidade operacional, o serviço ainda convive com uma expressiva demanda reprimida, uma vez que, apenas a extensão da jornada de trabalho não é suficiente para dar uma resposta satisfatória aos problemas de saúde bucal da população. Aliado a esse fato, a procura pelo serviço sofreu um considerável aumento por parte de cidadãos que “descobriram” o serviço, seja por meio da divulgação nos domicílios, realizada principalmente pelos ACS, seja por meio da divulgação do Programa BH Vida na mídia.

Sinceramente, eu não consigo ver por que a procura aumentou muito em termos de emergência. Aumentou demais. Às vezes eu fico pensando que é a propaganda na televisão. Porque o que se divulga na televisão é que o PSF é uma coisa linda e maravilhosa. Que a pessoa vai ter a solução dos seus problemas dentro da própria casa dela.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

(...) houve uma massificação do atendimento (...) porque o paciente, além da demanda espontânea, ele foi capturado pelas agentes comunitárias de saúde.

F., Cirurgião-dentista de ESF.

(...) não ia ter aquele caderninho de lista de espera, mas depois acabou tendo de novo, por causa da grande demanda.

S., Cirurgião-dentista de ESF.

Campos & Carvalho (2000), em um trabalho realizado em Betim/MG, afirmam que o cadastramento da população e a divulgação do Projeto de Saúde nos domicílios geraram um incremento da demanda devido, entre outros fatores, a um aumento significativo de usuários que procuravam a unidade pela primeira vez. Foi observado a adscrição de parcela de usuários que, normalmente, não utilizava os serviços da rede básica de saúde.

Mesmo com as dificuldades que começaram a afligir o serviço de saúde, ocorreu um aumento no número de usuários que conseguem receber assistência odontológica, não só devido ao fato da extensão de jornada dos profissionais, mas associado a algumas mudanças nos critérios para a entrada

dos usuários no serviço. Com a implantação do BH Vida, a Coordenação de Saúde Bucal, associada a uma consultoria externa, propõe a alteração de algumas rotinas de trabalho, dentre elas, encontra-se a utilização de indicadores subjetivos, com a finalidade de avaliar as necessidades de saúde bucal percebidas pela população. Antes de dar prosseguimento, é necessário fazer algumas considerações sobre essa questão.

A necessidade de intervenção em Saúde Bucal, profissionalmente determinada, é denominada de “Necessidade Normativa ou Prescritiva” e é expressa por:

- itens ou procedimentos que a população necessita;
- tempo de tratamento total a ser gasto pelos profissionais;
- número de profissionais necessários para oferecer cuidados odontológicos em um determinado período;
- custo total dos cuidados considerados necessários;

O Modelo Normativo não revela aspectos subjetivos do ponto de vista do usuário e da comunidade, relativos a seus anseios e necessidades de atenção em saúde bucal e ignora aspectos sócio-comportamentais (BELO HORIZONTE, 2002).

Por outro lado, as necessidades percebidas ou necessidades subjetivas são as necessidades de cuidados odontológicos determinadas pelos pacientes ou pela população. Esse tipo de necessidade pode diferir das necessidades normativas, ou seja, pode haver uma discrepância entre a opinião do paciente e a do profissional (BELO HORIZONTE, 2002).

Com base nesses princípios, foi implantada uma metodologia de trabalho denominada “Clínica do Sujeito”, ou seja, as intervenções em saúde bucal se dariam a partir da necessidade percebida pelo paciente, associada, quando necessário, à necessidade normativa. Em muitos casos, a necessidade percebida se refere à resolução de pequenos problemas que demandam pouco

tempo de trabalho da ESB. Após a resolução desses problemas, o paciente tem o tratamento completado segundo a necessidade percebida pelo mesmo, não se finalizando, naquele momento, o tratamento em relação à necessidade normativa. Caso sejam necessárias outras intervenções, o paciente é então orientado que o seu tratamento será terminado dentro das possibilidades do serviço. Com isso, há um maior número de tratamentos completados, segundo as necessidades percebidas, gerando uma maior circulação de usuários pela unidade e favorecendo um maior acesso ao serviço odontológico.

No sistema tradicional, a gente colocava o paciente na cadeira, fazia o exame e fazia o tratamento todo. Mesmo se o paciente chegasse e quisesse restaurar só os dentes da frente, que era o que incomodava mais aquele paciente. Não, a gente começava lá de trás para depois chegar na frente.

T., Cirurgião-dentista de ESF.

A gente fazia o que a gente queria. A gente não dava muita importância para o que o paciente na verdade queria. Era muito autoritarismo do dentista. No PSF isso mudou, agora a gente não tem aquela prepotência. Se o paciente quer tratar os dentes da frente, a gente trata os dentes da frente. (...) a princípio, a gente trata aquilo que está incomodando de imediato o paciente...

L., Cirurgião-dentista de ESF.

Apesar do aumento da jornada de trabalho e das modificações nos critérios da “porta de entrada” do usuário no serviço, permanece a dificuldade de se universalizar o acesso ao serviço odontológico. Um ponto dificultador é que, mesmo com a proposta do BH Vida de realizar um trabalho usuário centrado, a ESB continua realizando um trabalho nos mesmos moldes do modelo biomédico, ou seja, procedimento centrado, realizando uma atenção com ênfase no caráter curativo-reabilitador. Com isso, o serviço não consegue se estruturar para garantir uma assistência integral ao usuário. Pouco tem sido feito no sentido de se trabalhar a questão da Saúde Bucal de uma forma socialmente eficaz.

Sobre esse aspecto, Drumond (2002) afirma que não basta colocar os profissionais de saúde e mesmo a unidade de atenção básica próximos das pessoas. É preciso trabalhar os aspectos culturais ligados à representação

social dos modelos de atenção à saúde, mecanismos eficazes de participação popular, além de um sistema de referência e contra-referência eficiente.

Nessa perspectiva, o desafio sobre o qual a equipe se encontra é o de como aliar o seu desenvolvimento tecnológico a uma leitura da realidade da população com a qual trabalha. Isso significa discutir com a população os problemas enfrentados e suas causas, colaborando no encaminhamento de soluções, resistindo assim à tentação de permanecer no assistencialismo oficial, iniciando uma prática democrática de saúde. Um compromisso da equipe deve ser assumido com a população, numa relação de diálogo, com troca de conhecimentos, de forma a favorecer a mobilização das pessoas na reivindicação e atendimento de suas demandas. O acesso ao conhecimento, pelo domínio da informação crítica, deve levar a um verdadeiro julgamento e aproveitamento da situação. É um processo em que equipe e população passam a construir juntas uma nova prática de vida e saúde (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 1992).

Outro ponto importante a ser considerado e que, na realidade, representa um nó crítico do SUS/BH, é a questão da atenção especializada, principalmente, na Saúde Bucal. Esse assunto tem tanta importância, que foi abordado por todas as pessoas entrevistadas neste trabalho. Em todos os distritos, os usuários do serviço da saúde bucal convivem com a enorme dificuldade de acesso às ações especializadas. O aumento da demanda nas Unidades de Saúde da Família e a não reestruturação do serviço para absorver esta “nova” demanda acabou por agravar a dificuldade de acesso à atenção especializada.

(...) como aumentou a procura, nós temos uma necessidade maior da parte de especialização, de canal, periodontia, cirurgia.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

Historicamente, a atenção especializada em odontologia vem representado um sério problema no serviço de saúde de Belo Horizonte. Em 1992, existia somente uma unidade de atendimento especializado, com apenas cinco

consultórios instalados, localizada na Policlínica Centro-sul. Entre 1993 e 1996, essa unidade foi ampliada e foram implantadas mais duas unidades no distrito Barreiro e na Policlínica Primeiro de Maio, localizada no distrito Norte (FERREIRA et al., 1998). Atualmente, o serviço se encontra estruturado com quatro unidades de atenção secundária, localizadas nos distritos Centro-sul, Barreiro, Norte e Noroeste. São ofertadas as especialidades de cirurgia, endodontia, periodontia, odontopediatria, radiologia, ortodontia (apenas um profissional) e atendimento a pacientes com necessidades especiais (BELO HORIZONTE, 2002).

Os usuários com necessidades de atendimento nas unidades especializadas são referenciados para esse serviço por meio da ESB. As consultas são agendadas através de uma Central de Marcação de Consultas, dentro da disponibilidade de vagas no serviço. Se não houver vagas no serviço, o nome do paciente permanece em um cadastro na unidade, à espera da liberação da vaga. No entanto, a infra-estrutura da atenção especializada é insuficiente para atender a grande demanda das unidades de saúde. Ainda faltam profissionais, postos de trabalho e equipamentos. Com isso, o serviço não apresenta resolutividade satisfatória para dar vazão à grande demanda, não universalizando o acesso e dificultando a possibilidade de uma atenção integral. Essa situação é particularmente grave na clínica de endodontia onde a demanda é exorbitante, sendo necessário uma longa espera para se conseguir atendimento.

E aqui tem um monte de gente no cadastro para fazer canal. Tem gente esperando há um ano, um tratamento de canal. Então, na hora que sai a vaga para ele, o que acontece, o dente está tão quebrado, que não tem mais como você fazer nada.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

Segundo Teixeira (2001), apesar do PSF apresentar a possibilidade de mudança do modelo assistencial, até o momento, parece que ele não tem tido poder de induzir mudanças significativas na organização do conjunto da rede, a

ponto de assegurar à sua clientela acesso aos níveis de maior complexidade, nem parece caminhar para a universalização da cobertura, mesmo de ações básicas.

A implantação da saúde bucal no Programa BH Vida ainda não foi capaz de resolver a questão do acesso ao serviço de Saúde Bucal, não conseguindo também promover uma atenção integral ao usuário. Entretanto, é necessário enfatizar que esse Programa foi implantado recentemente, ao passo que suas conquistas são processuais e demandam tempo para acontecer. Não se pode falar ainda em um insucesso, mas sim em um fator que deve ser cuidadosamente avaliado e ajustado para que, no futuro, não venha comprometer a efetividade do Programa.

Para Vasconcelos (1999), um desafio central do PSF é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, mostrando que não é apenas uma proposta de atenção simplificada para áreas pobres do país. Mostrar que, ao contrário da simplificação, é um alargamento da atenção primária em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas do cotidiano da população. Da mesma forma, a ampliação do acesso às ações especializadas de saúde bucal em Belo Horizonte representa um problema a ser resolvido. De acordo com Ferreira et al. (1998), um caminho inicial é a implantação de uma atenção secundária, juntamente com um Pronto Atendimento em cada distrito sanitário, o que hoje representa uma necessidade cada vez mais sentida, já que são poucas as possibilidades de acesso existentes.

A atenção secundária, eu acho que se colocasse uma unidade mais próxima, porque o pessoal não tem dinheiro, o pessoal é de uma região pobre. Eu acho que teria que abraçar esse pessoal e colocar a atenção secundária o mais próximo deles.

A., Cirurgião-dentista de ESF.

... colocar um atendimento especializado por regional poderia ser melhor. (...). Porque fica aquela coisa concentrada lá na Centro Sul, Sagrada Família, são poucas unidades fazendo esse atendimento e a coisa não anda.

C., Cirurgião-dentista de ESF.

Segundo Werneck e Ferreira (2000), as situações de dificuldade para o acesso às ações de saúde são muitas, mas não são desconhecidas. Elas se repetem há muito na história da construção social, e, em particular, na deficiente história da atenção à saúde no Brasil. São reveladoras de uma situação de ausência de dignidade e de cidadania. Situação, provavelmente, decorrente de um modelo econômico que, através de políticas públicas desresponsabilizadas, a reproduz e perpetua. Situação que necessitará de uma nova interlocução no seio da sociedade e que só será revertida com a formação de uma “consciência sanitária”, obtida por meio do direito das pessoas à informação e à participação na construção de um modelo político mais justo. Trata-se, pois, de uma revolução cultural e política, a ser paulatinamente realizada no intuito da conquista definitiva da cidadania.

5.6 O processo de seleção dos cirurgiões-dentistas para o BH Vida

O caso de C, Cirurgião-dentista de ESF, retrata bem os motivos que foram importantes na opção dos Cirurgiões-dentistas em participar do programa BH Vida. Para C., um dos fatores que mais influenciou foi a questão financeira, visto que os profissionais integrados ao programa BH Vida apresentam ganho salarial bastante superior aos profissionais que não participam do programa. Outro ponto importante na escolha de C, foi o fato de que seu consultório “*estava muito devagar*”, expressão do problema de saturação do mercado de trabalho nos grandes centros urbanos do país e que está intimamente relacionado à questão financeira. Como último fator, C. expressou a possibilidade de realizar um trabalho diferente, mais envolvente e junto com a comunidade, considerando-o, entretanto, como um fator secundário.

[O que te levou a participar do BH Vida?] *A princípio, foi por causa do pagamento, do dinheiro, do que foi oferecido para a gente. A princípio foi isso. O segundo ponto foi em relação ao meu consultório, porque ele estava muito devagar. Eu notei que a procura foi diminuindo e o consultório estava difícil de manter. Quer dizer, é um ponto que está relacionado ao primeiro. Que foi realmente por causa do dinheiro. Porque eu precisava do dinheiro. (...) eu achei que seria bom também, uma proposta diferente, uma proposta nova..*
C., Cirurgião-dentista de ESF.

Assim como C, o Cirurgião-dentista T. também relata motivos parecidos nessa escolha, associado ao fato de que, para ele, trabalhar no PSF seria uma experiência totalmente nova, uma vez que não conhecia praticamente nada sobre essa estratégia de atenção.

Eu achei uma coisa válida pra mim, ao invés de montar meu consultório, eu preferi estender meu horário aqui. Era uma coisa menos estressante, eu trabalharia de segunda a sexta e tem um salário garantido, num momento em que a odontologia está passando por dificuldades, está cheio de profissional no mercado, os dentistas reclamando de consultório vazio, reclamando de convênio e tal. Eu achei legal trabalhar no PSF, apesar de não conhecer quase nada sobre ele. Ia ser uma experiência nova.
T., Cirurgião-dentista de ESF.

Não cabe neste trabalho julgar se é correto ou incorreto realizar uma opção por trabalhar em determinada atividade pelo motivo de se conseguir uma melhor remuneração pelo trabalho. Pelo contrário, isso é uma escolha legítima, uma vez que todo profissional almeja melhores ganhos pelo seu trabalho, sendo, portanto, uma questão inerente ao ser humano. A questão do mercado de trabalho é um ponto importante a ser considerado, uma vez que, no Brasil, existe um grande contingente de Cirurgiões-dentistas, o que provoca um estrangulamento do mercado de trabalho, principalmente nas grandes metrópoles, dificultando a manutenção da renda dos profissionais. Aliado a esse fato, grande parte da população não tem renda suficiente para acessar serviços odontológicos na rede privada, isso causa um esvaziamento dos consultórios. Entretanto, segundo Werneck (2002), é necessário considerar que o aumento de vencimentos não deve ser o principal motivo de adesão, pois não cria e nem garante o envolvimento necessário para a efetividade do PSF.

Outro ponto considerado, em alguns depoimentos, foi o fato de que todo profissional de nível superior que participasse do Programa BH Vida receberia um curso de especialização em Saúde da Família. Apesar do curso ainda não ter sido ofertado para os Cirurgiões-dentistas, ele foi considerado um fator estimulante para os profissionais se integrarem ao Programa BH Vida.

Eles [cirurgiões-dentistas] optaram em entrar no PSF, primeiro por causa do salário, porque eles desconheciam toda a lógica do processo de trabalho e, também, porque que eles iam ganhar um curso de especialização, pela UFMG, de dentista da família.

M., membro da equipe de coordenação.

Em um relato, foi possível observar, além do fator financeiro, a questão do receio do profissional de ser remanejado da unidade de saúde onde trabalhava, caso não aderisse ao Programa BH Vida.

(...) eu fiquei com receio de que me mandassem para outro lugar, e eu gosto muito daqui, foi isso também.

I., Cirurgião-dentista de ESF.

Entretanto, é necessário enfatizar que o BH Vida poderá se desenvolver de forma mais plena, caso os profissionais possam compreendê-lo, não apenas como uma fonte de renda, mas como um projeto concreto, provido de interesses multilaterais, diversidade, desejos e intencionalidades, que tem o objetivo de transformar o quadro de saúde da população de Belo Horizonte.

O processo de composição das equipes ocorreu por meio da adesão voluntária dos trabalhadores da rede pública municipal e municipalizados de diversas origens (BELO HORIZONTE, 2001). No caso dos Cirurgiões-dentistas, a adesão foi muito superior ao número de profissionais necessários, uma vez que a necessidade de ESB era inferior ao número de ESFs, devido à relação de uma ESB para duas ESFs, preconizada pelo Ministério da Saúde na época. Além disso, em várias unidades onde foram implantadas ESFs não havia infraestrutura para funcionamento do serviço odontológico. Associa-se a isso o fato de que um grande número de médicos das unidades de saúde não se interessaram em participar do Programa, limitando, indiretamente, a formação de ESB.

No caso da odontologia, teve maior oferta [de profissionais] do que as vagas. E dentro disso, houve um pânico geral dos dentistas, “eu preciso entrar no PSF, mas não tem vaga!”

M., membro da equipe de coordenação.

(...) a odontologia teve uma adesão em massa, que foi diferente do médico. O médico, aqui no distrito, teve adesão em torno de 22%; a odontologia teve adesão de 97%. E de uma certa forma, como que eu iria garantir a entrada dos dentistas sem ter médico para formar equipe.

O., membro da equipe de coordenação.

Nas unidades onde o número de Cirurgiões-dentistas fosse igual ou inferior ao número de vagas ofertadas para formação de ESB, não existiu processo seletivo, bastando, apenas, ao profissional manifestar sua vontade de participar do Programa, através do preenchimento do Instrumento de Adesão às ESFs. Em algumas unidades, segundo os depoimentos, não era possível realizar um processo seletivo devido à grande dificuldade de lotação dos profissionais,

provocada por fatores como dificuldade de acesso, violência urbana, entre outros.

Não houve. Não houve processo de seleção, principalmente nas áreas mais distantes. Na periferia de Belo Horizonte não houve. Eu não sei te falar em outros distritos, mas no meu a gente já vinha com uma dificuldade de lotação muito grande. Mesmo pagando adicional de periferia e tal os profissionais não vão para unidades muito distantes em áreas de risco, eles não dão conta muito disso.

N., membro da equipe de coordenação.

No meu caso a seleção foi através de um questionário [Instrumento de Adesão às ESFs] que passaram para gente. Eu aceitei participar e com isso entrei no PSF.

G., Cirurgião-dentista de ESF.

Entretanto, nas unidades onde a oferta de profissionais foi superior ao número de vagas, foi necessário uma seleção simplificada, realizada pelos gerentes das unidades de saúde, levando-se em consideração critérios administrativos como: tempo de serviço, pontualidade, assiduidade, compromisso com o trabalho, entre outros. Esses critérios funcionavam como forma de “desempate” entre os profissionais. Como não foram definidas normas gerais de seleção dos profissionais pelo setor de Recursos Humanos da SMSA/BH, o processo seletivo foi realizado de forma distinta nos diversos distritos sanitários do município, favorecendo questionamentos em algumas situações e, em outras, apresentando um caráter mais transparente e democrático.

Não houve processo de seleção. O processo de seleção... praticamente houve uma adesão da odontologia ao PSF, quase que maciça, e houve uma escolha do gerente com relação a alguns critérios mínimos, administrativos. Não tiveram critérios muito definidos. (...) Isso gerou conflitos, isso foi um ponto dificultador que gerou bastante conflito. As pessoas queriam saber: “porque o outro e não eu?”.

U., membro da equipe de coordenação.

Aqui no distrito eu sentei com os gerentes e a gente fez a discussão, juntos, da escolha desses profissionais. Essa... a questão desse perfil, do envolvimento no trabalho, relação com a comunidade, como que essa pessoa se relacionava com a comunidade e a disponibilidade para um trabalho de equipe, de estar trabalhando com outros profissionais. Que acho que isso dentro do PSF é fundamental.

O., membro da equipe de coordenação.

Na maioria dos casos, o serviço não conseguiu realizar um processo seletivo com base no perfil do profissional do PSF preconizado pelo Ministério da Saúde. Isso, em algumas unidades, acabou gerando problemas em termos de efetividade do trabalho da ESB, uma vez que os profissionais que não se familiarizam com o PSF apresentaram dificuldades para estabelecer alterações na micropolítica do processo de trabalho.

Segundo Werneck (2002), tanto as equipes médicas como as odontológicas devem interagir com a comunidade, sendo capazes de reconhecer os problemas, escutar e perceber as necessidades dos indivíduos, estabelecendo vínculos com as famílias. Esse é o perfil necessário para o profissional que vai atuar no PSF. Ele tem que trabalhar não só com as causas e sintomas, mas com necessidades e adequação das técnicas à realidade.

É necessário considerar, entretanto, a dificuldade de encontrar profissionais na odontologia que apresentem o perfil necessário ao PSF, uma vez que o aparelho formador, até alguns anos atrás, não valorizava essa questão no currículo dos cursos de odontologia. Em municípios como Belo Horizonte, onde nem sempre é possível selecionar, na rede de assistência à saúde, profissionais com esse perfil, é extremamente importante que se capacite o profissional para atuar nos moldes do Saúde da Família, sob pena de não se alcançar os objetivos propostos por esse Programa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, são apresentados alguns comentários e reflexões sobre a inserção da odontologia no Programa BH Vida. Não há espaço para uma conclusão fechada, devido ao caráter histórico, dinâmico e complexo desse processo de inserção. Por se tratar de um estudo qualitativo, não há como generalizar esse raciocínio para a rede de saúde do município, e, caso isso aconteça, tratar-se-á de mera extrapolação.

Foi possível observar que não houve um amplo debate da proposta de implantação do Programa BH Vida com o grupo de profissionais entrevistados neste trabalho, principalmente, quando se trata dos Cirurgiões-dentistas que compunham as ESB, revelando uma nítida contradição entre o que foi proposto antes da implantação do BH Vida e o que, de fato, ocorreu na prática. Ao não promover um amplo debate com os trabalhadores, corre-se o risco de condenar o funcionamento do BH Vida, uma vez que os recursos humanos representam um elemento fundamental para a mudança do modelo assistencial, pois, são, em última análise, aqueles que a “levarão a cabo” (Motta, 2001). É necessário que a instituição, os profissionais e a sociedade pactuem caminhos para que a nova proposta de atenção possa efetivamente funcionar, pois, somente assim, o Programa BH Vida terá condição de apresentar resultados satisfatórios.

Não se pode falar ainda em trabalho em equipe, uma vez que os profissionais da saúde bucal ainda não conseguiram se integrar efetivamente à ESF, de forma a possibilitar o desenvolvimento de ações interdisciplinares na produção do cuidado em saúde. Isso compromete o trabalho da equipe e afeta diretamente o potencial do BH Vida em produzir mudanças no modelo assistencial, tornando-se um ponto fundamental para reavaliação e discussão por parte do serviço de saúde de Belo Horizonte.

O processo de trabalho das ESBs também não apresentou alterações impactantes, uma vez que ainda se encontra baseado na geração de

procedimentos curativo/reabilitadores como forma de se obter a cura das doenças bucais, reproduzindo, portanto, o modelo curativista com todas as suas imperfeições e limitações. É necessária, portanto, uma revisão do processo de trabalho das equipes, direcionando o enfoque para a promoção da saúde e produção de autonomia nos usuários, a fim de que estes se tornem importantes “parceiros” do serviço, no controle dos problemas de saúde da comunidade.

Dentre os motivos que levaram os Cirurgiões-dentistas a participar do BH Vida, pode-se citar: a possibilidade de melhores ganhos salariais; a dificuldade de manutenção da renda na prática privada, devido à saturação do mercado de trabalho; a possibilidade de se realizar o curso de especialização em saúde da família e, por fim, o desafio perante a realização de um trabalho inovador, bastante diferente das práticas tradicionais de atenção à saúde bucal. O processo de composição das equipes se deu por meio da adesão voluntária dos profissionais. As avaliações de perfil profissional foram realizadas apenas como critério de “desempate”, nos casos em que havia mais de um profissional disputando uma mesma vaga de ESF. Entretanto, os critérios utilizados baseavam-se mais em aspectos gerenciais do que no perfil de profissional generalista, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Permanece, ainda, a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico integral devido à grande demanda reprimida e, principalmente, à pequena alteração no processo de trabalho das equipes. O fortalecimento de um trabalho pautado na promoção da saúde, dentro da realidade social das famílias e associado a uma melhor adequação da infra-estrutura do serviço de saúde bucal, tanto nas unidades básicas como na atenção secundária, representa um caminho para possibilitar um acesso universal e uma atenção integral à saúde bucal.

A concretização de ações nesse sentido requer, por sua vez, uma postura menos normatizadora e mais afetiva, capaz de se traduzir em compromisso. As

peças necessitam sentir que o profissional está do lado delas, que podem contar com ele enquanto parceiro, na compreensão de suas dificuldades de colocar em prática determinadas atitudes. Não se trata da proposição de uma postura protecionista, mas ao contrário, trata-se de conhecer o problema, dando voz às pessoas, escutando-as, propondo junto com elas caminhos para resolver os seus problemas (Drumond, 2002).

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.** n.9, p. 150-153, ago. 2001.
2. ANDRADE, K. L. C. **Avaliação da inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu/MG.** 112p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.
3. ASPIN, C. A. et al. **Processo de remanejamento de recursos humanos odontológicos das escolas públicas para os centros de saúde:** uma visão dos gestores dos níveis central e distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 44p. Monografia (especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.
4. AZALIN, M. C. F.; OLIVEIRA, M. E. F. **Trabalho em equipe: uma recomendação distante da realidade dos serviços de saúde.** Juiz de Fora: Fundação João Pinheiro, 1996. 125p. (Monografia, Especialização em Odontologia, Gestão Pública Integrada).
5. BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Acolhimento: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte.** Belo Horizonte, 1997a. (documento de circulação interna).
6. BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Similaridades entre o Programa de Saúde da Família e o modelo assistencial implantado na PBH/SMSA.** Belo Horizonte, mimeo, 1997b.

7. BELO HORIZONTE – Prefeitura Municipal. **BH Vida – Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, mimeo, 2001.
8. BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **Proposta preliminar de reestruturação da atenção à saúde bucal**. Belo Horizonte, 2002. (documento de circulação interna).
9. BELO HORIZONTE – Secretaria Municipal de Saúde. **BH Vida – Saúde Integral 3ª versão**. Belo Horizonte, 2003. (documento de circulação interna).
10. BORDONI, N. E. Componente salud bucal de la atención materno infantojuvenil. **Bol. Assoc. Arget. Odontol. Ninos**, Buenos Aires, v.21, n.2, p.8-29, ago. 1992.
11. BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e perspectivas**. Bauru: EDUSC/Editora UNESP, 1998. 230p.
12. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. 292p.
13. BRASIL – Ministério da Saúde. **Programa de interiorização do Sistema Único de Saúde**, Brasília, 1994.
14. BRASIL – Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília, v.1, 44p, 2000a.
15. BRASIL – Ministério da Saúde. Treinamento introdutório. **Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família**. Brasília, v.2, 16p, 2000b.

16. BRASIL – Ministério da Saúde. Educação Permanente. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa de Saúde da Família. Brasília, v.3, 32p, 2000c.
17. BRASIL – Ministério da Saúde. **A Saúde Bucal no Brasil**: Reorganização da Saúde Bucal na atenção básica. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/programas/bucal/psf.html>>. Acessado em fev. 2000d.
18. BRASIL – Ministério da Saúde. **O Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/programas/pacs/psf.html>>. Acessado em fev. 2000e.
19. BRASIL – Ministério da Saúde. **O Programa de Saúde da Família**. disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acessado em ago. 2003.
20. BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso Brasil. In: BUSS, P. M. et al. (org). **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças. São Paulo: Hucitec, 1995, p.65-102.
21. CALZADILLA, A. R.; BALY, M. B. Atención primaria em Estomatologia, su articulación com el médico de la familia. **Ver. Cuba. Estomotol.**, v.34, n.1, p.59-61, jan./mar. 1997.
22. CAMPOS, C. R. A produção da cidadania – Construindo o SUS em Belo Horizonte. In: REIS et al. (org) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 11-30.
23. CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, S. R. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 507-515, abr./jun. 2000.

24. CANESQUI, A. M. Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. cap. 1, p. 19-36.
25. CARNEIRO, A. M. O. **Percepção em Saúde Bucal**: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazlândia-DF, 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
26. CEITLIN, J. **Qué es la Medicina Familiar?** Disponível em: <<http://www.terravista.pt/meco/1100/mf-mfamiliar.html>>. acessado em nov. 1998.
27. CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. 164p.
28. CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos de Saúde da Família**. v.1, n.1, p.10-15, jan./jun. 1996.
29. DEMO, P. **Avaliação qualitativa**: Polêmicas do nosso tempo. 5ª ed. Campinas: Autores Associados, 1995. 102p.
30. DRUMOND, M. M. **A criança seu “em torno” e a cárie**. 221p. Tese – Doutorado em Odontologia Social. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002
31. FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Santana, J. P. (org). **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família. Texto de apoio a unidade didática I. Brasília: OPAS/BRASIL, 2000. p.51-57

32. FERREIRA, A. G. Gerenciamento e avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL – Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília, 1998. v.1, p. 321-325.
33. FERREIRA, M. A. F. **Notas sobre a contribuição dos cientistas sociais ao campo da saúde**. In: I ENCONTRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 1993, Belo Horizonte apud NUNES, E. D. As Ciências Sociais e a Saúde: O pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, A. M. Dilemas e desafios das Ciências na Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. cap. 3, p. 53-62.
34. FERREIRA, R. C. et al. Saúde Bucal – Planejando a promoção através de indicadores epidemiológicos. In: REIS et al. (org) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 287-306.
35. FRANÇA, J. L. et al. **Manual para normalização de publicações técnico - científicas**. 4^a ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998. 213p.
36. FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF: Contradições de um modelo destinado à mudança do modelo assistencial**. Campinas, mimeo, 1999.
37. JITOMIRSKI, F.; JITOMIRSKI, S. **O que os cuidadores de idosos precisam saber sobre a saúde bucal**. Curitiba: Associação Brasileira de Odontologia, 1997. 16p.
38. KRIGER, L. et al. **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475p.

39. LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. v.1, n.1, p.10-15, jan./jun. 1996.
40. MAXIMIANO, A. C. A. **Gerência do trabalho em equipe**. 2^a ed. São Paulo: Pioneira, 1986.
41. MELO, J. et al. **Construindo um novo modelo de atenção à saúde**: Um enfoque no Programa de Saúde da Família. Belo Horizonte, mimeo, 2000.
42. MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. p.115-133.
43. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.26, n.60, p. 118-122, jan./abr. 2002.
44. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. et al. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 14^a ed. Petrópolis: Vozes, 1993a. 80p.
45. MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. v.9, n.3, p.239-262, jul./set., 1993b.
46. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4^a ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269p.
47. MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 144p.
48. MUCCHIELLI, R. **O trabalho em equipe**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. apud SILVA, T. B. Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe

- multiprofissional de saúde: Análise de estudos realizados no Brasil no período de 1970-2001. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.
49. NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: **Textos de Apoio – Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: PEC/Ensp/ABRASCO, 1986. p.83-161. apud SILVA JUNIOR, A. G. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo as saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143p.
50. NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL – Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994. P.7-17.
51. NUNES, E. D. Tendencias y perspectivas de las investigaciones em Ciencias Sociales em la América Latina: uma visão general. In: NUNES, E. D. (org). **Ciências Sociais y salud em la América Latina**: Tendencias y perspectivas. Washington, D. C., Montividéo: OPS, CIESU, 1986. p.33-83
52. NUNES, E. D. As Ciências Sociais e a Saúde: O pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. cap. 3, p. 53-62.
53. NUNES, E. D. As Ciências em Saúde na América Latina: uma história singular. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal**: Questões e perspectivas. Bauru: EDUSC/Editora UNESP, 1998. cap. 1, p. 25-42.

54. NUNES, E. F. P. A.; SILVA, V. L. M. O que é trabalhar em grupo? Por que aceitar esse desafio? A experiência do Projeto PEEPIN. **Revista olho mágico**. Londrina, n. 18, 1999. Disponível em: <<http://www.ccs.br/olhomagico/n18/home.htm>>. Acessado em Dez. 2003.
55. OLIVEIRA, A. G. R. C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: Tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, Ano 2, v. II, p.9-14, jan./mar. 1999.
56. OLIVEIRA, E. R. Representações sociais sobre doenças: os magos da ciência e os cientistas da magia. In BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e perspectivas**. Bauru: EDUSC/Editora UNESP, 1998. Cap. 2, p.43-85.
57. OLIVEIRA, M. F. J.; ALBUQUERQUE, A. J. Participação popular e prática odontológica em serviço público de saúde: uma experiência. **Saúde em debate**. n.37, p. 40-43, dez. 1992.
58. PAIM, J. S. **Medicina no Brasil: de movimento ideológico a ação política**. 1985. (mimeo.) apud TRAD, L. A. B. E BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr/jun, 1998.
59. PIANCASTELLI, C. H. et al. O trabalho em equipe. In: Santana, J. P. (org). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Texto de apoio a unidade didática I. Brasília: OPAS/BRASIL, 2000. p.45–49.
60. PINTO, V. G. **Saúde bucal Coletiva**. São Paulo: Livraria e editora Santos, 2000. 541p.

61. REIS, A. T. **Acolhimento – Um novo trabalho em equipe**. Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde. 1997. (documento de circulação interna)
62. REIS, A. T. et al. Acolhimento – Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário centrado. In: REIS et al. (org) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.
63. REY, F. L. G. **Epistemología cualitativa y subjetividad**. São Paulo: Educ, 1997. 387p.
64. REY, F. L. G. **La investigación cualitativa en psicología: rumbos e desafíos**. São Paulo: Educ, 1999. 184p.
65. RONCALLI, A. G., **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**, 2000. 238f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.
66. SILVA, T. B. **Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe multiprofissional de saúde: Análise de estudos realizados no Brasil no período de 1970-2001**. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.
67. SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo as saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143p.
68. STRALEN, C. J. Do projeto de Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e realizações práticas. In: FLEURY, S. (org). **Projeto Montes Claros: A utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995 apud CARNEIRO, A. M. O. Percepção em Saúde Bucal: valores,

- atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazlândia-DF, 2001. 127f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
69. TRAD, L. A. B. E BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr/jun, 1998.
70. TEIXEIRA, C. F. **Promoção da saúde, um novo paradigma?** Salvador, p.6, 1994.
71. TEIXEIRA, C. F. **Efetivando o SUS:** Acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde, com controle social. 2001. (mimeo).
72. VASCONCELOS, E. M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 23, n.53, set/dez. 1999.
73. VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E. V. (org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 155-172
74. WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS:** uma perspectiva de mudança. 125p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1994.
75. WERNECK, M. A. F. A reforma Sanitária no Brasil. In: BRASIL – Ministério da Saúde. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS**. Brasília, 1998. v.1, p. 247-260.

76. WERNECK, M. A. F., FERREIRA, R. C. Tecnologia em Saúde Bucal. In: PINTO, V. G. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000. p.277-280.
77. WERNECK, M. A. F. Saúde da Família exige mudanças. **Correio ABO**. Belo Horizonte, n.205, p.14, jul. 2002.
78. ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U. **Proposta de planejamento e programação local em Saúde Bucal em Planaltina-DF**: Saúde Bucal na rede de Saúde da Família de Planaltina-DF. Brasília, mimeo, 1996.
79. ZANETTI, C. H. G. et al. Em busca de um paradigma de programação local em Saúde Bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.13, p.18-35, jul. 1996.
80. ZANETTI, C. H. G. et al. **Programa piloto de Saúde em Casa em Planaltina - Rede da Saúde em Casa do SUS Planaltina**. Brasília, mimeo, 1997.
81. ZANETTI, C. H. G. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo da massa. **Rev. Ação Coletiva**. v.2, p.11-24, jul./set 1999.
82. ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família – proposição e programação**. Brasília, mimeo, 2000.

ANEXO A – Carta de Apresentação às pessoas entrevistadas durante a pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Mestrado em Odontologia
Área de Concentração: Saúde Coletiva**

Belo Horizonte, Julho de 2003

Prezado(a) Sr(a),

Meu nome é Warner Kwasnicka Santiago, sou aluno do Curso de Mestrado em Odontologia–área de concentração Saúde Coletiva, da faculdade de Odontologia da UFMG.

Minha dissertação de mestrado tem como título provisório “**O PROCESSO DE INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA BH VIDA: Um estudo com base na visão da equipe de coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas do Programa**”, e está sendo realizada sob orientação do Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck.

O Objetivo deste trabalho é conhecer, na visão da equipe de coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões-dentistas das ESF, o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida como estratégia de reorganização da atenção a saúde bucal.

Estou iniciando a fase de coleta de dados, cujo o instrumento será a entrevista que estou pretendendo fazer com o Sr(a). Gostaria de enfatizar que esta entrevista será gravada em fita cassete, que ao término da pesquisa será destruída. Seu nome não será identificado e em hipótese alguma será informada a origem da fonte, resguardando-lhe **o total direito de sigilo.**

Agradeço sua cordial atenção e coloco-me a disposição para esclarecer quaisquer dúvidas, através dos telefones (31)3412-8224 ou 9621-3663.

Atenciosamente

Warner Kwasnicka Santiago

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa **“O PROCESSO DE INSERÇÃO DA ODONTOLOGIA NO PROGRAMA BH VIDA: Um estudo com base na visão da equipe de coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas do Programa”** (título provisório).

Declaro que fui perfeitamente informado(a) de que esta pesquisa faz parte de um acordo firmado entre a Coordenação Técnica de Saúde Bucal e o Colegiado de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Declaro também, que fui informado pelo pesquisador, de que meu nome não aparecerá em nenhuma ocasião da pesquisa, tendo sido assegurado total sigilo de meu nome e confidencialidade da entrevista. Estou ciente que poderei me recusar a participar do estudo a qualquer momento e que esta decisão não acarretará nenhum problema para mim.

Declaro estar de acordo com os objetivos da pesquisa e me responsabilizo em falar a verdade sobre tudo o que me for perguntado

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2003

Assinatura do participante: _____

Carteira de Identidade: _____

Warner Kwasnicka Santiago

Rua Olinto Magalhães, 313, Padre Eustáquio-Bhte/MG

TEL: (31)3412-8224/9621-3663

ANEXO C – Carta de solicitação para realização da pesquisa junto a SMSA/BH

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia**

Belo Horizonte, 10 de Maio de 2002

Ao Serviço de Saúde Bucal da SMSA/PBH

Dra. Norma Capanema

Solicito a V.Sa. parecer em relação a realização da pesquisa **“O Programa da Saúde da Família de Belo Horizonte – Avaliação da expectativa de implantação das ações de saúde bucal na visão de coordenadores, cirurgiões-dentistas e usuários”** a ser desenvolvida junto a Secretaria Municipal de Saúde da PBH. Esta pesquisa será realizada como parte necessária para elaboração de dissertação de mestrado em odontologia – área de concentração Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

O objetivo primordial deste trabalho é realizar uma investigação científica em relação à percepção e representação que grupos de atores do Serviço de Saúde da SMSA têm sobre a introdução das ações de saúde bucal no Programa BH Vida, conforme projeto em anexo.

Aproveito a ocasião para manifestar votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Warner Kwasnicka Santiago
Aluno do Curso de Mestrado FOUFMG

Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck
Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Social e Preventiva

ANEXO D – Carta de parecer favorável, emitida pela SMSA/BH

Gerência de Assistência/Coordenação Técnica de Saúde Bucal- Ofício 014/2002

Belo Horizonte, 05 de junho de 2002

Ao
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da UFMG
À at. Dr. Warner Kwasnicka Santiago

Prezado Senhor,

Em resposta à sua solicitação e do Prof. Marcos Azeredo Furquim Werneck, datada de 10/05 p.passado, vimos manifestar nosso parecer favorável à realização da parte experimental da pesquisa intitulada "O Programada da Saúde da Família de Belo Horizonte – Avaliação da expectativa de implantação das ações de saúde bucal na visão de coordenadores, cirurgiões-dentistas e usuários", a ser desenvolvida junto a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Desejando pleno êxito aos propósitos deste projeto, subscrevemo-nos,

Atenciosamente.



Coordenação Técnica de Saúde Bucal/GEAS/SMSA-BH

Norma Righi Capanema de Almeida
BM 390324X
COORDENAÇÃO TÉCNICA SAÚDE BUCAL/SMSA/BH

A:\Ofício 013.doc

ANEXO E – Roteiro de entrevista com a Equipe de Coordenação do Programa de Saúde Bucal

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Idade _____ Sexo _____ Distrito: _____
 Tempo de graduação: _____
 Você fez Pós Graduação? _____ Em qual área? _____
 Há quanto tempo você trabalha na PBH? _____
 Há quanto tempo você está no cargo de RT/coordenador de Saúde Bucal?

1. Fale-me de suas atividades desenvolvidas neste período de trabalho (RT/coordenação)
2. Como está sendo para você a implantação do BH Vida.
Como ela está ocorrendo?
E as discussões a respeito da implantação do programa, como ocorreram?
Como se deu a participação das pessoas nestas discussões?
Como você vê (caracteriza/avalia) este processo de discussão?
3. E a idéia da inserção da Saúde Bucal no BH Vida, como surgiu?
Naquela época o que você achava a respeito deste modelo de atenção?
E hoje, como está sua opinião?
4. E o processo de discussão das propostas de implantação da saúde bucal no BH Vida, como ele ocorreu?
Quem participou das discussões?
Como se deu a participação dos profissionais nas discussões?
Como você vê (caracteriza/avalia) este processo de discussão?
5. Me fale um pouco sobre os fatores que facilitaram a implantação das ESBs?
6. E em relação aos fatores que dificultaram a implantação das ESBs no BH Vida. Fale-me sobre eles.
Como vocês estão contornando essas dificuldades?
7. Como foi o processo de seleção dos dentistas.
Quais critérios vocês, enquanto equipe de coordenação, julgaram importantes.
Como você vê (avalia) isso?
8. O que você espera com a participação da saúde bucal no BH Vida?
9. Fale-me sobre as mudanças que ocorreram no modelo assistencial em Saúde Bucal com a implantação do BH Vida.
Como você vê (avalia) isso?

* Obs.: os itens em itálico só deverão ser perguntados caso o entrevistado não os aborde de forma espontânea.

ANEXO F – Roteiro de entrevista com Cirurgiões-dentistas do Programa BH Vida

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Idade _____ Sexo _____ Distrito: _____

Tempo de graduação: _____

Você fez Pós Graduação? _____ Em qual área? _____

Há quanto tempo você trabalha na PBH? _____

Há quanto tempo você está trabalhando em ESF? _____

1. Fale-me sobre suas atividades desenvolvidas neste período de trabalho
2. Como está sendo para você a implantação do BH Vida.
Como ela está ocorrendo?
E as discussões a respeito da implantação do programa, como ocorreram?
Como se deu a participação das pessoas nestas discussões?
Como você vê (caracteriza/avalia) este processo de discussão?
3. E o processo de discussão das propostas de implantação da saúde bucal no BH Vida, como ele ocorreu?
Quem participou das discussões?
Como se deu a participação dos profissionais nas discussões?
Como você vê (caracteriza/avalia) este processo de discussão?
4. Como ficou sua prática de trabalho após a implantação do BH Vida?
Quais alterações ocorreram em suas atividades?
O que você acha disso?
5. Fale-me sobre as mudanças que ocorreram no modelo assistencial em Saúde Bucal com a implantação do BH Vida.
Como você vê (avalia/interpreta) isso?
6. O que o levou a participar do BH Vida?
Você acredita nesta estratégia de atenção? Fale-me sobre isso.
7. O que você espera com a participação da saúde bucal no BH Vida?
8. Como foi a seleção dos dentistas para as formar as ESFs?
Quais critérios você acha que foram considerados na seleção?
Como você vê (avalia) isso?

* Obs.: os itens em itálico só deverão ser perguntados caso o entrevistado não os aborde de forma espontânea.

ANEXO G – (A) Módulos temáticos do curso de capacitação para as ESFs e (B) módulos temáticos específicos para as ESBs.

(A)

1. Hipertensão arterial
2. Diabetes mellitus
3. Tuberculose/Hanseníase
4. Doenças respiratórias do adulto
5. Doenças respiratórias da criança
6. DST/AIDS
7. Cefaléia/Depressão/Sintomas psicossomáticos
8. Doenças transmitidas por vetores
9. Drogas lícitas e ilícitas
10. Imunização
11. Hábitos de vida saudáveis
12. Abordagem do idoso
13. Acamado/Feridas/reabilitação
14. Abordagem das doenças infecciosas
15. Antimicrobianos
16. Uso racional de medicamentos e meios diagnósticos
17. Doenças do aparelho locomotor
18. Principais problemas reumatológicos
19. Climatério
20. Pré natal
21. Prevenção e diagnóstico dos cânceres
22. Planejamento familiar
23. Violências e abusos
24. Distúrbios ginecológicos mais comuns
25. Nutrição infantil e aleitamento materno

26. Crescimento e desenvolvimento
27. Epilepsia e distúrbios neurológicos mais comuns
28. Principais afecções dermatológicas
29. Problemas otorrinolaringológicos mais comuns
30. Doenças gastrointestinais
31. Sofrimento mental
32. Abordagem sistematizada das urgências e emergências
33. Cardiopatias
34. Tireoidopatias
35. Anemias e Distúrbios hematológicos
36. Principais problemas de urologia e nefrologia
37. Saúde bucal

(B)

1. Planejamento das ações
2. Administração dos serviços
3. Promoção da Saúde
4. Educação em saúde
5. Trabalho em equipe
6. Intersetorialidade
7. Prevenção em saúde bucal
8. Assistência individual aos pacientes com problemas de saúde bucal.