

AS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE MINAS GERAIS

Juliana Otoni Gonçalves Ribeiro¹, Stael Maria de Oliveira Soares Monteiro¹, Mara Vasconcelos¹, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu¹, Marcos Azeredo Furquim Werneck¹

RESUMO

Em 2005, o município de Ponte Nova-MG aprovou a inclusão das ações de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família – ESF. Este estudo teve como objetivo geral identificar por meio da opinião dos profissionais, como os mesmos perceberam a inclusão das Equipes de Saúde Bucal - ESB na ESF. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva para a qual se aplicou um questionário semi-estruturado, contendo dezesseis questões, distribuído para todos os profissionais de saúde bucal (n= 39). Observou-se que a percepção da inserção da odontologia na ESF do município, pelos profissionais de saúde bucal, apresenta variações que oscilam entre o modelo antigo e o atual. A maioria dos dentistas e auxiliares conhece parcialmente as diretrizes da ESF. A maioria dos profissionais do CEO relata que não houve mudanças em sua prática com o advento da ESF, enquanto que os profissionais da atenção primária declararam que houve. Como resultado foi verificado que a ESF sugere a possibilidade de transformações na identidade do serviço público odontológico. Assim, a vivência efetiva dos princípios da ESF poderá ocorrer com o passar do tempo, já que a inserção das Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família no município de Ponte Nova ainda é recente.

Palavras-chave: *saúde da família, saúde bucal, atenção primária à saúde.*

THE ORAL HEALTH ACTIONS IN FAMILY HEALTH STRATEGY IN A MEDIUM SIZE TOWN OF MINAS GERAIS

ABSTRACT

In 2005, Ponte Nova - MG approved the inclusion of oral health actions in the Family Health Strategy - FHS. This article aims to identify, through the opinion of professionals, how they perceived the inclusion of oral health teams - OHT in FHS. This is a descriptive quantitative research to which was applied a semi-structured questionnaire with sixteen questions, distributed to all oral health professionals (n = 39). It was observed that the perception of inclusion of dentistry in the FHS, by oral health professionals, presents variations ranging from the old model to the present one. Most dentists and auxiliary partially know the guidelines of FHS. Most professionals of CEO report that there were no changes in their practice with the advent of the FHS, while the primary care professionals said there were. Thus, FHS suggests the possibility of changes in the identity of public dental services. The effective experience of FHS principles may occur over time, since the integration of oral health teams in the Family Health Teams in the city of Ponte Nova is still new.

Keywords: *family health; oral health; primary health care.*

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu de uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) no ano de 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, com a instituição do Programa de Saúde da Família (PSF). Esta estratégia prioriza a “produção do cuidado”, que “traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde” (1, 2).

Trata-se de uma proposta de reorientação do modelo, tendo a atenção primária como eixo estruturante. Consoante com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) adota os conceitos de “Família” e de “Promoção da Saúde” e o faz por meio de pressupostos tais

como a adscrição de clientela, as visitas domiciliares, o cadastramento, o trabalho em equipe, a territorialização e o estabelecimento de vínculo com os usuários. Por apresentar enorme capilaridade, potencializa a aproximação ao modo e à qualidade de vida das pessoas e das famílias, sua cultura, seus valores e hábitos. Ao informar e cuidar, essa estratégia trabalha com o objetivo de produzir saúde. Permite, por meio de uma postura ativa dos serviços, o melhor conhecimento do território sob sua responsabilidade, bem como dos problemas nele percebidos, facilitando o planejamento e as ações de intervenção. Tem, como meta, a responsabilidade das pessoas e das famílias por sua própria saúde, conscientes de seus direitos, adquirindo autonomia para levar suas vidas (1-3).

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Nesse sentido, afirma Fonseca (3) que a compreensão do conceito de família é fundamental para que os serviços possam organizar suas ações. Define laço familiar como “uma relação marcada pela identificação estreita e duradora entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuas (p. 54)”. Para o autor, a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e a população é um elemento básico do processo de intervenção. Segundo ele, o profissional de saúde deve estar atento

“...às dinâmicas que extrapolam seu limitado campo de observação, para interagir com os membros dessas famílias, que são envolvidos em relações que vão além do aqui e agora. (p.54)

A Promoção da Saúde fornece “... meios e situações que ampliem a qualidade de vida ‘vívida’ (...) e do padrão de bem-estar social (p.174)” considerando os valores e as escolhas dos indivíduos (4). Envolve, além dos fatores biológicos, os aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais que abarcam as condições de vida da população. Fortalece a participação coletiva na decisão de políticas públicas, o empoderamento da população e a intersetorialidade (5, 6).

E, para trabalhar com territórios e famílias, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos sobre a compreensão de cuidado. O termo cuidado é adotado por Ayres (7) como

...designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. (p.22)

Ayres também aponta para a importância das diversas formas de acolhimento como capacidade de escuta e diálogo com os usuários, bem como, para a organização dos serviços preocupada em responder aos projetos de vida dos usuários (7).

As diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (MS), que consideram a Saúde da Família uma importante estratégia na estruturação dos serviços, apontam para uma reorganização do cuidado em saúde bucal em todos os níveis,

como pressuposto básico para a reorientação do modelo de atenção (1).

Um dos argumentos que justificaram a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF foi o problema da falta de acesso dos usuários a esses serviços. Em 1998, através de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o MS, foi constatado que cerca de 29,6 milhões de brasileiros nunca tiveram acesso a atendimento odontológico de nenhuma espécie (8).

O presente estudo teve como hipótese a possibilidade de que os profissionais dos serviços públicos de saúde bucal do Município de Ponte Nova-MG conhecessem, em alguma medida, os princípios da ESF, mas não os percebessem ainda como fatores de mudança de sua prática. Levou em consideração, ainda, que a inserção das ESB na ESF e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) talvez possibilitassem um processo de trabalho integrado, em equipe, resultando na melhor organização dos serviços e em ganhos reais para a saúde da população.

A avaliação dos conceitos e do desempenho dos componentes das equipes de saúde bucal de um município de médio porte como Ponte Nova se faz relevante, visto que permite analisar se a forma de implantação das ESB e as ações nos CEO ocorreram de acordo com os princípios preconizados pelo SUS.

Buscou-se, então, identificar, por meio da opinião dos profissionais que formaram estas equipes e daqueles que passaram a trabalhar no CEO, como perceberam a inclusão das ESB na ESF. Objetivou-se, ainda descrever o conhecimento dos profissionais sobre ESF; aferir as mudanças no cotidiano dos serviços a partir da implantação da ESF; conhecer os aspectos que necessitam ser mantidos, melhorados, substituídos ou mesmo criados; e conhecer o grau de segurança dos profissionais para o exercício das atividades propostas pela ESF.

MATERIAL E MÉTODOS

O local do estudo

No município de Ponte Nova-MG, com 57.344 habitantes, os serviços públicos de saúde estão municipalizados desde 1992.

O município está habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal desde julho de 1998. Possui Conselho de Saúde atuante e até 1999 já havia realizado quatro Conferências Municipais de Saúde. A ESF foi implantada em Ponte Nova no ano de 2002, com uma cobertura inicial de 20,5% da população total. Em 2005, esta cobertura atingiu 62,5% da população.

As ações de Saúde Bucal, até 2005, eram realizadas de acordo com o "Programa Sorriso da Gente", em vinte e três consultórios, sendo a maioria localizada nas escolas públicas de Ponte Nova. Os recursos humanos envolviam trinta e um cirurgiões-dentistas (CD) e dezenove auxiliares de saúde bucal (ASB). O município contava também com o atendimento de média complexidade (ortodontia, periodontia e endodontia), e alta complexidade (atendimento hospitalar a pacientes com necessidades especiais), em parceria com o consórcio CIS - AMAPI, no Hospital Arnaldo Gavazza Filho.

Em maio de 2004, a 1ª Conferência Municipal de Saúde Bucal (1ª CMSB) apontou tanto para a criação das ESB em todas as equipes de saúde da família, incluindo a zona rural quanto para a implantação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo II. As metas propostas visavam o atendimento da população por meio de atividades de promoção, prevenção e reabilitação, a adoção das visitas domiciliares e a interação da equipe com a população. Em julho de 2005, com o tema "Acesso, Qualidade e Controle Social", a VII Conferência Municipal de Saúde (VII CMS) referendou e aprovou a decisão da 1ª CMSB.

As conclusões da VII CMS foram enviadas à Câmara de Vereadores, solicitando a criação, a partir de janeiro de 2006, de dez Equipes de Saúde Bucal (ESB) na modalidade I. Foi solicitado que a inserção das mesmas fosse gradativa, começando pelas Unidades de Saúde da Família que já tivessem área física adequada para a implantação do consultório odontológico, e posteriormente se estendendo às demais unidades do município. Em 29 de dezembro de 2005, foi aprovada a Lei Municipal nº 2892/2005, que autorizou o Executivo a implantar as ESB na ESF, por ser de "excepcional interesse público". O município conta atualmente com dez CD e doze ASB nas ESB.

Nesta mesma data foi aprovada a lei 2.893/2005, que autorizou o Executivo a implantar o Centro de Especialidades

Odontológicas (CEO), pela "necessidade de implementar a atenção especializada à saúde [...] tornando a assistência resolutiva e organizada". Foi relevante também, a importância de integração da atenção básica à atenção especializada, garantindo a referência e a articulação entre os níveis de assistência e de participação no Programa Brasil Sorridente do governo federal, garantindo recursos específicos para o custeio de tais ações. Para sua viabilização, foi autorizada a contratação de dez CD e cinco ASB.

Desta forma, no ano de 2006, teve início um processo de reorientação do sistema de saúde bucal. Por ser recente, limita a possibilidade de uma avaliação estatística de possíveis mudanças no processo de trabalho no setor de saúde bucal. No entanto, permite uma análise qualitativa da visão, das expectativas e dos objetos de trabalho dos componentes das equipes, auxiliando a estruturação de um serviço moldado na promoção da saúde.

Os métodos utilizados

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva para a qual se aplicou um questionário semi-estruturado, constituído de dezesseis perguntas, uma vez que se pretendia alcançá-los por meio da opinião dos profissionais de saúde bucal que iriam modificar sua prática, atuando nas ESB e no CEO. Na confecção deste questionário não foram abordadas questões relativas às ações de caráter clínico. Assim, foram considerados os seguintes aspectos: a) o domínio dos profissionais sobre as bases conceituais da ESF; b) as mudanças percebidas pelos profissionais na prática do serviço a partir da implantação das ESB; c) os aspectos da prática que, para os profissionais da ESB, necessitam ser mantidos, melhorados, substituídos ou mesmo criados; d) o grau de segurança dos profissionais para o exercício das atividades propostas para as ESB na ESF.

Depois de elaborado, o questionário foi submetido à análise de sua adequação aos objetivos da pesquisa e ao desenho metodológico, junto a três pesquisadores externos, a fim de garantir sua qualidade como instrumento do estudo.

Foram pesquisados todos os CD e ASB do SUS de Ponte Nova, perfazendo um total de trinta e nove pessoas. Foi critério de inclusão apresentar vínculo como profissional (efetivo ou contratado) da Secretaria Municipal

de Saúde da Prefeitura de Ponte Nova-MG. Não se pesquisou a qualificação profissional em função de que nenhum dos CD apresentava curso de Pós-graduação em saúde da família ou em saúde coletiva.

O gestor municipal de saúde concordou com a realização do estudo. O projeto foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG (Parecer nº ETIC 420/06). Após os devidos esclarecimentos, os sujeitos concordaram em participar do mesmo e assinaram o termo de consentimento.

O procedimento de coleta envolveu a distribuição de questionários, por duas pesquisadoras, aos sujeitos do estudo, em seus locais de trabalho. Sua devolução às mesmas ocorreu após o período de quinze dias.

Os questionários foram submetidos à análise estatística descritiva. O conteúdo das informações dissertativas foi, também, descrito considerando as temáticas: recursos humanos, tempo de profissão na área odontológica e desta prática no serviço público, questões sobre mudanças positivas e negativas, visão de melhorias e análise de satisfação no serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil da amostra

A amostra foi composta por trinta e nove pessoas, entre os profissionais das ESB/ESF e do CEO. Nas ESB/ESF, doze profissionais são ASB e dez são CD. No CEO, oito eram ASB e nove eram CD. Não houve perdas de participantes.

Dentro deste universo, ressalta-se que cinco ASB e quatro CD eram profissionais contratados e os demais, efetivos, sendo que a carga horária dos trabalhadores das ESB era de 40 horas semanais, e a do CEO, de 20 horas semanais. Este fato encontra eco nas afirmações de Canesqui e Spinelli (9), quando relatam que a vinculação precária do trabalho em saúde data da década de 1960, tornando-se muito frequente com a terceirização ocorrida nos anos 1990, em virtude das necessidades de se viabilizar as equipes da ESF, expandir e repor as redes assistenciais locais. Importa ainda explicitar que, proporcionalmente, os salários percebidos pelos profissionais do CEO eram maiores que

os das ESB. Esta diferença parece realçar a maior valorização atribuída à especialidade, em relação às ações de atenção primária, como resquício cultural do modelo cientificista, que acaba por se expressar nos salários. Tomando-se como base o tempo de trabalho dos profissionais na Prefeitura de Ponte Nova, destaca-se que 30,0% das ASB e 63,1% dos CD estão no serviço entre seis e dez anos, o que significa que vivenciaram o modelo anterior de atenção, bem como a transição para o atual.

Ações desenvolvidas

No que se refere às ações coletivas, no CEO, 50,0% das ASB declararam realizar bochechos fluorados, escovação e orientações, e 11,1% dos CD relataram fazer palestras e escovação supervisionada. Os demais declararam não desenvolvê-las na sua prática cotidiana, justificaram que, no CEO predominaram as ações curativas. Na ESB, 91,6% das ASB e 100,0% dos CD declararam desenvolvê-las, porém, com maior ênfase para palestras, ATF, exibição de filmes, escovação supervisionada em escolas e creches e distribuição de escovas. Apenas três CDs da ESB citaram trabalhos com grupos operativos. Um relatou ações de vigilância, prevenção e fiscalização em saúde, e outros dois, aplicação de selante individual e treinamentos. Esta situação revela que, embora inseridas na ESF, as ações ainda guardam estreita relação com o modelo anterior, calcado na saúde do escolar (10, 11).

Planejamento das atividades

Quanto ao processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência da UBS, 100,0% das ASB e 88,9% dos CD do CEO responderam não participar. Nas ESB, 50,0% dos CD declararam participar através de reuniões com a equipe, acompanhamento desta em visitas domiciliares e atendimento a grupos operativos. Dentre as ASB, 50,0% o fazem através de visitas domiciliares e programação de atendimento aos usuários juntamente à equipe, atenção a grupos operativos, planejamento anual de escovação e prevenção a estes grupos. Esta situação aponta a diferença de direcionamento entre a prática do CEO e a das ESB, e reforça o fato de que as ações de planejamento, embora com ênfase na saúde bucal, já acontecem no âmbito da equipe, o que constitui um indicio de mudança no processo de trabalho das ESB. No entanto, é necessário refletir sobre o fato

de que menos de um terço dos sujeitos da pesquisa participaram de alguma forma, do processo de planejamento. Esta situação pode refletir, por um lado, uma provável deficiência na formação dos profissionais envolvidos. Por outro, uma possível ausência de mecanismos gerenciais que induzam maior participação. De acordo com Canesqui e Spinelli (8) a pouca utilização ou sistematização de recursos como seminários, reuniões intersetoriais e oficinas de planejamento e avaliação, é apontada "... provavelmente pela falta de capacitação das equipes, merecendo a atenção dos gestores (p.1885)". (8)

Trabalho em equipe e integração com a população

Sobre o trabalho integrado nas Equipes de Saúde da Família, entre elas e com os níveis especializados, 50,0% das ASB e 70,0% dos CD das ESB acreditavam que a ESF em Ponte Nova propicia a integração, por meio de reuniões. Um terço das ASB e 30,0% dos CD das ESB responderam negativamente, sendo que um dentista justificou faltar valorização das ESB pelas Equipes de Saúde da Família e pela população. Outro relatou que o CD ainda está marginalizado nas atividades coletivas. Vale ressaltar que uma ASB informou haver o esforço de integração de cada equipe apenas em sua área de atuação. Outra alegou haver proposta de integração, mas, que infelizmente, acaba não acontecendo. Na opinião de um desses CD, o trabalho integrado depende do empenho pessoal. Os profissionais do CEO não emitiram opinião sobre essa questão.

Como ressaltam Silva e Trad (12), "o trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito da Saúde da Família, visando uma abordagem mais integral e resolutiva" (p.25).

Quanto à ESF de Ponte Nova possibilitar um trabalho próximo à comunidade, as respostas das ASB do CEO demonstraram a percepção de que essa proximidade é associada a "estar distribuído em muitos bairros". Entre os CD do CEO que responderam positivamente, a associação do trabalho junto à população está relacionada ao fato de "ficar perto da residência dos usuários". Os CD do CEO, que responderam negativamente, apontaram para a necessidade de se melhorar a atuação junto à comunidade, interrompendo o processo de atenção à demanda espontânea. As respostas positivas

das ASB das ESB demonstraram a importância do trabalho em equipe (ACS, enfermeiros e ESB), das visitas domiciliares e das reuniões de grupo para discutir ações junto a diabéticos, hipertensos, gestantes e prevenção de cárie nas escolas. Três pessoas afirmaram que o contato direto com a comunidade permite a integralidade. Uma das ASB, que respondeu negativamente, justificou haver "muita burocracia, sendo comum a proposta ficar só no papel". A maioria das respostas dos CD das ESB foi positiva e demonstrou que a localização geográfica permite maior contato com a realidade da comunidade, a realização de trabalhos junto a esta (grupos operativos, escovação supervisionada, palestras e visitas domiciliares) e pode gerar co-responsabilidade entre usuários e profissionais. Uma pessoa afirmou que ter ciência das dificuldades da comunidade possibilitou o enfrentamento mais adequado e objetivo por meio de palestras e exposições. Um CD das ESB respondeu negativamente, centrando-se no fato de 90% do trabalho ser realizado na unidade de saúde.

A análise das respostas permite a afirmação de que, não raro, a compreensão da "proximidade com os usuários" confunde-se com a "proximidade geográfica das equipes com a residência dos usuários", dificultando o conhecimento, em cada território, das políticas públicas e seu impacto sobre o modo de vida das pessoas, de suas necessidades, problemas e demandas. Buss (4) identifica a necessidade de incorporação de uma visão global para a análise da questão da saúde e não apenas do setor saúde. Desta forma, o autor propõe a incorporação "(...) de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura, etc, assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política" (p.174-175) (4).

Mudanças ocorridas na prática dos profissionais

A análise das respostas nos mostra que, do universo dos sujeitos da pesquisa (n=39), 14 pessoas, ou seja, 36%, responderam não perceber mudanças em seu processo de trabalho. Na análise das respostas dos profissionais do CEO, de um total de 17 pessoas, 12 (70%) responderam negativamente. Nas ESB, de 22 profissionais, apenas 2 (9%) responderam negativamente. Apesar da dificuldade do entendimento do

conceito de território, parece que, em função do processo de trabalho preconizado pela ESF, os profissionais da ESB conseguem compreender melhor os princípios do SUS e os pressupostos da Saúde da Família. Em contrapartida, aqueles que se encontram no CEO, provavelmente em função de um processo de trabalho isolado, conhecem mais as questões inerentes a sua especialidade. Desta forma, neste último caso, houve pouca mudança no processo de trabalho.

Em relação às mudanças percebidas na prática odontológica desde o início dos trabalhos da ESB na Equipe de Saúde da Família, 12,5% das ASB que trabalharam no CEO perceberam mudanças, justificaram que o atendimento ficou mais próximo da população e facilitou o acesso às especialidades. Em contraposição a esta opinião, 87,5% desses profissionais não perceberam mudanças, alegaram pouco tempo no serviço e desconhecimento do modelo de atenção por não fazerem parte das Equipes de Saúde da Família.

Dos CD que trabalhavam no CEO, 44,4% identificaram essas mudanças. Para duas pessoas, foi possível ter um melhor conhecimento da ESF e uma maior integração com as ESB na prestação do serviço especializado. Foi apontada uma melhoria na qualidade do atendimento, em virtude dos investimentos no sistema e um aumento na demanda por serviços especializados. Porém, 55,6% dos CD do CEO consideraram que não houve mudanças, sendo que duas respostas apontaram que a ESF não introduziu nenhuma mudança em sua forma de trabalho. Outra, afirmou que sua prática “nada tem a ver com programas de saúde do governo”.

A maioria das ASB das ESB (83,3%) respondeu positivamente, sendo que, as respostas se complementaram ao afirmarem a possibilidade de trabalhar fora do consultório, a realização de palestras, visitas às escolas e o trabalho continuado com as famílias. Um profissional ressaltou o apoio das ACS. Uma ASB, apesar de julgar que não houve mudança, afirma haver um processo em curso para melhorar o atendimento.

Dos CD das ESB, 90,0% responderam afirmativamente à questão anterior. Identificou-se a possibilidade de trabalho em equipe e multidisciplinar, a ampliação dos serviços oferecidos, como a prótese total e a possibilidade de encaminhamentos ao CEO. Fizeram referência à maior atenção aos

problemas de saúde bucal, individuais e coletivos, ao aumento das ações preventivas, mais voltadas ao conceito ampliado de saúde e à melhoria da qualidade do atendimento. Finalmente, fizeram alusão ao aumento do tempo de trabalho e à possibilidade de trabalhar fora do consultório. Um CD da ESB respondeu que não houve mudanças e justificou que sua prática sempre foi semelhante à que estava sendo proposta com a inclusão da saúde bucal na ESF.

Expectativas e satisfação dos profissionais frente à inserção das ESB na ESF

Sobre as expectativas dos profissionais investigados quanto à inserção das ESB nas Equipes de Saúde da Família, 75% das ASB do CEO apontaram para a oportunidade de trabalho multidisciplinar, sendo que 12,5% apostaram no atendimento integral dos pacientes, por meio do conhecimento de sua realidade e 12,5% em trabalhar com a odontologia fora dos limites do consultório. Entre os CD do CEO, 22,2% acreditaram na oportunidade de trabalho multidisciplinar, outros 22,2% em atender os pacientes de forma integral, através do conhecimento de sua realidade, 11,1% em trabalhar com a odontologia fora dos limites do consultório e 11,1% apostaram na melhoria salarial. Um terço dos CD do CEO marcaram mais de uma opção. Entre os profissionais das ESB, 10,0% dos CD assinalaram a oportunidade de trabalho multidisciplinar, 33,3% das ASB e 20,0% dos CD acreditavam no atendimento integral dos pacientes. A melhoria salarial foi citada por 16,7% das ASB e 10% dos CD. A possibilidade de trabalhar fora dos limites do consultório foi mencionada por 25,0% das ASB e 30,0% dos CD. A mesma proporção, ou seja, 25,0% das ASB e 30,0% dos CD assinalaram mais de uma alternativa. Um CD do CEO ressaltou que dentre suas expectativas estava o reconhecimento do profissional da área odontológica. Neste sentido, é importante comentar

De acordo com Pinto (13),

...uma profissão deve ser avaliada pelo alcance efetivo dos objetivos para os quais foi criada, e não pelo status na sociedade e êxito financeiro de seus profissionais, ou ainda, pela beleza e imponência das sedes das entidades de representação classista (p. 1).

Segundo o referido autor, “o objetivo primordial do trabalho de um cirurgião-dentista consiste em proporcionar uma boa saúde bucal aos seus pacientes (p.1)”. Isso corresponderia ao alcance de níveis adequados de saúde bucal para a totalidade ou maior parte da população de determinado local. O sucesso pessoal no exercício da odontologia deveria ser compatível com tais ideais. Porém, tal sucesso esbarra no elevado número de cirurgiões-dentistas no país, que continua crescendo a cada ano com a abertura de novos cursos de odontologia. Este fator leva à concorrência desleal, obrigando esses profissionais a abandonarem seus ideais e a trabalharem levados simplesmente pelas marés do mercado de trabalho, sob pena de não bancar a própria sobrevivência. Neste modelo selvagem de política de saúde, no qual a essência organizacional da odontologia é liberal, apenas quem pode pagar pelos serviços é atendido e a grande parcela da população continua sem assistência odontológica adequada (13).

Sobre os aspectos das atividades da ESB que, na opinião dos profissionais necessitam ser melhorados, modificados ou criados, 25,0% das ASB do CEO disseram sim, citando-se a disponibilidade de material para o consumo e, para melhorar o acesso, sugeriram a criação de unidades em locais onde ainda não as há. Dos CD do CEO, 66,7% concordaram com essas questões, citam a necessidade de colocação de Técnico de Saúde Bucal (TSB) nas equipes, melhoria dos materiais disponíveis, criação de Plano de Carreiras, Cargos e Salários e outros direitos trabalhistas, além da aproximação do dentista com a comunidade. Em relação aos CD das ESB, a maioria (90,0%) identificou a necessidade de melhorias nas atividades da ESB, enfatizando a otimização do tempo e do trabalho, através de avanços na referência e contra-referência, inserção de TSB nas equipes, informatização, incremento dos serviços especializados, maior interdisciplinaridade, valorização da equipe e melhoria salarial. Foram requisitados mais tempo e material para prevenção. Dentre as ASB das ESB, 83,3% concordaram com essas melhorias, com maior rapidez nos atendimentos, com a criação de ESB em todos os bairros para melhorar o acesso, construção de escovódromos nas escolas e UBS e material para palestras. Algumas citaram a maior oferta de cursos e a disponibilidade de transporte para as visitas domiciliares, melhor integração entre as equipes e maior “contato com os pacientes”, incentivando o auto-

cuidado. É relevante ressaltar a hegemonia do modelo biomédico presente na percepção dos profissionais, mesmo que solicita incrementos nas atividades coletivas, referem-se às pessoas como pacientes. A distância persistente da cultura científica com a humanidade; os relacionamentos humanos de submissão ao poder de poucos; o paternalismo e o assistencialismo, que impedem a participação efetiva da população nas tomadas de decisão; a visão da cidadania como um ato de doação e não como um direito; a “culpabilização da vítima” (14, 15). Além disso, a medicalização da população, a falta de hegemonia no conceito holístico de saúde, a posição de aceitação do indivíduo sobre o que lhe é imposto, ilustrada pela máxima “é melhor ficar como está porque não se sabe o que o novo pode provocar” são fatores apontados por Bydlowski et al. (5), como contrários à proposta de Promoção da Saúde.

Quanto à adequação do processo de trabalho aos princípios propostos pela ESF, 62,5% das ASB e 88,9% dos CD do CEO consideraram viável fazê-lo. A maior parte dos CD disse sim, pois acredita que os profissionais são aptos para tal, que um serviço complementa o outro e que tal adequação já acontece. Duas pessoas condicionaram essa adequação à melhoria do atendimento aos pacientes. O CD que assinalou não, justificou só atender pacientes referenciados. Entre os profissionais das ESB, metade das ASB e a totalidade dos CD responderam sim. Algumas ASB relatam que essa adequação traria benefícios aos usuários pelo seu atendimento integral. Outras acham necessária a capacitação das ESB e contratação de TSB. Uma pessoa acredita haver condições de superar dificuldades. Alguns CD acham necessária a vontade política, o empenho pessoal, a valorização igualitária das profissões e o planejamento prévio. Outros sugerem capacitação sobre a ESF e mais tempo em coleta de informações. Uma pessoa acha possível o atendimento integral, outra diz ser possível adequar em parte e outra afirmou não conhecer as estratégias. 16,7% das ASB da ESB responderam não e uma delas acredita faltarem condições para tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, pôde-se observar que a percepção da inserção da odontologia na

ESF do Município de Ponte Nova-MG apresenta variações que oscilam entre o modelo antigo e o atual. O CEO está à parte do planejamento do sistema de saúde bucal, funcionando apenas como referência especializada e planejando ações internas. Por se tratar de uma atividade de média complexidade, situa-se mais no espectro do modelo cientificista, não produziu mudanças no modo de fazer as ações, nem gerou implicação dos profissionais com a ESF. As ESB realizam trabalhos coletivos, porém ainda estão ligadas à odontologia escolar, em conformidade com o modelo antigo. Quanto a isto foram observadas divergências de opiniões, significantes: ao mesmo tempo em que alguns consideram a prática odontológica atual efetiva e estimulante, outros consideram

que ainda falta maior integração entre a teoria e a prática.

Conclui-se que a vivência efetiva dos princípios da ESF poderá ocorrer com o passar do tempo, já que a inserção das Equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Saúde da Família no Município de Ponte Nova ainda é recente.

Acredita-se que o tempo e a insistência na prática dos novos princípios, assim como ocorreu com os modelos anteriores, já superados, poderão promover o amadurecimento e as mudanças necessárias para que estes princípios se consolidem efetivamente na história da saúde bucal no Município de Ponte Nova.

Juliana Otoni Gonçalves Ribeiro, Stael Maria de Oliveira Soares Monteiro, Mara Vasconcelos, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu, Marcos Azeredo Furquim Werneck

Endereço para correspondência: Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: maurohenriqueabreu@ig.com.br

Recebido em 07/06/2011

Revisado em 11/03/2012

Aceito em 20/04/2012

REFERÊNCIAS

- (1) Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A política nacional de saúde bucal no Brasil. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf> Acesso em: 14 abr. 2010.
- (2) PUCCA JR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11(1): 243-6, 2006.
- (3) FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 14(2): 50-59, 2005.
- (4) BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 5(1): 163-177, 2000.
- (5) BYDLOWSKI, C. R.; PEREIRA, I. M. T. B.; WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 13(1): 14-24, 2004.
- (6) WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of World Health Organization**, Geneva, 83(9): 711-718, 2005.
- (7) AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 13(3): 16-29, 2004.
- (8) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>> Acesso em: 12 mar. 2012.
- (9) CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos de médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9): 1881-1892, 2006.
- (10) ABREU, M. H. N. G.; WERNECK, M. A. F. Sistema Incremental no Brasil: uma avaliação histórica. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, 34(2):121-131, 1998.
- (11) LEAL, R. B.; TOMITA, N. E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 11(1): 155-160, 2006.
- (12) SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, 9(16): 25-38, 2005.
- (13) PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.
- (14) VALLA, V. V. Participación, derechos humanos Y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. In:

BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Orgs). **Salud e equidad**: uma mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. p. 57-71.

(15) WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, 35(1): 1-11, 2007.