

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA

CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS  
GUIANDO AS RELAÇÕES

VITÓRIA

2007

CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS  
GUIANDO AS RELAÇÕES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde, linha de pesquisa Política e Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira.

VITÓRIA

2007

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

E77s Esposti, Carolina Dutra Degli, 1981-  
A saúde bucal na saúde da família : ação comunicativa de  
Habermas guiando as relações / Carolina Dutra Degli Esposti. –  
2007.  
141f. : ilus.

Orientador: Aduino Emmerich Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito  
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Ação comunicativa. 2. Programa saúde da família. 3.  
Relações interprofissionais. 4. Equipe de assistência ao paciente.  
5. Prática odontológica. I. Oliveira, Aduino Emmerich. II.  
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da  
Saúde. III. Título.

CDU:614

---

CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI

A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS  
GUIANDO AS RELAÇÕES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 30 de novembro de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janete Magalhães Carvalho  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nágela Valadão Cade  
Universidade Federal do Espírito Santo

Para minha mãe, a quem devo minha  
existência, meu caráter e meu caminho.

Para Leonardo, força de minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, por ter aberto as portas de seus serviços.

Aos profissionais sujeitos da pesquisa, pelos esclarecimentos, entendimento e carinho em suas participações.

Ao professor e orientador Aduino Emmerich Oliveira, pela orientação, companheirismo e compreensão, imprescindíveis à caminhada.

Às professoras que participaram da Banca de Qualificação, Rita de Cássia Lima Duarte e Janete Magalhães Carvalho, pelas contribuições teóricas e metodológicas que aperfeiçoaram o estudo.

Aos meus colegas mestrado, que contribuíram de diferentes maneiras, com amizade, compartilhando angústias e experiências, bibliografias, sugestões e estímulo. Agradecimento especial a Moisés Francisco Vieira Netto, Tânia Maria de Araújo, Célia Márcia Birchler, Ana Rita Vieira de Novaes, Sheila Cristina de Souza Cruz, Susana Bubach, Francianne Baroni Zandonadi, Racire Sampaio Silva, Geisa Fregona, Herlam Wagner Peixoto, Estela Altoé Feitoza e Edson Theodoro dos Santos Neto.

Aos amigos e familiares, que tantas vezes se conformaram com minha ausência e outras tantas souberam ouvir.

A todos, meu muito obrigada.

Perdemos um tempo precioso seguindo uma pista absurda e passamos ao lado da verdade sem suspeitá-la.

Marcel Proust

## RESUMO

Analisa como vem ocorrendo a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do Programa Saúde da Família (PSF), caracterizando o processo de trabalho do cirurgião-dentista em relação ao trabalho em equipe e identificando se há uma relação de comunicação e consenso envolvendo esses profissionais. Fundamenta-se em estudos sobre o trabalho em equipe e mais especificamente na teoria de Habermas sobre a Ação Comunicativa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso, cujo cenário é o município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, Brasil. A pesquisa focalizou os integrantes de duas equipes de saúde da família (ESF) e de saúde bucal (ESB) (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário) que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) Maruípe e Ilha do Príncipe, totalizando 14 sujeitos. Para a coleta de dados utilizou-se a observação participante e a entrevista semi-estruturada individual gravada. O exame do material empírico baseou-se na análise de conteúdo, relacionando o discurso dos entrevistados aos autores que fundamentam o estudo. Os resultados demonstram a dificuldade de integração entre cirurgiões-dentistas e demais membros das equipes, principalmente em decorrência de sua falta de preparo para atuar em equipes multiprofissionais, seguindo a manutenção do modelo hegemônico da prática odontológica, de um trabalho hierarquizado, orientado para atos individualizados e que privilegia procedimentos clínicos e tecnologias duras. Além disso, a grande cobrança por parte da gerência sobre produtividade, o trabalho de uma ESB para até duas ESF, a falta de condições de trabalho, o vínculo empregatício precário que gera alta rotatividade nas equipes, a falta de responsabilização, a formação deficiente e falta de capacitação desses profissionais para atuar em equipe e de acordo com as normas e diretrizes do PSF foram apontados como limitações para a interação na equipe. Como avanço sobre a inserção da saúde bucal no PSF observou-se a melhoria no acesso aos serviços odontológicos e a possibilidade de mudança no modelo de atuação odontológica prevalente. Para que o PSF se torne modelo de mudança da atenção básica em saúde no Brasil, a relação entre os cirurgiões-dentistas e demais profissionais das equipes da estratégia deve se pautar em uma relação livre de coação e de relações de poder, de forma a buscar a Ação Comunicativa habermasiana, isto é, uma relação em que no mínimo dois sujeitos utilizam a comunicação lingüística para construir planos de ação em comum, a partir do consenso. No PSF esse plano comum deve ter como objetivo as necessidades dos usuários em seu contexto de vida.

Palavras-chave: Ação comunicativa. Programa Saúde da Família. Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente. Prática odontológica.

## ABSTRACT

The study analyses the insertion of dentists into the Family Health Program (FHP) multidisciplinary team. It also characterises the work process of dentists with regards to the team work and identifies possible communicative approaches and consensus between the team professionals. The theoretical foundation was built from studies about team work relations, and more specifically from Habermas' Theory of Communicative Action. It consists of an exploratory case study, with a qualitative approach, carried out at Vitoria, capital city of Espírito Santo State, Brazil. The research focused on 14 workers from two Health Family Teams (HFT) and Oral Health Team (OHT) (doctor, nurse, nurse assistant, community health worker, dentist, dental hygienist and dental assistant) who work at the Health Family Units of Maruípe and Ilha do Príncipe. The data was collected through participant observation and semi-structured recorded interview. The empirical material was analysed through content analysis and the discourses were related to the authors who support the study. The results show the difficult integration between dentists and the other team members, especially due to their lack of skills to perform in multi-professional teams, since they keep hierarchic and individualised ways of working, focusing on clinical procedures and hard technologies, which characterises hegemonic model of practicing dentistry. Adding to that, there is great pressure from management towards increased productivity, ratio of one OHT to two HFT, lack of good work conditions, temporary employment contracts that leads to high staff turnover, lack of responsibility, inappropriate undergraduate education, poorly prepared professionals who are not trained to work in a team environment and to follow the FHP's guidelines. All these facts were seen as limitations for the team interaction. The insertion of oral health in the FHP not only improved the access to dental services but also created a possibility to change the traditional model of practicing dentistry. In order to consolidate the FHP as the model of Primary Health Care in Brazil, the relationship between dentists and the other health professionals should follow the Habermas Communicative Action, where at least two subjects use linguistic communication to build common action plan, through consensus. This action plan must aim the needs of the users and their life conditions.

**Keywords:** Communicative action. Family Health Program. Interprofessional relations. Patient care team. Odontological practice.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS – Ações Integradas de Saúde

CD – Cirurgião-dentista

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CPITN – *Community Periodontal Index for Treatment Needs* (Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal)

CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FDI – *World Dental Federation*

FSESP – Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas do SUS

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP – Programa de Educação Permanente

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

USF – Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>13</b>
<b>2 ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL: CRIANDO E RECRIANDO MODELOS DE ATUAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
2.1 A ODONTOLOGIA E AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE.....	27
<b>3 A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>34</b>
3.1 O CAMINHO TRILHADO.....	34
3.2 A INSERÇÃO.....	40
3.3 O TRABALHO EM EQUIPE.....	44
<b>4 IDÉIAS CRÍTICAS DA AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS.....</b>	<b>50</b>
<b>5 A AÇÃO COMUNICATIVA E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>58</b>
<b>6 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>66</b>
6.1 DESENHO DO ESTUDO.....	66
6.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	67
6.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	69
<b>6.3.1 Amostra.....</b>	<b>69</b>
6.4 CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....	71
<b>6.4.1 Instrumentos para a construção dos dados.....</b>	<b>72</b>
6.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	74
<b>7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....</b>	<b>76</b>
7.1 ANALISANDO O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE DE VITÓRIA....	78
<b>7.1.1 Unidade de Saúde da Família Ilha do Príncipe.....</b>	<b>86</b>
<b>7.1.2 Unidade de Saúde da Família Maruípe.....</b>	<b>88</b>
7.2 AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES.....	90
7.3 A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	101
7.4 A AÇÃO COMUNICATIVA GUIANDO O TRABALHO NAS EQUIPES DO PSF.....	110

<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*A sutileza do pensamento consiste em descobrir a semelhança das coisas diferentes e a diferença das coisas semelhantes.*

Montesquieu

O presente estudo partiu da necessidade de se conhecer a inserção dos cirurgiões-dentistas (CDs) no Programa Saúde da Família (PSF), do ponto de vista do trabalho em equipe e da relação intersubjetiva estabelecida entre esses profissionais e os outros integrantes das equipes. O interesse por essa temática surgiu quando pude participar de ações e projetos envolvendo a área de saúde bucal (SB) no contexto da saúde coletiva. Ao concluir a graduação em Odontologia, a possibilidade do trabalho no PSF lançou a seguinte dúvida: será que estou preparada para trabalhar em equipe? Com a necessidade de realização de um estudo, como parte do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, vi a possibilidade de adentrar o mundo das relações intersubjetivas que acontecem entre cirurgiões-dentistas e demais profissionais envolvidos na estratégia.

Durante a graduação, busquei me envolver em projetos que tivessem como objetivo a modificação das práticas odontológicas, no contexto da saúde bucal. Percebia que o modelo de formação em Odontologia privilegia muito o aspecto técnico, por se pautar basicamente no modelo flexneriano de ensino, o qual propõe atenção especial aos aspectos biológicos e curativos. Partindo desse modelo, o ensino centraliza as ações e as decisões na mão do cirurgião-dentista, preparando-o para atuar de maneira hierárquica. Mesmo que algumas disciplinas busquem a formação de conceitos como promoção de saúde e atendimento integral, essa é a lógica que predomina. Assim, os cirurgiões-dentistas saem das escolas de formação preparados para atuar no mercado privado, ou seja, nos consultórios particulares.

Porém, os péssimos índices epidemiológicos em saúde bucal estimularam o aumento nos investimentos no setor e uma maior participação dos profissionais da área nas ações prioritárias do Ministério da Saúde (MS). O PSF é a proposta ministerial para a reorganização da atenção básica à saúde no Brasil. Diante de tais

índices epidemiológicos, houve, mesmo que tardiamente, a inserção da saúde bucal na estratégia. Para que sejam alcançados seus objetivos, o PSF propõe o trabalho em equipes multiprofissionais que levem em conta princípios de acolhimento, vínculo e escuta.

O setor de recursos humanos e a pouca qualificação dos profissionais têm sido um dos principais obstáculos à implementação do programa (ALEIXO, 2002). Embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante que a partir do PSF haverá ruptura com a dinâmica “medicocentrada”, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque a estratégia aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

A verdadeira discussão diz respeito à necessidade dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.

Outro problema diz respeito ao caráter prescritivo do PSF, com seu alto grau de normatividade. Assim, o formato da equipe, as funções de cada profissional e tudo mais relacionado ao seu funcionamento são regulamentados centralmente pelo MS, devendo ser rigorosamente seguidos, sob pena de descredenciamento das equipes e interrupção no recebimento dos incentivos financeiros destinados à estratégia. Esse fato pode engessar o modelo e coibir que novas alternativas possam aparecer.

A recente implementação do PSF o faz objeto de investigações: muitos querem saber se de fato está havendo reorientação das práticas em saúde. Uma construção viável ao modelo de trabalho em equipe é o estímulo à escuta e à comunicação, como forma de construção de um objetivo comum de trabalho: a saúde do usuário

em seu contexto de vida. Os cirurgiões-dentistas fazem parte dessa estratégia há pouco tempo, já que somente seis anos após a implantação das primeiras equipes de saúde da família (ESF) houve a implantação das primeiras equipes de saúde bucal (ESB). Transitaram assim de um modelo de práticas individuais e curativas para uma proposta que privilegia a integração profissional e a promoção de saúde. Nesse sentido, é de suma importância observar como tem se dado esse processo, proporcionando uma possível correção das distorções que se fizerem presentes.

Dessa forma, os objetivos desse estudo foram:

- Analisar como vem ocorrendo a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do Programa Saúde da Família;
- Caracterizar o processo de trabalho do cirurgião-dentista em relação ao trabalho em equipe;
- Identificar se há uma relação de comunicação e consenso envolvendo esses profissionais.

O processo de investigação e de construção do conhecimento foi árduo, mas permitiu a aproximação com a prática do serviço nas Unidades de Saúde da Família (USF). O contato com os trabalhadores da saúde possibilitou o conhecimento de uma realidade muitas vezes familiar, pelos estágios que realizei na prática dos serviços de saúde pública, e tantas outras desconhecidas, pela natureza do trabalho em equipe. O contato com os técnicos da saúde e gestores enriqueceu e esclareceu o objeto de estudo e, ao mesmo tempo, contribuiu para me situar no contexto da pesquisa. Sendo cirurgiã-dentista faço parte do universo dos sujeitos da pesquisa.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: o **capítulo 1** situa o leitor no contexto de escolha do objeto de estudo, introduzindo-o ao assunto estudado e revelando seus objetivos; o **capítulo 2** faz um resgate da formação odontológica enquanto prática criada e em recriação; o **capítulo 3** apresenta o caminho percorrido para a inserção da saúde bucal no PSF e a questão do trabalho em equipe a ser praticado por esse e pelos demais profissionais na estratégia; o **capítulo 4** faz referência a algumas idéias da teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 2003; HABERMAS, 2002), que servirá de marco teórico para a análise dos dados; o **capítulo 5** relaciona a teoria discutida, no capítulo anterior, à prática do trabalho em equipe no PSF; o

**capítulo 6** discorre sobre os aspectos metodológicos do estudo; o **capítulo 7** trata da análise e discussão do material empírico, trazendo a fala dos entrevistados para um diálogo com os autores que fundamentaram o estudo; e, finalmente, no **capítulo 8** fazemos as considerações finais sobre o estudo.

Essa pesquisa é fruto da colaboração de muitas pessoas, que participaram de várias maneiras: contribuindo com o delineamento do estudo, durante a construção dos dados e também no esclarecimento de pontos específicos na análise. Apesar de a escrita ser um processo solitário, as muitas vozes que deram forma ao estudo estarão canalizadas na 3ª pessoa do plural, a qual passarei a utilizar daqui pra frente.

## 2 ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL: CRIANDO E RECRIANDO MODELOS DE ATUAÇÃO

*Nunca andes pelo caminho traçado,  
pois ele conduz somente onde outros  
já foram.*

Graham Bell

Para entender bem as relações que os cirurgiões-dentistas estabelecem em sua prática de trabalho em equipes, cotidianamente nas Unidades de Saúde da Família, é interessante fazermos uma incursão à história de sua formação. Dessa forma, poderemos entender um pouco sobre a transformação da corporação odontológica enquanto profissão médica independente e como parte de um sistema de saúde que vem sendo desenvolvido no Brasil, desde sua “descoberta”, em 1500, (mesmo antes dela), com os nativos brasileiros, os índios.

Com base na história, observamos que, ao longo dos tempos, a evolução da medicina permitiu o acúmulo de conhecimentos e a diversificação dos métodos de tratamento das enfermidades. Com isso, o aparecimento de um número cada vez maior de subdivisões da profissão médica foi inevitável (CHAVES, 1986). Assim, o surgimento da profissão odontológica relacionou-se à atuação de cirurgiões, barbeiros, cirurgiões-barbeiros, dentistas, tira-dentes, sangradores, charlatães e curandeiros, ou seja, a indivíduos de poucos conhecimentos, que criavam sociedades e corporações buscando reconhecimento oficial. As funções eram principalmente extrair e tratar dentes e tudo mais o que se relacionava à boca, sendo que o tipo de profissional variava de acordo com a época histórica e a realidade sociocultural de cada região (EMMERICH, 2000).

Diferentemente do observado na medicina, na atividade odontológica predominaram, desde seu início, as tarefas manuais, voltadas para a extração e a reposição dos dentes, relacionando-a a uma função mais cosmética do que terapêutica, logo, a uma imagem de trabalho “artesanal” e “comercial” e, por isso mesmo, de baixa estima social (CARVALHO, 2006).

Foi no século XVIII que a odontologia ficou caracterizada como profissão independente, tendo a França como seu berço. Pierre Fauchard (1678-1761), por meio de uma obra com data de 1728 (*Tratado dos dentes para o cirurgião-dentista*), marcou o início da organização e da evolução científica da Odontologia. Dessa maneira, a Odontologia seria responsável pela manutenção da saúde e recuperação funcional do aparelho mastigatório, atribuição de profissionais letrados e cientificamente embasados (BOTAZZO, 2000; CHAVES, 1986; EMMERICH, 2000; RING, 1998).

Antes da chegada dos portugueses ao Brasil, havia aqui uma figura respeitada por todos os índios, o pajé – considerado médico, dentista e feiticeiro, já que acumulava os conhecimentos das gerações passadas sobre os efeitos das plantas medicinais nativas e sobre as possíveis intervenções às moléstias de seu tempo. Com a chegada dos portugueses, juntamente com seu esquema de dominação e multiplicação de seus valores culturais, o estabelecimento da lógica do lucro fácil que movia os interesses da Coroa no Brasil (EMMERICH, 2000) também veio a influenciar a Odontologia brasileira.

Circunstâncias históricas determinaram o desenvolvimento de modelos distintos de evolução da prática odontológica, contudo, precisamos destacar que ela desenvolveu um sistema formal de conhecimento, reclamando para si uma base científica fundamentada no modelo biomédico, ainda que o foco da sua atenção tenha permanecido centrado na atividade “mecânica” ou protética (CARVALHO, 2006).

A lógica instaurada no Brasil colonial em relação à saúde da boca, principalmente dos dentes, deu-se pela atuação de cirurgiões-barbeiros iletrados, os beca-curta, trazidos pelos portugueses ou aqui instruídos por eles. A formação era predominantemente prática e relacionada à “loja de barbearia”, livre a qualquer um, inclusive servindo para acúmulo de capital por escravos que buscavam comprar suas cartas de alforria, estando apenas à mercê do papel regulador do mercado. A adoção do vocábulo dentista ocorreu com a instalação no Brasil do plano de exames que legalizava a “Arte Dentária”, por volta de 1800, sendo realizado por médicos em função do Estado. Importante a ser lembrado é que a principal função desses profissionais era “tirardentes”, estabelecendo aí a origem histórica do

odontocentrismo<sup>1</sup> e da extração-mutilação dentária<sup>2</sup> (EMMERICH, 2000, grifos do autor).

Foi através de figuras como Tiradentes, mártir nacional, e Augusto Coelho e Souza, considerado pai da Odontologia brasileira, que a profissão se desenvolveu aqui desde o descobrimento do país. O Brasil foi durante muito tempo importador de tecnologias e modelos estrangeiros em Odontologia, principalmente norte-americanos, sendo que a profissão caracterizou-se por uma crescente busca por legitimação social, sobretudo através da institucionalização de cursos superiores e da criação de regras definidas aplicáveis a quem quisesse exercê-la (EMMERICH, 2000).

Com isso, ocorreu uma crescente exclusão daqueles que não seguiam tais regras de formação e conduta, personificada inicialmente na dicotomia cirurgião-barbeiro e cirurgião-dentista e hoje veiculada à dicotomia dentista prático e cirurgião-dentista (EMMERICH, 2000). A regulamentação da profissão era necessária para assegurar os benefícios do crescente mercado de serviços de saúde bucal, principalmente com a disseminação de doenças bucais, especialmente da cárie dentária, na primeira metade do século XIX. A pandemia de cárie dentária foi relacionada à expansão do mercado de açúcar (CARVALHO, 2006).

Fica claro na história da Odontologia brasileira que esta teve uma origem numa atuação prática, inicialmente de iletrados, e em uma crescente busca por uma cidadania odontológica, alcançada através de uma formação científica (EMMERICH, 2000), assim como citado por Carvalho (2006), ao analisar a disputa pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. Atendo-se à formação de cursos superiores em Odontologia, é importante enfatizar que sua base foi positivista, interessando-se apenas por matérias que compunham o próprio curso, fundando uma ciência

---

<sup>1</sup> Emmerich (2000) define odontocentrismo como a configuração cultural específica de nossa Odontologia, em que existe a centralidade do dente, objeto de trabalho dos profissionais da área, desvinculado do ser em sua totalidade.

<sup>2</sup> Segundo o mesmo autor, a Odontologia brasileira encontra sua origem na extração dentária. Tal centralidade permanece até os dias atuais, em que muitas vezes o paciente vê na extração dentária a solução mais rápida e barata à sua dor de dente (EMMERICH, 2000). Isso ocorre principalmente pelo sistema nacional de saúde bucal ter sido pautado historicamente no serviço privado, não acessível à grande parte da população. Quando se pensa no sistema público de atenção odontológica, a facilidade e o baixo custo da extração fizeram com que esta fosse a principal ação oferecida como tratamento de dentes extensamente atacados por cárie ou por doença periodontal (de gengivas e osso).

odontológica em bases de conhecimentos de química e física e numa total ausência de compromisso com categorias históricas fundamentais, tais como a subjetividade, a objetividade e a essência. Dessa maneira, afirmou sua cientificidade como externa ao tecido social, enxergando a saúde bucal como separada da saúde como um todo do indivíduo. Seu discurso era centrado nas doenças dentárias e tinha o doente como objeto de sua ação, principalmente terapêutica (EMMERICH, 2000).

Essa idéia de centralidade do dente como campo de atuação do cirurgião-dentista influenciou sobremaneira as relações instituídas entre esse profissional e seus pacientes e também com as pessoas que passaram a auxiliá-lo durante o atendimento. Por muito tempo a Odontologia pautou-se nessa visão para acelerar seu desenvolvimento técnico e científico, para que os tratamentos pudessem ser cada vez mais eficientes e gerassem melhores resultados do ponto de vista técnico.

Ao longo da história da Odontologia brasileira percebemos que ela esteve intimamente conectada ao Estado. Apesar disso, formou-se com nenhuma preocupação com a realidade epidemiológica de cada época e estabelecendo como campo profissional o setor privado, longe da realidade social e do coletivo. Ao criar o consultório dentário como *locus* privilegiado de sua atuação, a corporação odontológica acabou por transformar a saúde bucal, seu bem de produção, em mercadoria produtora de bens materiais. Configurou assim uma relação comercial que transformou o cirurgião-dentista numa figura digna de veneração das elites do século XIX (EMMERICH, 2000; CARVALHO, 2006) e ainda dos tempos atuais.

Contudo, concordamos com Pinto (2000), quando ele diz que o sucesso de uma profissão relaciona-se ao alcance dos objetivos para os quais foi criada e não pelo status social ou êxito financeiro que alcancem seus profissionais. Levando-se em conta que o objetivo primeiro do trabalho em Odontologia deva ser a boa saúde bucal dos indivíduos, refletido em níveis adequados de saúde bucal na população em geral, o sucesso do trabalho de um cirurgião-dentista só será alcançado quando este também o for.

Essa separação entre consultório odontológico e realidade social de produção de doenças bucais foi na contramão do caminho traçado pela corporação médica, a qual estabeleceu relações com o Estado para o atendimento às necessidades

sociais da saúde pública (EMMERICH, 2000), mesmo que muitas vezes fosse com o objetivo de manutenção da força produtiva. A expansão do campo de atuação dos cirurgiões-dentistas esteve ligada principalmente à reposição de dentes perdidos, com dentes artificiais, sendo considerado artigo de luxo e supérfluo, já que a maioria da população era pobre e não podia pagar pelos serviços. Além disso, também havia uma aceitação social das enfermidades dentárias (CARVALHO, 2006).

Segundo Mendes (1986), a prática médica e de sua subdivisão, a Odontologia, tiveram forte influência do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela fundação Carnegie. A partir daí, institucionalizou-se uma medicina científica, pautada na ligação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. Houve mudança no objeto da prática e da educação médica, assim como em seus propósitos, recursos empregados e agentes da medicina. Sendo a Odontologia uma especialização médica, sofreu também dominação desse paradigma, configurada na Odontologia científica ou flexneriana.

De acordo com esse paradigma, a Odontologia deveria basear-se num modelo com as seguintes características: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas e tecnificação do ato odontológico. Sendo assim,

A interação desses elementos criou uma nova prática – a odontologia científica ou flexneriana – que é entendida como aquela de universalidade biológica, orientada para a cura ou alívio das doenças ou para a restauração de lesões e que é caracterizada pela natureza individual de seu objeto, pela concepção mecanicista do homem, pela crescente corporização do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, pela dominância da especialização, pela seletividade de sua clientela e pela exclusão de formas alternativas de prática odontológica (MENDES, 2006, p. 541).

Esse modelo transformou o consultório privado em lócus de produção de saúde bucal, enquanto mercadoria capaz de gerar lucros. Isso também influenciou o surgimento de faculdades privadas, estabelecidas na mesma relação de exploração do mercado privado, formando profissionais com esse perfil (EMMERICH, 2000). Esse objetivo de um atendimento individual e lucrativo permitiu que as evoluções tecnológicas pudessem ser empregadas na saúde bucal individual, na geração de lucros e na manutenção do fetiche que é a profissão. Enquanto isso, as camadas sociais menos favorecidas economicamente continuaram por buscar e por receber

principalmente a extração dentária como remédio aos males bucais mais comuns: a cárie e a doença periodontal.

O Brasil viveu durante muito tempo oferecendo um Sistema Nacional de Saúde que, na visão de Mendes (1986), era plural e desintegrado, que contava com a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista. O Sistema Nacional de Saúde Bucal reproduzia, como expressão parcial, o Sistema Nacional de Saúde. Assim, institucionalizou-se na mesma lógica da organização do serviço do Sistema Nacional de Saúde, centrado nas ações curativas e no privilegiamento do setor privado, mantendo o exercício liberal da profissão como predominante.

O quadro epidemiológico do Brasil hoje mostra que o passado de exclusão social em que se fundamentou a história da formação da Odontologia brasileira ainda perdura até os dias atuais. O SB Brasil 2003, maior e mais amplo levantamento em saúde bucal já realizado em nosso país, foi finalizado em 2003. Este levantamento reuniu informações de mais de 100 mil exames realizados em todas as regiões do país e mapeou a saúde bucal do povo brasileiro (BRASIL, 2004b). Os dados dessa pesquisa orientam a condução das ações do Brasil Sorridente, plano governamental que norteia as ações em saúde bucal desde 2004.

Os principais problemas de saúde bucal têm sido a doença cárie e a doença periodontal, comuns em todo o mundo. Para medir a incidência da cárie no planeta, foi criado um método de avaliação, aceito por toda a comunidade internacional como indicador do perfil da saúde bucal, CPO-D em português. Essa sigla é uma representação numérica que indica a prevalência de cárie dental na dentição permanente (em uma determinada população estudada) e é calculada a partir da quantidade de dentes cariados (C), de dentes perdidos (P) e de dentes obturados (O) (restaurados) (CHAVES, 1986; OPAS, 2007; PINTO, 2000), tendo valor máximo teórico de 32 (contando com os terceiros molares).

Os países que seguem o Programa de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde (OMS) fazem avaliações periódicas (levantamentos ou estudos epidemiológicos), utilizando principalmente o CPO-D para avaliar a eficácia dos programas governamentais de saúde bucal e também para planejamento de outras ações. Além disso, a OMS, juntamente com vários organismos internacionais e

organizações representativas de classe e de governos de todo o mundo, tem buscado disseminar diversas ações preventivas, consideradas simples e de eficácia comprovada (OPAS, 2007).

Dentre as ações preventivas preconizadas estão os autocuidados de higiene bucal (escovação adequada e uso de fio dental); a aplicação tópica de flúor realizada por profissionais treinados como cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental (THDs) e auxiliares de consultório dentário (ACDs); a fluoretação de cremes dentais (dentifrícios), da água de consumo público, caixas d'água de escolas, creches e outros estabelecimentos, do leite, do sal de cozinha dentre outras experiências; a busca de uma dieta alimentar balanceada, reduzindo os alimentos compostos por açúcares entre as refeições (conhecido, no meio odontológico, como "convívio inteligente com o açúcar") (CHAVES, 1986; OPAS, 2007).

Os eficientes métodos de utilização do flúor levaram a um declínio da cárie nos grandes centros urbanos. Tem sido o principal agente da estratégia preventiva da Odontologia (EMMERICH, 2003a; EMMERICH, 2003b), principalmente como adição à água de consumo, por ser a medida preventiva de cárie dental de maior impacto populacional (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999), sendo assim, democrático, com maior amplitude distributiva, maior equidade, melhor custo benefício e efetivo com segurança. Contudo, deve ser dada toda a importância ao controle e ao estímulo às pesquisas sobre esse método, principalmente com o objetivo de diminuir a prevalência de fluorose dental<sup>3</sup> (EMMERICH, 2003a; EMMERICH, 2003b).

A elevação do acesso à água e ao creme dental fluoretados tem resultado em expressiva diminuição na prevalência geral da cárie dentária. Contudo, tais estratégias não têm sido suficientes para reduzir as desigualdades entre as regiões e na população escolar como um todo. Medidas sociais e econômicas mais gerais, voltadas ao enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares, dirigidas aos grupos mais vulneráveis, tanto no campo da

---

<sup>3</sup> A fluorose dental caracteriza-se clinicamente por estrias esbranquiçadas, geralmente horizontais e translúcidas, no esmalte (camada externa e normalmente a única visível do dente), sendo uma hipoplasia (deficiência que envolve a superfície do esmalte, estando associada a uma diminuição localizada de consistência). É causada pela ingestão excessiva de flúor durante a calcificação dos dentes, sendo bilateral, simétrica e possuindo diversos graus de afetação (PINTO, 2000).

promoção da saúde bucal quanto no âmbito mais restrito da assistência odontológica, continuam a desafiar os formuladores e gestores de políticas públicas brasileiras (NARVAI et al., 2006).

Paralelamente ao trabalho de prevenção, a OMS e a FDI (*World Dental Federation*) estabeleceram em 1982 um conjunto de metas a serem utilizadas como avaliação e parâmetro para a melhoria da saúde bucal das populações, baseadas no padrão CPO-D (OPAS, 2007; NARVAI, 2007). Entre as críticas, deve ser destacado o argumento de que não fazia e ainda não faz qualquer sentido propor metas globais, dadas as características da área da saúde bucal, e também ao fato de que se as metas são globais, deveriam corresponder a um planejamento global – o que não acontece no setor. Além disso, essas metas contemplavam apenas a doença cárie, a qual não é o único problema em saúde bucal, sendo muitas vezes nem o principal (NARVAI, 2007b).

Essas metas foram revisadas em 1993, durante o "4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva", realizado em Umea (Suécia). Durante este evento, a OMS propôs novas metas para o ano 2010 em relação à saúde bucal, incluindo aquelas relacionadas à melhoria das condições periodontais (da gengiva) da população, medidas pelo *Community Periodontal Index for Treatment Needs* (CPITN) ou, em português, Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal<sup>4</sup>. Dentre as metas estabelecidas para o ano de 2010 estava a de que o CPO-D deve ser menor do que 1 aos 12 anos (NARVAI, 2002b; OPAS, 2007).

No Brasil, o primeiro levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal foi realizado em 1986, com dados referentes à cárie dental, doença periodontal e necessidade de próteses. Esse estudo mostrou que a criança brasileira aos 12 anos apresentava em média 6 a 7 dentes atacados pela doença cárie (portanto, um índice CPO-D entre 6 e 7). Passados 10 anos da pesquisa, em 1996, outro levantamento nacional foi realizado pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, pesquisando somente a cárie dental em escolares de 6 a 12 anos. Esse levantamento

---

<sup>4</sup> Como proposto pela OMS, o CPITN classifica a doença periodontal, por sextante, em 4 níveis: desde o nível 1 (sextante com presença de sangramento em pelo menos um dos dentes), até o nível 4 (bolsa periodontal com 6 mm ou mais profundidade) (OPAS, 2007). De acordo com Pinto (2000), a dentição está dividida em seis sextantes, cada um contendo 4 dentes (desconsidera os terceiros molares).

demonstrou que aquele índice CPO-D aos 12 anos, obtido em 1986, teve uma redução da ordem de 53,9% na população estudada, atingindo praticamente os parâmetros da OMS para o ano 2000 que é de um índice CPO-D menor ou igual a 3,0 (OPAS, 2007).

O último levantamento em saúde bucal no Brasil, o SB Brasil 2003, mostrou um CPO-D de 2,78 aos 12 anos, que é inferior à meta para o ano 2000 editada pela OMS e pela FDI (3,00). Contudo, esse índice apresenta-se superior à meta colocada pelas mesmas instituições para o ano de 2010, que é de um CPO-D menor do que 1 aos 12 anos, estabelecendo assim a necessidade de aumento de ações preventivas direcionadas a essa população. Além disso, o SB Brasil 2003 permitiu observarmos o aumento gradativo do CPO-D, até chegar a 27,79 na faixa etária de 65 a 74 anos. Isso demonstra que mesmo que a assistência odontológica tenha, de alguma forma, buscado acompanhar as transformações vividas pelo setor saúde nas últimas décadas e que pressões populares por acesso aos serviços de saúde incluam os serviços odontológicos, esses serviços têm sido insuficientes e ineficazes do ponto de vista epidemiológico (NARVAI, 2002a).

A participação do componente “C” (dentes cariados, incluindo aqueles com extração indicada) ainda é extremamente elevada na idade de 12 anos, correspondendo a aproximadamente dois terços do valor total do índice CPO-D, 60,8% em 2003. O predomínio do componente “C” na composição do CPO-D evidencia que, mesmo tendo havido diminuição da prevalência e da magnitude da cárie entre escolares brasileiros, o acesso aos serviços de restauração dos dentes continua sendo um enorme desafio para o Estado e a sociedade no Brasil. Esse quadro apresenta-se como contradição de um país onde não faltam dentistas, mas onde a população não consegue fazer valer o seu direito de acesso aos cuidados proporcionados por esses profissionais (NARVAI et al., 2006).

Um ponto também evidenciado por esse levantamento é o aumento gradativo do percentual do componente perdido (P) com o passar da idade, sendo de 6,47% aos 12 anos, 14,42% na faixa etária entre 15 e 19 anos, 65,72% entre 35 e 44 anos e 92,95% entre 65 e 74 anos (BRASIL, 2004b). Tal fato pode existir em decorrência da falta de acesso a ações preventivas de impacto e a tratamentos restauradores, restando como ação de baixo custo, e por isso acessível à maioria da população, a

extração dentária. Além disso, pode ter influência aqui também a figura do odontocentrismo e da extração-mutilação dentária citadas por Emmerich (2000), configurados num sistema nacional de assistência odontológica.

Neste ponto faz-se necessário distinguirmos assistência odontológica de atenção à saúde bucal. Narvai (2002a, p. 68-9, grifos do autor) discute essas diferenças e entende assistência odontológica como o “[...] conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não.” Já a atenção à saúde bucal é referida pelo autor como “[...] conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal [...]”. Analisando a breve história da odontologia brasileira<sup>5</sup>, podemos dizer que esta se baseou numa assistência odontológica e não numa atenção à saúde bucal, modelo que não deu conta das demandas da população e que foram demonstradas através dos estudos epidemiológicos específicos.

Entre os anos de 1952 e 1992, a Odontologia brasileira sofreu várias adjetivações: Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Social, Odontologia Simplificada, Odontologia Comunitária e Odontologia Integral, todas tentativas de transformação da Odontologia, como se os adjetivos adicionados fossem capazes de uma ruptura tão grande com as raízes dessa profissão. Narvai (2002a) discutiu esses modelos e concluiu que todos eles foram ineficazes em romper a prática odontológica hegemônica, de caráter mercantilista, monopolista, ineficaz, ineficiente e que privilegia o enfoque curativo.

Nos anos 80 passou-se a falar em uma saúde bucal coletiva como uma prática sanitária que buscava ser distinta das demais odontologias (NARVAI, 2002a). Segundo Chaves (1986), a saúde bucal é um estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca. Sendo um conceito parcial de saúde, só tem sentido se estiver acompanhada de saúde geral do indivíduo. Essa noção surgiu durante o desenvolvimento maior de uma reforma que era buscada para o setor saúde

---

<sup>5</sup> Para melhor compreender a formação da corporação odontológica através de uma descrição histórica e da análise das características principais da profissão, consultar as obras de Emmerich (2000) e Botazzo (2000).

brasileiro. Para entender o sentido dado a essa expressão e às práticas buscadas a partir de suas propostas, discutiremos sobre esse grande movimento nacional.

## 2.1 A ODONTOLOGIA E AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE

Reforma Sanitária Brasileira é o termo genericamente empregado para designar o interesse sobre as mudanças necessárias ao setor saúde (PAIM, 2002, SANITARISTA..., 2007). Tendo nascido dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, ela teve início com o novo pensamento sobre a saúde, no final dos anos 60 e início dos 70. Nessa época foi incorporada a abordagem marxista da saúde ou teoria social da medicina, que contou com idéias da teoria marxista, do materialismo dialético e do materialismo histórico. Assim, mostrava-se que a doença está socialmente determinada e não aceitando somente o enfoque biologicista como explicação das doenças, como vinha sendo feito até então (SANITARISTA..., 2007).

A abordagem da saúde vinha então sofrendo modificações, contando com duas teses de 1975: O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca<sup>6</sup>, e Medicina e Sociedade, de Cecília Donnangelo, marcos do início da teoria social na medicina. O movimento estudantil teve papel fundamental na disseminação e incorporação das novas idéias. Neste processo também tomaram parte médicos residentes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Médica Brasileira (AMB), os dois últimos tendo passado por reformulações nesta época (SANITARISTA..., 2007).

A conceituação de saúde passava por uma reformulação a partir de considerações da OMS. Considerada como estado de bem-estar físico, mental e social, a saúde não se restringe a ausência de doença (CHAVES, 1986). Dessa forma,

[...] a saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas, ou reabilitadoras, ofertadas por serviços de saúde.

Mais que isso, o termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população, num dado espaço e num dado momento, refletindo as suas condições objetivas de vida, que têm sua origem num patamar

---

<sup>6</sup> Editada em livro mais de trinta anos depois de defendida: AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

transcendente à simples oferta e consumo de serviços médicos (MENDES, 1986, p. 535).

Sendo dependente de vários fatores, como condição de moradia, de trabalho e de educação, a saúde não pode e não deve ser atenção apenas dos profissionais de sua área específica. Segundo Mendes (1986), essa era a principal idéia reconhecida pela Reforma Sanitária, a qual propugnava mudanças no eixo integrador entre economia e sociedade para melhorar os níveis de saúde, sem a negação da importância dos serviços médicos nesse processo. Além disso, o objetivo era que fossem oferecidos serviços de saúde a todos os brasileiros, de maneira igual, isto é, universalidade com equidade.

Com a divulgação das idéias sanitárias, principalmente a partir das décadas de 1970 e 1980, a população brasileira, incluindo aí dirigentes e profissionais da área da saúde, passou a reivindicar uma atuação do Estado de forma a modificar o quadro da saúde no país. Esse processo político inseriu-se num movimento maior de retomada da democracia no Brasil no período pós-ditadura, onde os brasileiros buscavam a reconquista e o reconhecimento de seus direitos e tentavam construir uma identidade cidadã. Dessa forma, a redemocratização passava também pela garantia do direito a uma assistência à saúde de acordo com as necessidades da população, sendo esta a maior bandeira erguida durante esse processo global (PAIM, 2002; RONCALLI, 2003).

A existência de grande número de mortes evitáveis, principalmente as infantis, e o quadro de transição epidemiológica, no qual doenças parasitárias e infecciosas coexistiam com aquelas ligadas ao estilo de vida, eram sinais do baixo padrão de saúde da população brasileira. Esse quadro complexo aliado à má distribuição dos serviços de saúde, descordenados e insuficientes para resolver os problemas de saúde existentes (apesar de serem casos de solução ou controle já oferecidos pela medicina moderna e pelas técnicas de saúde pública) motivaram a luta em que participaram os diversos atores da sociedade brasileira. Com a conquista da democracia em nosso país, a população passou a se organizar e a se mobilizar pela busca de seus direitos. Com isso, a consciência do direito à saúde irradiou-se de tal forma que o povo passou a cobrá-lo, reivindicando principalmente a melhoria dos serviços em saúde (PAIM, 2002).

Várias propostas já vinham sendo gestadas e construídas como alternativas às opções implementadas pelos governos até então, indo desde o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) à frustrada promessa do PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), até chegar ao programa das AIS (Ações Integradas de Saúde), passando pelo plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária). Algumas instituições, através de seus atores, tiveram papel fundamental em todo o processo, podendo ser citadas o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) (NASCIMENTO, 2007).

Todo esse processo culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986, com a participação de mais de quatro mil pessoas, das quais 50% eram usuários da saúde (BRASIL, 2004a; NASCIMENTO, 2007; RONCALLI, 2003; SANITARISTA..., 2007). Durante os debates reconheceu-se que a saúde deveria ser considerada um direito de todos os brasileiros e que este seria um dever do Estado. Segundo a proposta, para atender a esse princípio, as ações de saúde deveriam ser organizadas através de um sistema único de saúde, que fosse pautado na divisão e na distribuição de poderes entre as esferas federal, estadual e municipal e que contasse com participação da sociedade na formulação das propostas, no acompanhamento de suas implementações e na avaliação dos resultados alcançados (PAIM, 2002).

O relatório final da VIII CNS resumiu bem os consensos a que se chegaram após as diversas votações. Dentre as diversas conclusões estavam: a conceituação de saúde e de seus determinantes; sua incorporação ao direito da cidadania; o conseqüente dever do Estado para atender às necessidades de saúde; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para dar conta de tais necessidades; a interdependência entre política social e econômica (com os entraves existentes no caso brasileiro), assim como a caracterização dos serviços de saúde como bens públicos e essenciais, propondo-se várias alterações no relacionamento com o setor privado (NASCIMENTO, 2007).

Pode-se dizer que o papel da VIII CNS foi clarificar a necessidade de uma política setorial de governo, não apenas específica à saúde, mas sim à melhoria da

qualidade de vida da população. Além disso, afirmou um conceito de Reforma Sanitária que se pretendeu viabilizar e desencadear com a Constituinte (NASCIMENTO, 2007). As proposições feitas durante a VIII CNS puderam ser amadurecidas e melhor detalhadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que encaminhou o projeto à Assembléia Nacional Constituinte, reunida na época para a formulação da nova Constituição Brasileira (PAIM, 2002; RONCALLI, 2003).

Dessa forma, a atualização e a reformulação dos direitos e deveres dos cidadãos brasileiros culminaram numa sessão específica sobre a saúde dentro do capítulo da seguridade social da Constituição Brasileira de 1988, confirmando as idéias debatidas até então no processo da Reforma Sanitária (BRASIL, 2004a; PAIM, 2002; RONCALLI, 2003). Passou-se, portanto, à sustentação política das formulações técnicas, fruto histórico de uma longa trajetória política (NASCIMENTO, 2007; RONCALLI, 2003).

O principal desafio colocado a partir daquele momento era a construção de um novo sistema de saúde, com a participação de todos os interessados e comprometidos com a melhoria dos serviços. Contudo, além do esforço dos constituintes, as mudanças propostas precisariam contar com a participação democrática e criativa dos trabalhadores em saúde, os quais deveriam necessariamente rever suas práticas (PAIM, 2002), hegemonicamente dadas.

No processo de Reforma Sanitária Brasileira também estiveram envolvidos cirurgiões-dentistas, que questionavam o modelo nacional de atenção à saúde e à saúde bucal e que constituíram o Movimento Sanitário Odontológico, cujos pilares básicos foram: “[...] a regionalização e hierarquização dos serviços odontológicos; a adoção de uma política nacional de Odontologia Integral; e a horizontalização dos programas odontológicos e a sua integração com a atenção médica [...]” (SERRA; GARCIA; MATTOS, 2005).

Assim, como parte desse amplo processo de Reforma Sanitária, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em outubro de 1986, cuja etapa nacional contou com mais de 1.000 participantes. Durante tal evento, foi afirmado que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, relacionando-se também às condições externas ao setor saúde, como moradia,

trabalho, renda. Apontou ainda os rumos para que a saúde bucal fosse inserida no sistema único de saúde e as possibilidades de financiamento das ações, representando o maior avanço sobre a saúde bucal com a participação da população visto até então (BRASIL, 1986; BRASIL, 2004a; SERRA; GARCIA; MATTOS, 2005; RELATÓRIO..., 1986). Volnei Garrafa, coordenador geral da 1ª CNSB reiterou que “Já é momento da Odontologia amadurecer social, técnica e politicamente, dando seu salto definitivo do individual para o coletivo e assumindo, também, sua parcela de responsabilidade no combate aos caóticos índices epidemiológicos constatados em todas as regiões do País” (BRASIL, 1986, p. 2).

A 2ª CNSB ocorreu em 1992, no mesmo ano da 9ª CNS. A época foi marcada por uma conjuntura nacional em que se propagava o projeto neoliberal, com diminuição das intervenções do Estado sobre campos como a saúde, por exemplo. Daí que a maior discussão em ambos os eventos foi a crítica à resistência do governo federal em efetivar a participação da sociedade nas decisões e na gestão do SUS e em avançar na descentralização das ações. A 2ª CNSB reafirmou a saúde bucal como direito de cidadania, propondo formas para o financiamento, o controle social por meio dos Conselhos de Saúde e a descentralização das ações como meio de se garantir a universalidade e a equidade, levando em conta os recursos humanos necessários (BRASIL, 1992; BRASIL, 2004a).

Foi somente em 2004, mais de dez anos após a 2ª CNSB, que houve a realização da 3ª CNSB, em processo da 12ª CNS. As principais discussões estavam baseadas no SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004b), que fora divulgado pouco tempo antes e no qual ficou demonstrado presença de mais de 30 milhões de desdentados no país. Os principais temas discutidos foram: a educação em saúde bucal como fator contribuinte à cidadania; controle social e gestão participativa; formação e trabalho em saúde bucal e financiamento e organização da atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004a).

A expectativa era que as reivindicações históricas pudessem finalmente se concretizar, em relação à saúde (inclusive em relação à saúde bucal). Assim, o que vem sendo proposto não é uma nova adjetivação para a Odontologia. O que se busca é uma postura que entenda saúde bucal como mudança de *práxis*, recuperando as dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral do

trabalho em Odontologia, tão necessárias a um campo da saúde democrático e solidário como se propõe (NARVAI, 2002).

Todas as reformulações do setor saúde devem ser encaradas mais do que como reformas administrativas e financeiras. Trata-se da revisão das concepções, dos paradigmas, das técnicas adotadas, aliada à mudança nas relações estabelecidas entre Estado e seus aparelhos e servidores e destes com a sociedade brasileira (PAIM, 2002). A Odontologia, ao fazer parte da saúde, buscou também, através de atores sociais engajados, romper com sua tradição assistencialista e mercantilista, introduzindo o conceito de saúde bucal. Assim, o principal objetivo é a expansão da atenção em saúde bucal, em quantidade e em qualidade, e a adequação dos recursos humanos para que tornem capaz a integração entre saúde bucal e saúde geral do indivíduo.

Segundo Arouca, os princípios da Reforma Sanitária não se resumem à criação do SUS. Dizem respeito a um conceito de saúde e doença que inclui relações com trabalho, lazer, saneamento e cultura e que, por isso, a saúde não deve ser discutida como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente (SANITARISTA..., 2007). Dessa forma, pensar a resolução dos problemas de saúde bucal não depende exclusivamente de ações odontológicas, como o emprego de materiais mais resistentes nas restaurações de lesões de cárie ou do estudo de técnicas cirúrgicas mais eficazes. O setor sofre forte influência das desigualdades dentro de uma nação tão extensa como o Brasil, de dificuldades econômicas, de dieta, de condições de vida e da existência de hábitos danosos à saúde, limitações inerentes ao estágio de desenvolvimento científico da Odontologia (PINTO, 2000).

Dessa forma, é preciso que aqueles que trabalham com a Odontologia ampliem seus horizontes de interesse e atuação e transformem-se em agentes de mudanças sociais e econômicas que beneficiem a saúde bucal da comunidade sob seus cuidados. Além disso, para que as políticas de saúde bucal cheguem ao sucesso, deve haver uma aproximação com as demais ciências, deixando-se relacionar e influenciar por elas e participando das lutas políticas que movem as sociedades humanas. Quando os profissionais da Odontologia, componentes de equipes profissionais, limitam-se a atuar exclusivamente no campo biológico ou dentro de

estreitas paredes reduzem drasticamente as chances de alcançar a saúde bucal de seus pacientes e da comunidade como um todo (PINTO, 2000).

Além de se unir aos outros profissionais da área da saúde, os profissionais da Odontologia devem não somente atuar tecnicamente, especialistas que são da área, mas sim buscar melhores condições de vida através de ações políticas (PINTO, 2000). E para que essa situação seja alcançada, as diversas profissões em saúde devem desenvolver seus programas especializados integrados entre si e parte de um plano global de saúde (CHAVES, 1986).

Feita essa discussão sobre a história da Odontologia e sobre o surgimento desse novo conceito que é a saúde bucal coletiva e sua contribuição à Reforma Sanitária Brasileira, devemos passar a uma etapa mais recente que vem vivendo a profissão. Através da extensão das ações em saúde bucal no SUS e, principalmente, da busca pela reestruturação da atenção básica à saúde, com o PSF, do Ministério da Saúde, os profissionais da saúde têm vivido a reestruturação do setor, por meio de seus processos de trabalho e das relações intersubjetivas estabelecidas no cotidiano dos serviços. Inseridos que estão nesse processo, os cirurgiões-dentistas também vivenciam este momento que se alardeia como de mudança. Passemos então à ao Programa Saúde da Família.

### 3 A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

*A mente que se abre a uma nova idéia  
jamais voltará ao seu tamanho original.*

Albert Einstein

#### 3.1 O CAMINHO TRILHADO

Atualmente, todas as ações em saúde pública no país estão organizadas no Sistema Único de Saúde. Este sistema teve sua organização iniciada durante a Reforma Sanitária Brasileira. Teve motivação na crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e contou com a participação e grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, no contexto da redemocratização do país. Nesse processo, chegou-se à legislação que criou nosso atual Sistema Público de Saúde, o SUS.

Antes do SUS, o Ministério da Saúde, apoiado por estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. O destaque era dado às campanhas de vacinação e controle de endemias, de caráter universal. Na área de assistência à saúde do MS havia apenas poucos hospitais especializados, como em psiquiatria e tuberculose, além do atendimento de algumas regiões específicas, como Norte e Nordeste, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) (SOUZA, 2002).

Nessa época, a assistência à saúde estava dividida de acordo com três categorias de brasileiros. Havia os serviços particulares, para aqueles que podiam pagar; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que era responsável por seus associados, isto é, por aqueles que tinham “carteira assinada” e seus dependentes; e havia ainda uma espécie de caridade, prestada por alguns municípios, estados e instituições filantrópicas à parcela da população definida como

indigente<sup>7</sup> (SOUZA, 2002). Configurava então um sistema nacional de saúde altamente excludente e que privilegiava principalmente ações curativas.

Foi no final da década de 80 que o INAMPS se aproximou de uma cobertura mais universal. Através de uma série de medidas, dentre as quais estava o fim da exigência da Carteira de Segurado do Inamps para o atendimento em hospitais próprios e conveniados da rede pública, configurou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (SOUZA, 2002).

Na teoria, baseava-se em convênios entre união, através do INAMPS, estados e órgãos convenientes do Governo Federal. Contudo, na prática, mostrava-se como ação bilateral entre INAMPS, estados e municípios. Assim, os representantes da SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública Ministério da Saúde), da FSESP, da Delegacia Regional do Trabalho e das Universidades, apesar de participarem como instâncias colegiadas de gestão, apreciando a solicitação de recursos e assinando termos de adesão, continuavam a administrar suas respectivas instituições, segundo normas e lógicas internas. Contudo, o SUDS apresentou uma contribuição para a construção do SUS (PAIM, 2002).

As deliberações que cercaram a VIII CNS conseguiram, através da Constituição de 1988, imprimir base legal ao projeto. Em seu Art. 196, foi afirmado que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, prevendo assim a universalização do acesso aos serviços e às políticas em saúde. O sistema deveria ser único, e como citado no Art. 198, organizado segundo algumas diretrizes: descentralização; atendimento integral, com prioridade de atividades preventivas, sem detrimento da assistência à saúde, e participação da comunidade. Além disso, este artigo previa que União, Estados e Municípios aplicariam anualmente recursos mínimos em ações e serviços públicos. A iniciativa privada poderia participar de forma complementar ao sistema único de saúde (Art. 199) (BRASIL, 2005).

Assim, a VIII CNS e o processo político constituinte, em 1988, foram fatos centrais na reposição de novas bases políticas de reestruturação do Estado e das relações de solidariedade entre os setores sociais, necessários ao enfrentamento das

---

<sup>7</sup> Indigentes eram aqueles que não tinham “carteira assinada”, nem eram dependentes de alguém que a possuísse, e portanto não tinham direito à assistência à saúde coordenada pela INAMPS.

desigualdades sociais e de saúde (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). As proposições legislativas constituintes deram o arcabouço institucional inicial que guiaria a construção do SUS. Porém, na prática era preciso muito mais. A falta de uma atuação mais abrangente das diversas esferas de governo em relação aos serviços prestados, e também em relação à população atendida, deixou uma imensa dívida que custaria muito a ser paga. Oficialmente, o SUS deu-se sob a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe, em seu artigo 3º, que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a, p. 1).

Dentre seus princípios norteadores estão: universalidade do acesso, integralidade da assistência, participação da comunidade, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990a). Busca, dessa forma, mudanças que se fazem urgentes ao modelo de atenção à saúde da população, em prática atualmente. Observa-se que essa perspectiva de melhoria na qualidade e no acesso à prestação de serviços de saúde vem ao encontro do conceito de saúde.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, trata principalmente da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b). Assim, legalmente o sistema único estava criado, porém muitas foram as regulamentações para que se pudesse realmente avançar sobre as propostas do Movimento da Reforma Sanitária. Assim, nos anos seguintes à promulgação das Leis nº 8.080/1990 (lei mãe do SUS) e nº 8.142/1990, seguiu-se uma luta dos diversos atores que estiveram de alguma forma ligados ao setor saúde e a edição de diversas regulamentações pós-constituição, tais como as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB) 1991, 1992, 1993 e 1996 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002. É bem verdade que os resultados alcançados pela coletividade foram proporcionais à capacidade de união de esforços e também de um comprometimento individual dos sujeitos.

Com a reforma, ou melhor, com a construção do sistema nacional de saúde pública, várias frentes de trabalho foram criadas, tamanhas as necessidades de atenção à saúde dos brasileiros. A atenção básica à saúde foi uma das áreas prioritárias definidas pelo MS (ESCOREL et al., 2007). A definição de atenção primária pode ser observada na Declaração de Alma Ata, finalização das deliberações da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978. Assim:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO..., 1978).

A preocupação com a atenção primária deve-se ao fato de, que conforme o conhecimento se acumula, há uma tendência à especialização profissional, dado o grande volume de novas informações que devem ser administradas. Portanto, em quase todos os países, vemos as profissões da área de saúde ficarem cada vez mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e com um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades (STARFIELD, 2002). Assim também ocorre com a Odontologia, em que é grande a busca pelo aprofundamento no conhecimento de certas áreas através da especialização.

Embora se reconheça que uma atenção especializada é altamente eficaz às doenças individuais, dificilmente esta será compatível com uma atenção primária altamente efetiva. Isso ocorre pelo fato de que a prevenção e a promoção de saúde transcendem as enfermidades específicas e requerem atuação mais ampla que as alcançadas pelos especialistas. Comparada à subespecialização médica, a atenção primária determina uma organização menos hierárquica e utiliza de maneira menos intensiva capital e trabalho. Logo, apresenta-se mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, os trabalhadores da

atenção primária podem avaliar melhor o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD, 2002).

Por razões históricas, que incluem economia, práticas políticas e costumes culturais, o modelo de saúde predominante no Brasil criou grande distância entre as equipes de saúde e a população. Nesse modelo, o destaque era dado à especialização, praticamente apagando a visão integral das pessoas e a preocupação em se trabalhar com a prevenção das doenças e a promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2001).

Assim, o MS passou ao desenvolvimento de uma atenção primária com base em uma medicina comunitária, na tentativa de mudança do modelo de saúde vigente até então e que privilegiava a atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, e como parte da constituição do SUS. Com a adoção do Programa Saúde da Família<sup>8</sup>, com a definição de incentivos financeiros específicos e com a criação de mecanismos de transferência de recursos federais baseados no número de habitantes de cada município (per capita), a Atenção Básica passou a receber esforços concentrados por parte do Governo Federal. Nesse contexto, a implantação do PSF é um marco da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (ESCOREL et al., 2007).

O PSF teve sua implementação iniciada em 1994, com o propósito de colaborar na organização do SUS e na municipalização de saúde. Tomou por base os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Inicialmente estava direcionado à população com maior risco de adoecimento e morte (ALEIXO, 2002; BRASIL, 1997a; BRASIL, 2001; ESCOREL et al., 2007), e por isso esteve associado à assistência aos pobres. Na verdade, sendo seu principal objetivo melhorar a saúde da população, promovendo o conceito de saúde como direito à cidadania e como qualidade de vida. A prioridade deveria realmente ser dada às áreas de maior risco econômico-social e onde o acesso aos serviços fosse mais escasso. Apesar disso, em muitos municípios, sua implantação teve um cunho eleitoreiro.

---

<sup>8</sup> Preferimos usar Programa Saúde da Família ao invés de Estratégia de Saúde da Família, apesar da Portaria mais atual do Ministério da Saúde tratar do tema através dessa última (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006) (BRASIL, 2006). Esta decisão deveu-se ao fato de que a sigla PSF ser ainda a mais difundida, fato revelado durante nossa pesquisa bibliográfica e de campo.

Baseado na promoção, na proteção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na recuperação da saúde dos indivíduos e da família, adultos e crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, o PSF propôs o trabalho em equipe nas Unidades de Saúde da Família. Cada equipe de saúde da família deveria ser composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS), em regime de trabalho de 40 horas semanais. Outros profissionais da saúde poderiam ser incorporados de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. As equipes estão vinculadas ao nível local do SUS, que na teoria propiciará a referência e a contra-referência, a supervisão do trabalho e a educação continuada, oferecendo contrapartida aos recursos federais (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2001).

Cada ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. O processo de trabalho no PSF prevê o cadastramento das famílias do território definido de atuação, para facilitar o diagnóstico, a programação e a implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde e colocando como fundamental a prática do cuidado familiar ampliado e o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2006, ESCOREL et al., 2007).

Neste momento, estabeleceu-se uma concepção de equipe de saúde da família deixando à margem outros saberes técnico-científicos importantes para a concepção de cuidado em saúde pretendida pelo programa, uma vez que privilegiou a incorporação do médico e do enfermeiro à equipe. No caso da Odontologia, o PSF acabou por coexistir com serviços odontológicos tradicionais, pautados num modelo altamente excludente e biomédico. Para além desta convivência, ainda se esperava que o PSF se integrasse aos serviços de saúde do município e da região, organizando-os e assumindo a porta de entrada do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2001; ESCOREL et al., 2007), garantindo o acesso à atenção básica e a construção de sistemas de referência e contra-referência (SERRA; GARCIA; MATTOS, 2005).

Sabemos que a saúde bucal pode ser realizada não somente pelos profissionais específicos da área, mas consideramos que essa foi uma falha na proposição de tal modelo. Se a saúde bucal está indissociada da saúde geral do indivíduo, como

descrito por Chaves (1986) e Narvai (2002a), como pensar uma equipe para a Atenção Básica excluindo categorias profissionais, dentre elas a de dentistas, técnicos de higiene bucal e demais relacionados à saúde bucal, sobretudo com problemas de acesso aos serviços odontológicos e a qualidade dos indicadores de saúde bucal no Brasil?

### 3.2 A INSERÇÃO

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, referente ao Acesso e Utilização aos Serviços de Saúde, mostrou que 18,7% da população brasileira, isto é, 29,6 milhões de pessoas, nunca consultaram o dentista, sendo esse número maior para os residentes em áreas rurais (32%). Quando comparados os grupos por renda, observamos que a percentagem daqueles que nunca consultou um dentista é nove vezes maior entre os brasileiros com renda de até um salário mínimo, quando comparados aos que recebem mais de 20 salários mínimos (IBGE, 2000). Os números indicados nesse momento nada mais fizeram do que confirmar que a saúde bucal continuava, a este momento, longe daqueles que realmente necessitam de suas ações, desenvolvida num modelo altamente excludente.

A realidade epidemiológica em saúde bucal da população brasileira é apenas reflexo do descaso com que são tratadas as necessidades dos cidadãos brasileiros. Falamos não só em saúde, em sua questão assistencial, mas nos setores que a circundam e a produzem ou não. Algebaile (2005) fala, nesse sentido, sobre a ausência de canais específicos para o encaminhamento dos novos e velhos problemas, intensificados na pobreza. Assim, convergem para o cadastramento de demandas, tratadas não como expressão do modo de organização da vida social e econômica do país, problemas públicos para os quais haveria que se buscar soluções.

Apesar de o capitalismo geralmente representar desmonte da máquina de atenção social do Estado, no Brasil tem-se buscado a ampliação da atenção à saúde dos brasileiros. Assim, em função da necessidade de se aumentar as ações de prevenção e de se garantir os investimentos na área curativa em procedimentos

odontológicos, o Ministério da Saúde propôs, como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde, a inclusão de equipes de saúde bucal no PSF. Os objetivos eram diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações dessa área (BRASIL, 2002b); assim a saúde bucal passou a fazer parte da agenda das políticas públicas (SERRA; GARCIA; MATTOS, 2005).

Até então, a saúde bucal não estava incluída no PSF. Contudo, devemos ressaltar que já nessa época se propunha que a saúde bucal fosse objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não atividade exclusiva dos que trabalham especificamente na área odontológica. Assim, incluir a saúde bucal no PSF não significa necessariamente inserir o cirurgião-dentista na equipe mínima, e sim articular o trabalho desses profissionais a uma ESB e a sua inclusão nas atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000a), ampliando a relação de atores que participam dos processos de educação em saúde bucal (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

As ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b), a qual estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF. A regulamentação se deu com a Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão das ESB no PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2002b).

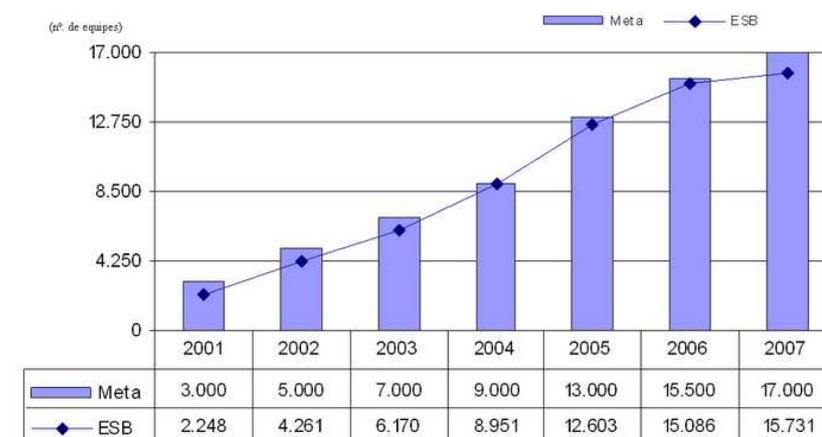
As Equipes de Saúde Bucal podem ser de dois tipos: ESB modalidade I, com composição básica de cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário; e ESB modalidade II, composta basicamente por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs às quais estão vinculadas e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes. Cada ESB trabalha integrada a uma ou duas ESFs (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2006).

As ações de saúde bucal na saúde da família devem expressar os princípios e as diretrizes do SUS e apresentar as seguintes características operacionais: caráter

substitutivo, adscrição da população, integralidade, referência e contra-referência; família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente e acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2002b).

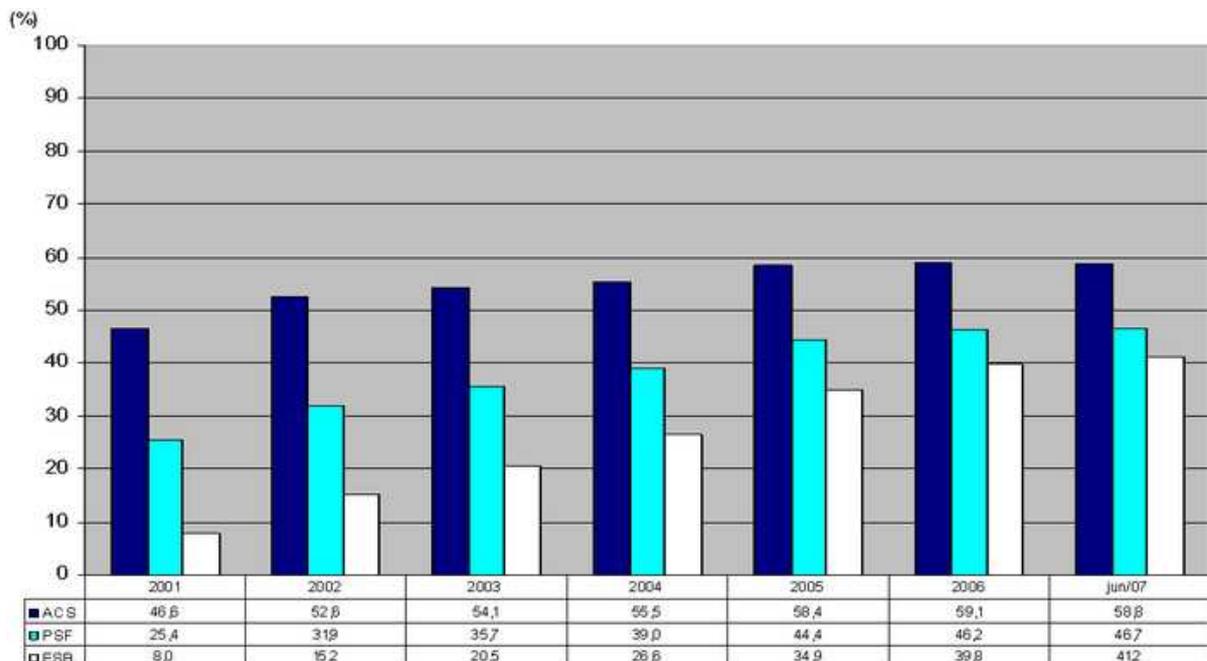
Para que as ações de saúde bucal também sejam organizadas do ponto de vista da saúde da família, seus profissionais devem estabelecer uma nova relação com a comunidade, baseada na atenção, na confiança e no respeito. Para isso, o CD e os demais profissionais específicos da área devem conhecer, aceitar e praticar os conceitos e princípios do PSF e desenvolver habilidades para o trabalho multiprofissional. Terão, portanto, que se adaptar, saindo de uma cultura em que a especialização e o trabalho individualizado do cirurgião-dentista predominam (BRASIL, 2001).

O número de ESB vem crescendo gradativamente. O Gráfico 1 mostra a meta e a evolução do número de ESBs implantadas no Brasil, no período de 2001 a junho de 2007. Eram 8.951 ESBs em 2004, 15.086 em 2006 e 15.731 em junho de 2007. Quando comparado ao número atual de ESFs em junho de 2007, que é de 27.400, observamos que existe uma relação díspar, reflexo da inserção tardia da saúde bucal no PSF e da possibilidade de haver o trabalho de uma ESB em conjunto com duas ESFs (BRASIL, 2007b).



**Gráfico 1** – Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas. BRASIL – 2001 – JUNHO/2007.  
Fonte: BRASIL, 2007b.

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006), consolidou a participação da saúde bucal na mudança do modelo de atenção básica à saúde do MS, definindo as especificidades do trabalho a ser realizado por cada membro, incluindo aí a aproximação da saúde bucal com as demais áreas, integrando as ações de maneira multidisciplinar. Colocou ainda a possibilidade de uma ESB para até duas ESFs. Por existir menor número de ESBs em relação às ESFs, a cobertura atual da saúde bucal dentro do PSF é de 41,2% da população brasileira, um pouco abaixo da cobertura das equipes de ESF, que é de 58,8 % (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – Evolução da Cobertura Populacional (%) de ACS, PSF e ESB. BRASIL – 2001 a JUNHO/2007.

Fonte: BRASIL, 2007b.

A percepção de “massa e volume” da estratégia, dado o grande número de equipes e municípios participantes, não garante o sucesso. Significa apenas que podemos atingir o “paraíso” ou um “beco sem saída” em larga escala (ALEIXO, 2002). Para considerarmos o PSF um sucesso em seu objetivo, reorganizar a atenção básica à saúde no Brasil, não podemos nos ater somente aos números. Precisamos analisar seus aspectos qualitativos, dentre eles, o trabalho desenvolvido entre as equipes que constituem a estratégia e que dariam base real ao projeto.

### 3.3 O TRABALHO EM EQUIPE

Desde sua origem, o PSF colocou o trabalho multiprofissional como base de sua organização. Iniciou por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e a partir de 1994, formaram-se as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2005a) e de outros profissionais da saúde. Em 1997, a segunda versão oficial do PSF o reafirmou como estratégia de reorganização do modelo assistencial (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004) e, em 2006, passou à denominação de Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006)<sup>9</sup>.

O PSF iniciou contando apenas com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais específicos da área odontológica estavam inseridos numa outra equipe, que era a de saúde bucal (guiada pelo modelo tradicional), na qual normalmente cada profissional trabalhava metade da carga horária semanal da ESF e sem receber subsídios técnicos, como capacitações, materiais educativos e gratificação salarial. Além disso, o fato de não haver inserção oficial deixou a saúde bucal de fora dos incentivos orçamentários e das cobranças por mudanças no modelo. Era algo que dependia muito mais da vontade de cada equipe em acompanhar o novo ritmo que se propunha aos profissionais do PSF.

O trabalho em saúde é complexo e atualmente é campo de trabalho para diversas categorias profissionais. Dessa forma, é natural que uma estratégia que pretenda melhorar a atenção básica à saúde oferecida aos brasileiros estimule a participação de todos aqueles que podem contribuir para seu progresso. Nesse contexto insere-se a saúde bucal, a ser exercida por todos os membros do PSF e levando também certo grau de responsabilização dos indivíduos sobre sua condição bucal.

Porém, o modelo desenvolvido até pouco tempo nesse campo era altamente excludente e curativo. O SB Brasil 2003 mostrou claramente o aumento do CPO-D com o passar da idade, indo de 2,78 aos 12 anos até 27,79 na faixa etária de 65 a

---

<sup>9</sup> Apesar disso, optamos por nos referir ao nome de Programa Saúde da Família, como anteriormente esclarecido. A escolha se deu para facilitar a concordância nominal com as citações a serem feitas. Contudo reconhecemos que a mudança de nome para Estratégia de Saúde da Família refere-se a uma legitimação do que inicialmente chamava-se programa e que agora se firma como estratégia de governo para a reorganização da Atenção Básica à Saúde no Brasil.

74 anos (BRASIL, 2004b). Os resultados do Sistema Nacional de Saúde Bucal, medidos pelos níveis de saúde bucal dos brasileiros, são indicadores de sua alta ineficácia social. A partir daí é que se busca a atuação conjunta dos diversos profissionais do PSF de forma a modificar esse quadro epidemiológico, buscando a melhoria na qualidade de vida da população.

À medida que as profissões vão se desenvolvendo aumenta também o número de situações diferentes que cada profissional deve lidar e o número de técnicas e instrumentos que devem ser dominados. Com isso, os cursos de formação profissional passam por extensões de conteúdo e de carga-horária, mas que esbarram em custos e na capacidade de acúmulo de conhecimentos pelos indivíduos (CHAVES, 1986). Dessa forma, o avanço e o acúmulo de conhecimento na área da saúde provocaram o parcelamento do saber e a especialização dos profissionais em determinadas áreas.

Uma outra consequência do acúmulo de conhecimento é o surgimento de profissões auxiliares, inicialmente criadas para executar operações de rotina, adestradas pelos próprios profissionais (CHAVES, 1986). Na Odontologia, além do trabalho dos cirurgiões-dentistas, existe o trabalho do pessoal auxiliar: técnicos de laboratório (protéticos), técnicos de higiene dental e auxiliares de consultório dentário. Surge assim, a equipe de saúde bucal. No PSF a equipe de saúde bucal é composta por CD e ACD (na modalidade I) e também de THD (na modalidade II).

Contudo, ao longo da história, os avanços da Odontologia refiram-se principalmente a um saber técnico, partindo de uma separação ainda não bem resolvida filosófica e territorialmente com a medicina. A Odontologia, a despeito de ser uma profissão da saúde e vista por muitos como especialidade médica, transita com dificuldade em meio às outras clínicas, e seu discurso não raro se serve de linguagem específica, como também a impede de se pronunciar sobre problemas sociais que julga, permanentemente, não serem seus (BOTAZZO, 2000; KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006).

A saúde bucal busca negar as características tão comumente relacionadas à Odontologia. Visa passar da condição de individualista, curativista, monopolista e socialmente injusta no processo de disciplinarização da boca (KOVALESKI;

FREITAS; BOTAZZO, 2006; PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003) para uma em que atue de forma mais autônoma, coletiva e politizada (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006). A inserção da saúde bucal no PSF pode propiciar um cenário de mudança às práticas odontológicas. O objetivo não é o abandono às técnicas que lhe dão sustentação, e sim a expansão da atuação dos profissionais da saúde bucal para além do consultório dentário e das técnicas operatórias, na possibilidade de construir um lugar político que historicamente não exerceu.

Partindo da inserção da saúde bucal no PSF, devemos nos ater ao fato de que, a partir de agora, o cirurgião-dentista participa de uma equipe, a ESB, a qual se integra (ou deveria se integrar) à ESF. O cirurgião-dentista, formado para exercer um papel técnico e isolado, precisa se adequar a este novo cenário.

O trabalho em equipe implica interação entre os diversos sujeitos. No caso do PSF, são vários profissionais de formação específica diferentes, mas todas com alguma relação com as ciências da saúde e as ciências humanas. Consideramos importante a discussão que Campos (2002, 248-49) faz sobre a diferença entre núcleo de atuação e campo de atuação. Por núcleo, o autor entende “[...] o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade”. As técnicas operatórias da Odontologia se encontram nessa categoria. Agora, tendo campo como “saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades [...]”, concluímos que os profissionais com formação odontológica se relacionam a outras categorias profissionais, como médicos, enfermeiros e psicólogos, pois todos têm formação voltada para a saúde e para as ciências humanas (ou deveriam ter).

Assim, a especialização implica recortes verticais no saber e na prática, portanto caberia à gerência lidar com os limites da competência e da responsabilidade operacional e de cada profissional e de cada equipe. Ainda mais que a crescente especialização dos profissionais da saúde vem diminuindo a capacidade que esses agentes teriam em resolver problemas e aumentando sua alienação em relação ao resultado de suas práticas (CAMPOS, 2002).

O PSF pressupõe um trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando as áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; valorização dos diversos saberes e

práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006). Assim, o desafio é combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização (CAMPOS, 2002), através do diálogo (MOTTA, 2001), para que o trabalho em equipe assuma seu papel fundamental de facilitador para que as atividades do programa se desenvolvam (VIEIRA et al., 2004).

Há dificuldade tanto para a gerência quanto para os profissionais lidarem com as situações de compartilhamento de práticas e responsabilidades. A saúde bucal inserida no PSF trouxe para as equipes multiprofissionais os trabalhadores desse núcleo específico. Muitas vezes os profissionais envolvidos não conseguem reconhecer nos demais integrantes a convergência de seus campos de atuação.

Outro problema que esses trabalhadores vêm enfrentando é a necessidade de ampliação das tecnologias empregadas no trabalho em saúde. Merhy e outros (2002, p. 121, grifos dos autores) dividem a tecnologia em saúde em:

*Leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).*

Baseando-se nessa classificação, podemos dizer que a Odontologia tem se apoiado muito mais em tecnologias duras e leves-duras ao longo de sua evolução. O trabalho artesanal que deu origem a essa profissão ainda é a base de sua configuração atual. Esse fato muito tem a contribuir para que o isolamento do cirurgião-dentista perdure e dificulte assim sua relação nas equipes do PSF, a qual deveria estar baseada em tecnologias leves.

A mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2006; FRANCO; MERHY, 2007) de todos os profissionais da saúde e, nesse cenário, reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas não é tarefa simples. Sendo assim:

Um processo de trabalho, prescritivo a nível central, não contribui para este movimento dentro da equipe. A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens s cada caso, exige um “luto” da onipotência de casa profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e somam-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe (FRANCO; MERHY, 2006, p. 118-119).

Além disso, o papel dos gerentes no desempenho final da organização tem sido muito limitado, restringindo-se apenas à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis a seu funcionamento (LEFEVRE; CORNETTA, 2004).

O PSF, como está estruturado pelo Ministério da Saúde, não se torna possibilidade de se vir a ser de fato um dispositivo para a mudança do modelo ministerial de atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2006). O programa precisa se reciclar, tendo em vista a potência transformadora que os diversos atores envolvidos podem assumir. Assim, o trabalho em equipe requerido para a integração das práticas e para o alcance do objetivo maior de promoção à saúde precisa ser conceituado como aquele em que os diversos trabalhadores interagem, fugindo das relações de poder e da instabilidade na comunicação estabelecida.

Teixeira (2006) observou que o trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido em práticas partilhadas com profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. É nesse trabalho em equipe que existe a possibilidade de troca e do projeto em comum das diversas áreas profissionais envolvidas, levando-se em conta conceitos como a produção de vínculo, escuta, acolhimento e responsabilização.

Sendo o principal e primeiro elemento da agenda dos trabalhadores de saúde bucal coletiva reconhecer a necessidade de envolver os demais trabalhadores da saúde nas atividades voltadas para a saúde bucal (CORDÓN, 1997) e inserir os trabalhadores específicos ao núcleo da saúde bucal na vigilância em saúde, essa dificuldade no trabalho em equipe se torna um obstáculo para a concretização de ações conceituais do SUS.

O cirurgião-dentista, assim como os demais membros do PSF, necessita repensar sua prática, estabelecida em hierarquia e poder e tendo como base o enfoque

biologicista, especializado e curativista. Assim, lançamos mão de nosso marco teórico: a Ação Comunicativa em Habermas. Será através das idéias debatidas a partir dessa teoria que estabeleceremos um caminho viável àqueles que buscam contribuir à concretização do trabalho em equipe no PSF e, assim, deste em estratégia de Estado.

#### 4 IDÉIAS CRÍTICAS DA AÇÃO COMUNICATIVA DE HABERMAS

Escolhemos como marco teórico a Teoria da Ação Comunicativa desenvolvida pelo filósofo Jürgen Habermas. Nesse contexto, explicitaremos alguns pontos dessa teoria, que servirão de base para a análise dos dados construídos durante a pesquisa empírica.

Habermas dedicou-se a desenvolver uma teoria que contemplasse o conceito de agir orientado para o entendimento entre os sujeitos através da comunicação. Denominada Agir Comunicativo ou Ação Comunicativa, essa teoria será o referencial de nosso trabalho, uma vez que se adequa à idéia de que é preciso haver comunicação, visando o entendimento nas relações intersubjetivas estabelecidas no trabalho em equipe de saúde (PEDUZZI, 1998; PEDUZZI, 2001; ARTMANN, 2001) e também no cotidiano do PSF (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Partimos então para o delineamento de algumas idéias críticas da Teoria da Ação Comunicativa.

Para o autor, o entendimento é parte de um processo cooperativo de interpretação, cuja finalidade é a obtenção de definições da situação que podem ser intersubjetivamente reconhecidas. Nesse processo, o autor distingue o conceito do mundo da vida, dividido em três mundos: objetivo, social e subjetivo. Os conceitos dos três mundos atuam como um sistema de coordenadas que todos os sujeitos supõem em comum. Esse sistema garante que os contextos da situação podem ser ordenados de modo a se alcançar um acordo sobre o que os implicados podem considerar em cada caso como fato, norma válida ou vivência subjetiva (HABERMAS, 2003).

Buscando a comunicação, os sujeitos se entendem baseados em seu mundo da vida, que é formado por convicções de fundo, mais ou menos difusas, mas sempre passíveis de consensos. Assim, o mundo da vida é o pano de fundo, fonte de onde se obtém as definições da situação que os implicados pressupõem como acordáveis. Em suas operações interpretativas, os membros de uma comunidade de comunicação esmiúçam o mundo objetivo e o mundo social que intersubjetivamente

compartilham, frente aos mundos subjetivos, e as correspondentes pretensões de validade constituem a armadura formal da qual os agentes se servem em sua ação comunicativa para afrontar no seu mundo da vida as situações que em cada caso se tornaram problemáticas, isto é, aquelas sobre as que tem que se chegar a um acordo (HABERMAS, 2003).

O mundo da vida acumula o trabalho de interpretação realizado pelas gerações passadas. Quanto mais avançado está o processo de descentralização das imagens do mundo, que é a que provém aos participantes do mencionado acervo cultural as idéias acumuladas, tanto menos será necessário que o entendimento fique coberto de antemão por uma interpretação do mundo da vida subtraída a toda crítica. Por isso, a racionalização do mundo da vida pode se caracterizar, antes de tudo, na dimensão “acordo normativamente adscrito” versus “entendimento alcançado comunicativamente”. Quanto mais tradições culturais existam e atuem como base para as pretensões de validade (quando, onde, em relação a que, por que e frente a quem tem que ser aceitas), tanto menor será a possibilidade que têm os próprios participantes de fazerem explícitas e submeterem a teste as razões potenciais em que se baseiam suas tomadas de postura de aceitação ou rejeição (HABERMAS, 2003).

Isto é, o mundo da vida de cada um é construído historicamente. A bagagem que cada um traz, de acordo com sua cultura, é o que contribui muitas vezes para a tomada de uma decisão, aceitar ou recusar determinada situação, considerá-la normal ou anormal. No caso do cirurgião-dentista, a relação profissional-paciente foi construída historicamente principalmente com o objetivo do tratamento clínico propriamente dito, envolvendo técnicas cirúrgicas. O fato de o tratamento ser realizado na boca inviabiliza a fala do paciente durante o mesmo e com isso a comunicação fica prejudicada. Já que a fala é o principal meio de comunicação entre duas pessoas, é normal que nesse encontro o cirurgião-dentista exerça um domínio sobre o paciente; não apenas porque é quem detém o saber técnico, mas também porque é quem domina a fala.

Para entendermos o conceito de ação comunicativa, temos de analisá-lo seguindo o fio condutor do entendimento lingüístico. O conceito de entendimento

(*Verständigung*<sup>10</sup>) remete a um acordo racionalmente motivado alcançado entre os participantes. É medido por pretensões de validade (verdade proposicional, retidão normativa e veracidade expressiva) que caracterizam diversas categorias de um saber que se encarnam em manifestações ou emissões simbólicas (HABERMAS, 2003).

Habermas se utiliza da teoria dos três mundos de Popper (1902-1994). Segundo essa, existem três mundos distintos: um mundo dos objetos físicos ou dos estados físicos; o mundo dos estados de consciência ou dos estados mentais ou talvez das proposições comportamentais da ação e o mundo dos conteúdos objetivos de pensamento, em especial do pensamento científico, do pensamento poético e das obras de arte (HABERMAS, 2003).

Os sujeitos socializados, quando participam em processos cooperativos de interpretação, fazem uso explícito do conceito de mundo. Nesses processos, a tradição cultural que Popper introduz pela categoria de “produtos da mente humana”, assume papéis distintos, segundo atuem como acervo cultural de saber do qual os participantes na interação extraem suas interpretações, ou se converta por sua vez em objeto de elaboração intelectual. No primeiro caso, a tradição cultural compartilhada por uma comunidade é constitutiva do mundo da vida que os membros individuais encontram já interpretados no que diz respeito a seu conteúdo. Esse “mundo da vida” intersubjetivamente compartilhado constitui o pano de fundo da ação comunicativa (HABERMAS, 2003). Na ação comunicativa, os participantes entendem-se acima dos limites dos mundos da vida divergentes, pois, com a visão de um mundo objetivo comum, orientam-se pela exigência de verdade, isto é, pela validade incondicional de suas afirmações (HABERMAS, 2002).

Enquanto Popper insiste na idéia de que existe apenas um mundo com números 1, 2 e 3, Habermas segue falando de três mundos, que se confundem no mundo da vida. Apenas o mundo objetivo pode ser entendido como correspondente da totalidade de enunciados verdadeiros, contudo:

“[...] são os três mundos que constituem conjuntamente o sistema de referência que os participantes supõem em comum nos processos de

---

<sup>10</sup> *Verständigung* é o correspondente para o termo entendimento na obra original da Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 2003).

comunicação. Com este sistema de referência, os participantes determinam sobre o que é possível em geral entender-se [...]” (HABERMAS, 2003, p.121, tradução nossa).

Baseando-se na terminologia de Popper, Habermas resume a imensidão de conceitos de ação empregados na teoria sociológica em quatro conceitos básicos (HABERMAS, 2003, p. 122-24, tradução nossa):

- **Ação teleológica:** “[...] o ator realiza um fim ou faz com que se produza um estado de coisas desejado elegendo em uma dada situação os meios mais apropriados e aplicando-os de maneira adequada. O conceito central é o de uma decisão entre alternativas de ação, endereçada a uma interpretação da situação”;
- **Ação estratégica:** “A ação teleológica se amplia e se converte em ação estratégica quando no cálculo que o agente faz de seu êxito intervém a expectativa de decisões de pelo menos outro agente que também atua com vistas à realização de seus próprios propósitos [...]”;
- **Ação regulada por normas:** “[...] refere-se não ao comportamento de um ator, em princípio solitário, que se depara com outros atores, mas membros de um grupo social que orientam sua ação por valores comuns [...]. As normas expressam um acordo existente em um grupo social. Todos os membros de um grupo para o qual se rege uma determinada norma têm direito de esperar uns dos outros que em determinadas situações se excutem ou se omitam respectivamente as ações obrigatórias ou proibidas. O conceito central de observância de uma norma significa o cumprimento de uma expectativa generalizada de comportamento [...]”;
- **Ação dramática:** refere-se “[...] a participantes em uma interação na qual constituem uns aos outros um público ante o qual se põe em cena. [...] O conceito aqui central, o de *encenação*, significa, no entanto, não um comportamento expressivo espontâneo, mas uma estilização da expressão das próprias vivências, fazer frente aos espectadores [...]”.
- **Ação comunicativa:** Refere-se à interação de e pelo menos dois sujeitos capazes de linguagem e de ação que (seja com meios verbais ou com meios não-verbais) iniciam uma relação inter-pessoal. Os atores buscam entender-ser sobre uma situação de ação para poder assim coordenar de comum acordo seus planos de ação e com ele suas ações. O conceito central aqui, o de *interpretação*, refere-se primordialmente a negociação de definições da situação suscetíveis de consenso [...]”.

Assim, classificamos a ação teleológica como um conceito que pressupõe apenas um mundo, o mundo objetivo. E o mesmo ocorre com o conceito de ação estratégica

(HABERMAS, 2003). Ao contrário, o conceito de ação regulada por normas pressupõe relações entre um ator e exatamente dois mundos. Junto ao mundo objetivo de estado de coisas existentes aparece o mundo social, ao qual pertence o mesmo ator na qualidade de sujeito portador de uma lista que outros atores podem iniciar entre si interações normativamente reguladas.

Um mundo social consta de um complexo normativo que fixa que interações pertencem à totalidade de relações interpessoais legítimas. E todos os atores para quem regem as correspondentes normas (por quem estas são aceitas como válidas), pertencem ao mesmo mundo social.

O sentido de mundo objetivo se refere à existência de estado de coisas. Já o mundo social pode ser esclarecido pela referência à vigência de normas. Dizemos que uma norma possui “validez social” ou vigência quando ela é reconhecida pelos destinatários como válida ou justificada (HABERMAS, 2003). Dessa forma, espera-se que sujeitos que vivem sob os mesmos valores culturais, em dada situação, orientem suas ações pelos valores normativos fixados e, assim, ajam de maneira semelhante, seguindo as normas.

Na ação dramaturgical acontece uma interação em que um sujeito apresenta a outros um determinado lado de si mesmo, de seu mundo subjetivo. Porém as qualidades dramaturgical da ação são de certo modo parasitárias, pois vêm apoiadas numa estrutura de ação teleológica, uma vez que para certos propósitos as pessoas controlam o estilo de suas ações e as sobrepõem a outras atividades, principalmente quando se quer convencer alguém de algo não real. Dessa forma, a ação dramaturgical pode adotar uma postura estratégica latente, de forma que o ator considere o público como oponente. A encenação vai desde uma comunicação sincera das próprias intenções, desejos e estados de ânimo, até a manipulação cínica das impressões que desperta sobre os outros (HABERMAS, 2003).

Para Habermas, a ação teleológica, a ação regulada por normas e a ação dramaturgical tematizam apenas uma função da linguagem: a provocação de efeitos “perlocucionários”, o estabelecimento de relações interpessoais e a expressão de vivências, respectivamente. Já a ação comunicativa leva em conta todas as funções da linguagem (HABERMAS, 2003). No modelo de ação comunicativa os falantes

fazem uso de orações buscando o entendimento, contraindo relações reflexivas com o mundo, pressupondo uma base de interpretação que todos compartilham e dentro da qual podem entender-se, em que pretensões de validade podem ser reconhecidas ou postas em questão (HABERMAS, 2003).

O ator orientado ao entendimento tem que pressupor três pretensões de validade: o enunciado que faz é verdadeiro; o ato de fala é normativamente correto, de acordo com o contexto vigente; e a intenção que expressa é realmente o que pensa. Em cada situação de negociação, os atores utilizam um acervo cultural, baseado no correspondente fragmento temático do mundo da vida (HABERMAS, 2003).

“[...] São os próprios atores que buscam um consenso e o submetem a critérios de verdade, de lisura e de veracidade, isto é, a critérios de ajuste ou desajuste entre os atos de fala, por um lado, e dos três mundos com que o ator contrai relações com sua manifestação, por outro [...]” (HABERMAS, 2003, p. 144, tradução nossa).

Habermas parte da teoria weberiana da ação para a classificação das ações. Distingue a ação comunicativa da teoria da ação de Weber pelo fato desta não considerar fundamental a relação interpessoal de pelo menos dois atores lingüística e interativamente competentes, que não só aponte um entendimento lingüístico, mas também a atividade teleológica de um sujeito de ação solitário. Somente considera a ação teleológica concebida monologicamente como susceptível de racionalização, elegendo a ação racional visando os fins como ponto de referência de sua tipologia (HABERMAS, 2003).

A partir da teoria da ação de Weber, Habermas faz uma classificação. Na “ação racional conforme fins” o ator escolhe os meios mais adequados pra atingir sua meta, considerando outras conseqüências de suas ações como condições colaterais de êxito. As ações que visam êxito são chamadas “instrumentais” quando seguem as regras de ação observando um nível de eficiência da intervenção que essa ação representa. Já as ações orientadas ao êxito, além de seguir as regras de eleição racional, levam em conta a influência sobre as decisões de um oponente racional e são chamadas “estratégicas”.

Ao contrário, o autor fala em “ações comunicativas” quando os planos de ação dos atores implicados não se dão pelo cálculo egocêntrico de resultados, mas mediante entendimento. Nesse caso, os atores não buscam seu próprio êxito, apenas buscam

seus objetivos quando estes podem harmonizar-se entre si numa definição compartilhada de ação (HABERMAS, 2003).

Habermas também se baseia na distinção que Austin faz entre “locuções”, “ilocuções” e “perlocuções”. No ato locucionário o falante expressa estados de coisas; nos atos ilocucionários o agente realiza uma ação ao dizer algo, que normalmente vem expresso por um verbo realizativo, empregado em 1ª pessoa; e nos atos perlocucionários falam algo buscando causar um efeito sobre o ouvinte. A partir desses conceitos, Habermas classifica a ação comunicativa como aquela em que os participantes harmonizam seus planos de ação individuais somente com fins ilocucionários. Já aquelas interações em que pelo menos um dos participantes busca provocar efeitos perlocucionários sobre o ouvinte são chamadas de ação estratégica mediada linguisticamente (HABERMAS, 2003).

Aos atos ilocucionários muitas vezes se seguem ações conseqüentes do ouvinte, mas isso não quer dizer que o objetivo do ato de fala fosse perlocucionário. Quando existe um objetivo ilocucionário, o falante deseja que o ouvinte entenda o que diz e o aceite como verdadeiro. Se esse processo provocar conseqüentes atos do ouvinte, isso se dá como obrigação que o ouvinte assume ao aceitar a oferta no ato de fala, a partir do consenso comunicativamente alcançado (HABERMAS, 2003).

De maneira geral, na ação comunicativa, para que uma emissão seja considerada aceitável, duas condições devem ser cumpridas: devem ser conhecidas as condições pelas quais o destinatário (ou ouvinte) possa produzir o estado de coisas desejado pelo emissor (falante), e devem ser conhecidas as condições pelas quais o falante tem bons motivos para esperar que o ouvinte sinta-se forçado a fazer sua vontade (HABERMAS, 2003).

Assim, na ação comunicativa, os atos de fala podem ser rejeitados por um dos seguintes aspectos: pela retidão entre as ações e um contexto normativo, reclamada pelo falante; pela veracidade que o falante reclama para a demonstração que faz de suas vivências subjetivas a que somente ele tem acesso; e pelo aspecto de verdade do enunciado do falante. Portanto, para que a interação seja comunicativa, o falante assume a responsabilidade de emitir uma fala que esteja de acordo com o contexto normativo, que seja verdadeiro e que expresse verazmente opiniões, intenções e

desejos, para que o ouvinte possa confiar no que ouve e assim se estabelecer uma relação interpessoal legítima (HABERMAS, 2003).

Para deixarmos as idéias ainda mais claras, é preciso distinguir entre ação comunicativa e discurso. Na ação comunicativa, os participantes aceitam, a partir de um mundo da vida compartilhado, sem discutir e sem questionar, as pretensões de validade que formam o consenso básico. Já o discurso ocorre quando os participantes interrompem a ação comunicativa fluida e perfeita para procurar argumentos capazes de fundamentar pretensões de validade. Isso acontece quando as pretensões de validade do falante tornam-se questionáveis e parte do conteúdo do mundo da vida dos atores torna-se acessível à reflexão (ARTMANN, 2001).

A partir da Teoria da Ação Comunicativa, estabeleceremos relação com o contexto dado pelo PSF. Isso porque a ação comunicativa e a integração das práticas são alguns dos elementos essenciais para o trabalho no PSF (ARAÚJO, ROCHA, 2007). Os cirurgiões-dentistas foram historicamente formados como dominantes em seu espaço de trabalho e como parte de uma profissão que se disciplinarizou na busca pelo reconhecimento. Ao integrarem as equipes de saúde bucal, em trabalho complementar à ESF, esses sujeitos se encontram em necessidade de formar uma comunidade, para alcançar o objetivo de atendimento às demandas da população pelo qual se responsabilizam.

Dessa forma, a comunicação em ausência de coação e na qual as relações de poder dêem lugar ao consenso normativamente alcançado é o caminho a ser buscado pelos cirurgiões-dentistas no PSF. Dentro dessa realidade, os cirurgiões-dentistas devem buscar a formação de uma comunidade tendo como base o agir comunicativo, isto é, via consenso compartilhado, assim como sugerido por Habermas. Seguimos, por conseguinte, levando a teoria da ação comunicativa habermasiana à prática das equipes de saúde da família do PSF.

## 5 A AÇÃO COMUNICATIVA E AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O trabalho em equipes multiprofissionais no PSF é um cenário bastante novo para os cirurgiões-dentistas. Nesse contexto, esses profissionais têm como objetivo de trabalho o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, levando-se em conta seu contexto de vida. Esse objetivo em comum é o pano de fundo que deve guiar as relações intersubjetivas que se estabelecerão no cotidiano do serviço. Daí a necessidade de falarmos em ação comunicativa, pois somente quando os profissionais passarem a convergir seus planos de ação, tendo o usuário como meta, é que poderemos falar que a estratégia cumpriu seu papel.

A ação comunicativa configura uma forma de interação e de organização social em que todas as formas de coação interna e externa estejam eliminadas. O consenso universal dos integrantes de um discurso serve como base para a validade das normas e instituições, conferindo-lhes legitimidade. O consenso universal propõe um contexto livre de violência e coação, no qual todos os integrantes possam tomar parte, em pé de igualdade (FREITAG; ROUANET, 1993).

No trabalho em equipes multiprofissionais, como no PSF, os diversos níveis de escolaridade e as responsabilidades atribuídas a cada profissional podem parecer inicialmente como forma de um poder institucionalmente dado. Porém, segundo Freitag e Rouanet (1993), o poder não consiste em que uma vontade sobressaia, mas sim na formação de uma vontade comum, numa comunicação em que os atores orientem-se para o entendimento recíproco e não para o próprio sucesso. Não utilizam a linguagem com fins perlocucionários, isto é, visando instigar o outro para o comportamento desejado, mas sim ilocucionariamente, para o estabelecimento não coercitivo de relações intersubjetivas<sup>11</sup>. Um poder somente é legítimo quando surge entre aqueles que formam convicções comuns numa comunicação não-coercitiva.

---

<sup>11</sup> A intersubjetividade é entendida aqui como “interação entre diferentes sujeitos, que constitui o sentido cultural da expressão humana. O problema da intersubjetividade está relacionado à possibilidade de comunicação, ou seja, de que o sentido da experiência de um indivíduo, como sujeito, seja compartilhado por outros indivíduos [...]” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p. 146).

A linguagem faz a mediação e a articulação das ações, da coordenação, da integração dos saberes e da interação dos agentes na relação intersubjetiva estabelecida entre os sujeitos. Sendo assim, no trabalho em equipe a comunicação é o denominador comum entre os diversos profissionais, numa relação de reciprocidade entre trabalho e interação. Contudo, existem três formas de manifestação dessa comunicação. A primeira é aquela em que a comunicação não existe ou é exercida apenas como meio de desempenho técnico. Uma segunda forma é a comunicação que dá destaque às relações pessoais. Nestes dois casos não há agir comunicativo, apenas certa forma de comunicação no segundo caso. Porém, existe uma terceira forma, que se refere à comunicação como inerente ao trabalho em equipe, onde há a busca pela elaboração de um projeto assistencial comum. Neste caso é dado o agir comunicativo, que acaba gerando tensões entre o trabalho técnico hegemônico e a comunicação, podendo ser relacionado na distinção agir instrumental verso agir comunicativo (PEDUZZI, 2001).

No caso de uma equipe de saúde da família, a comunicação visando apenas o procedimento técnico, encaixa-se na comunicação como externa ao trabalho. Como exemplos, temos a relação específica entre cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário durante o tratamento clínico odontológico ou quando um médico prescreve uma medicação e encaminha o paciente para que o auxiliar de enfermagem a aplique. O objetivo nesses casos é apenas se fazer cumprir protocolos de atendimento ou funcionar como demonstração de um domínio técnico, que geralmente esconde uma relação de poder.

O dia-a-dia numa equipe pode aproximar as pessoas, as quais passam a estabelecer relações de laços afetivos. Quando os profissionais iniciam uma comunicação linguisticamente mediada numa relação indiferente às funções exercidas por cada um, estabelece-se a comunicação pessoal. É normal que isso aconteça numa situação em que se passa muito tempo dividindo espaço com outras pessoas. É a confirmação de que existe algum tipo de vínculo. Contudo, esse vínculo não tem relação direta com as atividades a serem exercidas cotidianamente.

O SUS e seu modelo de reorientação da atenção básica à saúde, o PSF, indicam o atendimento integral aos sujeitos e suas famílias e para que se alcance esse

objetivo, propõe-se o trabalho em equipe. Segundo Franco e Merhy (2006), para que o trabalho em equipe seja viabilizado, há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, onde compartilhem conhecimentos e articulem a produção de um “campo de produção do cuidado” que seja comum a todos eles. Quando não há trabalho em equipe, cada um se aprisiona em seu “núcleo específico” de saberes e práticas, às estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado.

Peduzzi (2001, p. 108) denomina equipe do tipo integração aquela em que “[...] há complementaridade e colaboração no exercício da autonomia técnica e não há independência dos projetos de ação de cada agente [...]”. A autora discute ainda sobre outra possibilidade de equipe, neste caso, do tipo agrupamento, que é aquela em que a “[...] complementaridade objetiva convive com a independência do projeto assistencial de cada área profissional ou mesmo de cada agente, o que expressa a concepção de autonomia técnica plena dos agentes”.

Assim sendo, só admitimos falar em equipe quando os trabalhadores interagem comunicativamente, construindo planos de ação em comum. No PSF esse plano refere-se à reorientação do modelo de atenção à saúde em sua esfera básica. Mas o que é o trabalho em equipe senão a construção de planos convergentes de ação mediados pela comunicação e pelo consenso?

Por isso, a ação comunicativa é um pressuposto do trabalho em equipe, ou melhor, um caminho orientador da relação entre os profissionais no dia-a-dia do serviço, em que a integração dará base à construção de um projeto direcionado à ação na realidade na qual se insere. Segundo Peduzzi (2001), cada equipe partirá do reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade contidas nas falas dos participantes. E fará isso através de um acordo sobre o conteúdo propositivo e normativo constituinte do projeto comum, tendo como pano de fundo seus mundos da vida.

A interação entre os profissionais da equipe recebe ainda influências das relações sociais dadas entre as diversas classes profissionais. Os trabalhos especializados em saúde têm sua origem na prática médica, aparecendo como subdivisão do trabalho médico ou como complementar a este. Essas diferenças técnicas, dadas pela hierarquia disciplinar, geram desigualdades sociais entre os agentes do

trabalho. Os profissionais acabam reiterando as relações assimétricas de subordinação, não se tomando como agentes com capacidade de posicionamento e tomada de decisões. Quanto maior a desigualdade social entre os agentes e seus trabalhos, menor será a possibilidade de integração na equipe (PEDUZZI, 2001).

No setor saúde os problemas exigem a colaboração de profissionais de muitas disciplinas, dada a multidimensionalidade e a multicausalidade envolvidas. A coordenação desse grupo de profissionais faz-se necessária, contudo, é uma tarefa extremamente difícil, já que essa prática interdisciplinar<sup>12</sup> exige renúncia ao corporativismo e às rivalidades profissionais (DUSSALT, 1992).

O projeto assistencial da equipe multiprofissional do PSF deve ser orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b). Dessa forma, os diversos profissionais devem buscar uma relação comunicativa que se sobreponha às relações sociais institucionalmente constituídas.

A gerência representa um ponto de apoio à equipe de saúde, servindo como condutor e corretor de toda a construção diária do trabalho, para que se dê de maneira coletiva, porém sem dispensar os saberes específicos que cada formação profissional pode oferecer individualmente à promoção e prevenção de saúde. Além disso, a gerência tem papel fundamental no estabelecimento de relações menos verticalizadas, estimulando processos de negociação. Segundo Junqueira e Inojosa (1992), a gerência é uma relação constituída pela interação de diversos atores, utilizando para isso recursos materiais, financeiros e tecnológicos.

O trabalho em saúde situa-se num cenário de grande diversidade de formações profissionais, dado a complexidade de seu objeto de trabalho, de condições de trabalho e de objetivos de atuação. Aparece como área de tensão, dada a disputa

---

<sup>12</sup> Entendemos interdisciplinaridade na perspectiva de Japiassú e Marcondes (1996, p. 145, grifo dos autores), a qual diz respeito a “[...] um método de pesquisa e de ensino suscetível de fazer com que duas ou mais disciplinas *interajam* entre si. Esta interação pode ir da simples comunicação das idéias até a integração mútua dos conceitos, da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização da pesquisa [...]. Ela torna possível a complementaridade dos métodos, dos conceitos, das estruturas e dos axiomas sobre os quais se fundam as diversas práticas científicas [...]”.

entre os diferentes atores, cada qual com seu interesse, os quais podem divergir entre si:

[...] os usuários, que querem serviços de qualidade, mais baratos; os profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter uma boa renda, prestando bons serviços; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc [...] (DUSSALT, 1992, p. 12).

Dessa forma, o trabalho em saúde configura-se como encontro de diversos atores em relação de intensa troca. Essa relação é construída no dia-a-dia do serviço. O pano de fundo que contribuirá ou não para o entendimento consensual entre eles, a construção de um projeto assistencial comum e o atendimento às necessidades dos usuários na relação, será o mundo da vida compartilhado, em seus componentes relacionados às ações, cultura e subjetividade.

Para que esse projeto comum possa ser levado à execução de forma adequada e alcance os objetivos inicialmente planejados, os diversos atores têm que se sentir parte dele. E isso somente será possível se houver a participação deles durante o planejamento. Neste aspecto, Araújo e Rocha (2007) argumentam que esse importante aspecto esteve esquecido, quando a preocupação com o aparato e com a estrutura político-administrativa do SUS se sobrepôs à preocupação com os atores que certamente operariam essas mudanças. No caso do PSF, existem normas dadas nacionalmente, porém a adequação à realidade local deve fazer parte do trabalho das equipes. Só essa íntima relação com o plano de ação fará com que cada sujeito tenha compromisso com a causa.

Junqueira e Inojosa (1992) partem de um cenário em que a municipalização da saúde ainda era um mito e havia pouco desenvolvimento das propostas do SUS, em meados de 1992. A referência feita aos profissionais de saúde dizia respeito à falta de compromisso com os pacientes e com os resultados e impactos das ações de saúde. Além disso, havia desigualdade de remuneração, não cumprimento de carga horária contratual, capacitação inadequada para os objetivos do sistema e a soberania da produtividade em relação às condições de trabalho e à qualidade dos serviços oferecidos.

Apesar de ter se passado mais de uma década da publicação desse texto, podemos observar que muita coisa permanece como antes. A evolução das idéias trazidas com a Reforma Sanitária e da conseqüente busca por um sistema de saúde público mais condizente com as necessidades da população não depende apenas da publicação de normas e portarias com as regras que deveriam ser seguidas. A legislação técnica serve como aparato legal para a mudança organizacional e é nessa situação que surge o papel do gerente, que deve ser capaz de considerar esses atores como sujeitos em ação, incentivando a participação e a responsabilização dos processos de trabalho desenvolvidos (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992).

Um dos desafios postos pela reorganização do sistema de saúde no Brasil refere-se ao resgate da capacidade criativa do profissional, num espaço carente por inovações. Contudo, a inovação exige flexibilidade, descentralização e participação. Na busca por sujeitos ativos e comprometidos com a realidade dos serviços, o gerente ressurgiu como figura responsável pela negociação, devendo estar:

[...] aberto ao diálogo, capaz de incentivar e apreender as múltiplas leituras da realidade e a formulação de alternativas de ação, capaz de promover a coletivização das idéias, gerando as inovações, e capaz de articular a ação de sua equipe. E isso ocasiona uma nova prática gerencial, que deve ser a do gerente público (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992, p. 26).

Porém, essa nova prática gerencial exige algumas condições. O gerente, como mediador das relações entre os integrantes da equipe, tem que ter “compromisso” com o serviço pra que possa mobilizar os demais a essa tarefa. Precisa ter também “autonomia” pra realocar esses atores de acordo com desempenho de cada um, já que nem todos podem se sentir responsáveis pela execução das tarefas ou por suas conseqüências. Porém, isso só se dá na presença da “flexibilidade organizacional”, onde aqueles que trabalham no serviço e também aqueles que o recebem possam participar da tomada de decisão (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992, grifos nossos).

Como instrumento para sua ação, o gerente tem à disposição os sistemas de informação, que além de serem bem configurados, precisam ser oportunos, adequados e terem seu uso aceito pelos profissionais que lidarão diretamente com sua alimentação. Através deles, os dados colhidos subsidiam a avaliação dos resultados e impactos das ações, dando suporte ao processo de comunicação entre

os membros da instituição e também destes com os usuários (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992). Porém, não basta ter acesso a um sistema de informação adequado e alimentá-lo se não houver nenhum compromisso com a escuta e com os produtos que podem ser construídos a partir dele. Os dados coletados devem ser avaliados por toda a equipe, numa relação criativa e participativa, com o compartilhamento de responsabilidades.

Além disso, seguindo os conceitos da ação comunicativa, aparece a discussão sobre a importância da cultura institucional na configuração da dinâmica do serviço. Aqui, cultura institucional é entendida como o compartilhamento de um conjunto de valores, crenças, tradições e pré-interpretações de situações (PEDUZZI, 2007). E aí, mais uma vez, aparece a questão da gerência participativa, onde é possível a delegação, a descentralização e a informalização das estruturas. A escuta dos outros se articula a um projeto de comunicação dentro do qual a emergência de um novo padrão de liderança aparece como fundamental (RIVERA, 2006).

A cultura se constitui a partir do agir comunicativo dos agentes organizacionais, num processo de aprendizagem onde é destacado o componente “consenso” como fundamento do agir (RIVERA, 2006). Também ressaltamos que a importância do diálogo na busca do consenso é elemento imperativo para que um bom trabalho em equipe seja alcançado. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro, através de um canal de comunicação capaz de enfraquecer as relações de poder (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Estimular essa escuta também é papel do gerente.

As equipes multiprofissionais do PSF, ainda que devam valorizar a polifonia, devem trabalhar de forma uníssona, harmônica (GOMES, PINHEIRO, GUIZARDI, 2005). Dessa forma, a teoria da ação comunicativa representa a chance de um novo e democrático agir às práticas de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007), principalmente em substituição ao modelo de relações hierárquicas (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI, 2007) e individualizadas. Busca uma compreensão do mundo no qual haveria a interligação entre teoria e prática, dadas a partir de ações concretas de atores em interação (ARAÚJO; ROCHA, 2007), servindo de base para a mudança nas relações instituídas entre os membros da equipe, da qual participa o cirurgião-dentista, e dos profissionais com a gerência.

Estando nosso marco teórico bem delimitado e relacionado aos objetivos do estudo, passemos à pesquisa empírica, em seus aspectos metodológicos.

## 6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

*Há diferentes tipos de pescadores: uns preferem a rede, recolhem tudo e em seguida selecionam o que lhes serve. Outros preferem usar a linha com a isca e o anzol justos. Recolhem muito menos que os primeiros, concentram todos os seus esforços em encontrar a peça desejada.*

Anônimo

### 6.1 DESENHO DO ESTUDO

O ponto de partida dessa investigação foi a abordagem qualitativa. Caracteriza-se como estudo de casos exploratório, com o intuito de apreender como vem ocorrendo a participação do cirurgião-dentista nas relações intersubjetivas dentro do Programa de Saúde da Família, enquanto profissional integrante das equipes dessa estratégia, levando em conta a realidade dos serviços.

A abordagem qualitativa possibilita a compreensão da realidade em seu contexto. Não objetiva generalizações, interessando-se mais pela peculiaridade da comunidade. A generalização se dará, neste caso, não por similitude estatística, mas pela capacidade de impregnação de espaços, que é a qualidade do fenômeno, sua força (DEMO, 1991). Há que se observar que

*“[...] a rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados [...]” (MINAYO, 2000, p. 22, grifos do autor).*

O estudo de caso caracteriza-se como aquele em que se faz um aprofundamento exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 1996; TRIVIÑOS, 1987). Esse tipo de estudo também foi escolhido por ser o mais usado quando se questionam “como” e “porque”, nos casos em que pouco se controla os fatos e também naqueles em que o foco está num fenômeno contemporâneo em dado contexto real (MINAYO et al., 2005; YIN, 2005). O estudo de caso “[...] é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os

limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32).

A pesquisa será exploratória por aproximar-se do objetivo desta que, segundo Gil (1996, p. 45), é “[...] proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses [...] [além do] o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições [...]”.

## 6.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em Vitória, capital do Espírito Santo. A escolha do município de Vitória para a realização do estudo deveu-se ao fato deste ser a capital do Estado do Espírito Santo, referência econômica e política para os demais municípios da Grande Vitória. Além disso, no município, os cirurgiões-dentistas estão inseridos no PSF desde 2004, contando com mais de dois anos de trabalho destes nas primeiras equipes, quando do início do estudo.

Vitória possui 93 Km<sup>2</sup> de extensão, representando 0,20% do território estadual (IBGE, 2007). O município é constituído por ilhas e uma região montanhosa, circundada por numerosos terrenos de mangue e restinga. Possui clima tropical úmido, com temperatura média mensal variando entre 18,0<sup>o</sup> e 30,0<sup>o</sup> C, com maior precipitação de chuvas ocorrendo entre outubro e janeiro (VITÓRIA, 2001a; VITÓRIA, 2005).

O município integra a Região Metropolitana de Vitória, também conhecida como Grande Vitória. A região agrega mais seis municípios: Vila Velha, Serra, Cariacica, Viana, Guarapari e Fundão, sendo que Vitória representa 6,15% da área da região (VITÓRIA, 2005).

Possui aproximadamente 317.085 habitantes, o que corresponde a 9,3 % da população do Estado, que é de 3.408.365 habitantes (IBGE, 2007). A densidade demográfica do município em 2005 era de 3.290,4 hab./km<sup>2</sup>, muito superior à da região da Grande Vitória, de 698,26 hab./km<sup>2</sup>, e aproximadamente 45 vezes maior o que a do Estado, de 73,8 hab./km<sup>2</sup> (INSTITUTO..., 2007).

O censo realizado pelo IBGE em 2000 produziu informações a nível nacional e local. Nessa pesquisa, a população do município de Vitória considerada economicamente ativa era de 51,35% do total de habitantes, sendo que 16,27% destes estavam desocupados; a taxa de analfabetismo na população com 15 anos ou mais era de 4,1%, contra 7,2 % em 1991; aproximadamente 90% dos domicílios do município dispunham de rede de esgoto, 96,5% de banheiro, 2,9% só sanitário e 0,6% nem banheiro nem sanitário e 99,6% dos domicílios têm o lixo coletado (INSTITUTO..., 2007).

A economia do Espírito Santo tem passado por grandes transformações. Até a década de 50, a base da economia capixaba era a cafeicultura. Contudo, uma grande crise provocada pela superprodução e conseqüente queda nos preços do produto determinou o surgimento do Programa de Erradicação dos Cafezais. Essa solução dada ao problema do café gerou uma profunda crise social e a liberação de grande contingente de mão-de-obra do campo para os centros urbanos. A partir daí, deu-se início um processo de transformação da economia do Estado, com crescimento industrial na década de 60. Na década de 70, foram implantados os "Grandes Projetos" na região da Grande Vitória, gerando maior expectativa de emprego e vida melhor em contraste às condições existentes no interior (VITÓRIA, 2001a).

O município de Vitória é o que concentra a maior parte das atividades econômicas, de arrecadação tributária, da produção e difusão cultural e da prestação de serviços, gerando 33% da renda do Estado e 68% da arrecadação do ICMS (VITÓRIA, 2001a).

As mudanças ocorridas na economia capixaba nos últimos 40 anos, decorrentes principalmente dos problemas enfrentados na agricultura e a expectativa de melhores oportunidades nos grandes centros urbanos, aceleraram o processo migratório. O percentual da população urbana no Estado era de 21% em 1950, passando a 74% em 1991 (VITÓRIA, 2001a) e 79,5% em 2000 (INSTITUTO..., 2007). A região da Grande Vitória tornou-se o pólo atrativo desse processo migratório pelos investimentos recebidos na área industrial e, com isso, maior geração de empregos na área de comércio e serviços (VITÓRIA, 2001a).

Até a década de 80, Vitória era o município que apresentava maior contingente populacional do Estado. Contudo, o crescimento da população de alguns municípios capixabas na década de 90 e a redução da taxa média geométrica de incremento anual da população residente de Vitória modificaram esse quadro (VITÓRIA, 2001a). Em 2005 a capital encontrava-se em 4º lugar na escala de município mais populoso, ficando atrás dos municípios de Vila Velha, Serra e Cariacica (INSTITUTO..., 2007).

### 6.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participam como trabalhadores do PSF diversos profissionais de saúde. De acordo com as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.886/1997 e nº 648/2006, a equipe mínima deve contar com médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 1997b; BRASIL, 2006). Com a inserção da saúde bucal em 2000 (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2006), o cirurgião-dentista, o técnico de higiene dental e o auxiliar de consultório dentário passaram a atuar no PSF, através das equipes de saúde bucal.

A população compôs-se de todos os trabalhadores inseridos nas equipes de saúde da família do município de Vitória.

#### 6.3.1 Amostra

Na pesquisa qualitativa a amostragem não tem um critério numérico. Uma amostra ideal é aquela que permite a visualização da realidade em suas várias dimensões. Privilegia, deste modo, atores sociais portadores dos atributos que se pretende conhecer, considerando-se o número de sujeitos suficiente quando permite certa reincidência das informações (MINAYO, 2000). Essa consideração adequa-se à idéia de que a real finalidade da pesquisa qualitativa não seja a de contar opiniões ou pessoas, mas sim explorar opiniões e as diferentes representações sobre a questão em estudo (GASKELL, 2002).

Fizeram parte da amostra os profissionais que desempenhavam as funções em duas Equipes de Saúde da Família do PSF escolhidas e, que na época da coleta dos dados, estavam trabalhando com atendimento direto ao paciente, isto é, foram excluídos os que estavam realizando atividade administrativa. Participaram das entrevistas os integrantes de duas Equipes de Saúde da Família<sup>13</sup> (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário), totalizando 14 sujeitos. Foi escolhido um ACS de cada equipe selecionada, aquele com maior tempo de serviço nessa mesma equipe. No caso em que havia mais de um ACS nessa condição, foi realizado um sorteio simples.

Foram escolhidas duas USFs dentre as que receberam as primeiras ESFs e ESBs e que “pareciam” trabalhar em realidades distintas. Cada Unidade de Saúde da Família será identificada no texto por uma letra, sendo as escolhidas “M” para USF Maruípe e “I” para USF Ilha do Príncipe. Cada sujeito entrevistado será identificado por uma sigla, composta da letra de sua USF de origem e por um algarismo romano, por exemplo, Entrevistado 1 da USF Ilha do Príncipe (I1), para garantir que os profissionais envolvidos na pesquisa não sejam identificados. Sendo assim, realizamos o estudo de dois casos (duas USF).

Obviamente que a construção do SUS exige atores sociais cirurgiões-dentistas que tenham um posicionamento ético e político sobre os significados mais profundos da Reforma Sanitária. Somente assim estaremos realmente contribuindo para o seu avanço, sendo objetivo do estudo colocar a questão no plano científico e não no pessoal. Para garantir a confidencialidade dos resultados, o banco de dados será de uso exclusivo dos pesquisadores. Dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) não terá acesso aos resultados brutos da pesquisa, nem poderá fazer a identificação dos profissionais que participaram da pesquisa.

---

<sup>13</sup> Neste caso nos referimos às Equipes de Saúde da Família incluindo aí as Equipes de Saúde Bucal. Normativamente há uma separação entre Equipes de Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) e Equipes de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário e Equipes de Saúde Bucal) (BRASIL, 2006).

## 6.4 CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Para a construção dos dados utilizou-se a observação participante e entrevistas individuais gravadas. Segundo Ludke e André (1986), a observação participante é aquela em que a identidade e os objetivos do estudo são revelados ao grupo pesquisado desde o início. Neste tipo de observação, o pesquisador pode ter acesso a variadas informações, até mesmo confidenciais, contando com a cooperação do grupo. Contudo, deverá aceitar o controle que o grupo exerce sobre o que será ou não tornado público com a pesquisa.

A observação possibilitou o contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno de estudo. Isso se deu pelo fato deste tipo de técnica permitir que se recorra às experiências e aos conhecimentos pessoais como forma auxiliar à compreensão e à interpretação do fenômeno em estudo. Permite também que o observador se aproxime da “perspectiva dos sujeitos”, servindo também para a descoberta de novos aspectos do problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Realizada de setembro a dezembro de 2006, a observação participante foi de fundamental importância para o conhecimento mais profundo do dia-a-dia das USFs escolhidas para o estudo, servindo de base para a construção dos dados a partir do visto e do vivido *in loco*. Foi utilizada como método de investigação associado outra técnica de coleta de dados: as entrevistas individuais gravadas, ocorridas de novembro e dezembro do mesmo ano.

Segundo Gaskell (2002, p. 65), as entrevistas qualitativas fornecem dados para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e seu contexto de vida. São utilizadas para a “[...] compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos”.

Segundo Gil (1996), normalmente são utilizados diversos procedimentos para a coleta de dados, estando entre eles a observação, a análise de documentos, a entrevista e a história de vida.

Durante a observação participante e as entrevistas gravadas buscamos criar um ambiente amistoso, de confiança e empatia, já que, segundo Deslandes (2005), as

informações, estórias, depoimentos e opiniões são altamente influenciados pela relação estabelecida entre pesquisador e interlocutor. Neste caso, favoreceu-se o acesso às informações importantes, que geralmente ficariam proibidas aos interlocutores usuais.

Foram emitidas cartas de consentimento, objetivando a aprovação do procedimento de construção dos dados por todos os sujeitos selecionados para as entrevistas e solicitando a autorização para a divulgação das informações fornecidas (APÊNDICE A). A construção dos dados deu-se após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (ANEXO A) e aprovação institucional, no caso pela SEMUS (ANEXO B).

A confidencialidade dos dados foi garantida pelo sigilo sobre o nome e a profissão de cada entrevistado. Os nomes citados pelos entrevistados foram registrados apenas pelas iniciais. Essas duas codificações seguem as indicações de Gomes e outros (2005), ao relatarem que dentre as condições para se conseguir transcrições de boa qualidade estão a necessidade de codificação de cada entrevistado, para lhe garantir o anonimato; transcrição das palavras na íntegra; e em caso de serem mencionados nomes durante as entrevistas, os mesmos devem ser registrados apenas por suas iniciais, também como forma de garantir o anonimato, dentre outras.

#### **6.4.1 Instrumentos para construção dos dados**

Durante as sessões de observação participante, buscamos investigar livremente o dia-a-dia do serviço de saúde da família nas USFs Maruípe e Ilha do Príncipe. Pontos como a dinâmica dos serviços, processos de trabalho, organização do atendimento e relações interpessoais serviram de guia para a observação. Os aspectos relevantes foram registrados num diário de campo, que posteriormente foi utilizado para a delimitação das questões das entrevistas e também na análise dos dados.

Para as entrevistas gravadas, optamos por utilizar a modalidade de entrevista semi-estruturada, com base em um roteiro-guia (APÊNDICE B) onde constavam temas que foram abordados durante as mesmas. A inserção do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional do PSF, a caracterização do seu processo de trabalho em equipe e a relação intersubjetiva que estabelecem com os demais profissionais da equipe foram analisadas a partir das falas dos participantes, de seus relatos de experiências em relação às equipes estudadas, contrapondo-se aos pressupostos do SUS, e das contradições explicitadas de acordo com as questões norteadoras da entrevista.

Minayo (2000, p. 122) considera que as entrevistas semi-estruturadas ou não-estruturadas permitem a inclusão da história de vida e as discussões em grupo, elaboradas a partir de um guia, um roteiro, enumerando as questões a serem investigadas a partir dos pressupostos oriundos do objeto de investigação do pesquisador. Esse tipo de abordagem “[...] persegue vários objetivos: (a) a descrição do caso individual; (b) a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; (c) a comparabilidade de diversos casos”. O roteiro para a entrevista semi-estruturada normalmente é organizado em tópicos, que servem para orientar e guiar o andamento da interlocução, sendo flexível o bastante para absorver novos temas e questões que os entrevistados tragam como sendo relevantes (LUDKE; ANDRÉ, 1986; GASKELL, 2002; SOUZA et al., 2005).

Ainda segundo Souza e outros (2005), o pré-teste dos roteiros consiste na entrevista com informantes previstos no desenho do projeto e que leva normalmente à alteração da lista de temas e da forma de abordar os assuntos.

A realização do pré-teste para validação do instrumento de coleta de dados foi realizada em outubro de 2006. Foi selecionada uma equipe de saúde da família do mesmo município, que trabalhava com a saúde bucal inserida há aproximadamente o mesmo tempo daquelas unidades selecionadas para o estudo. Dentre os vários profissionais que na época trabalhavam na Unidade “Piloto” foram sorteados três sujeitos, que foram entrevistados utilizando-se um roteiro-guia proposto inicialmente. Através desse pré-teste pudemos verificar os erros de abordagem e de condução das entrevistas, assim como pôde ser feito ajuste nos temas abordados para uma melhor compreensão do fenômeno em estudo.

## 6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nas pesquisas de cunho qualitativo, segundo Demo (1991, p. 36), “[...] o que interessa, na verdade, é o conteúdo, não a forma [...]”. O material empírico coletado foi analisado pelo método de análise de conteúdo, o qual tem por objetivo, segundo Bardin (2000), a descrição do que está contido nos enunciados, permitindo a inferência de conhecimentos da produção/recepção destas mensagens.

Segundo Minayo (2000, p. 206), a análise de conteúdo pode se dar por diversas técnicas, como a Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação. Para este estudo, elegeu-se esta última, já que está baseada na idéia de “[...] comunicação como um processo e não como dado em ato, e do discurso como palavra em ato [...]”, sendo a entrevista aberta um material privilegiado da análise da enunciação. O que importa, neste caso, é a análise, que dará a qualidade do estudo, em detrimento da quantidade de material.

O material gravado foi transcrito pelo próprio pesquisador, o que facilitou o processo de análise, e foi lido exhaustivamente. Para Demo (1991), uma forma que se adequa à pesquisa qualitativa é a transcrição vivencial de um conteúdo participativo, dado pelo depoimento, pelo testemunho.

Posteriormente, o material foi ordenado e classificado, de acordo com as categorias de análise previamente escolhidas: reformas e modelos de saúde no Brasil, saúde bucal no PSF e trabalho em equipe. A conclusão dessas etapas facilitou a leitura vertical e horizontal do material empírico. A análise final aconteceu com trânsito entre o material empírico e o referencial teórico, em um movimento dialético entre a subjetividade e a objetividade. É importante utilizar categorias analíticas para a análise dos dados (GIL, 1996; GOMES et al., 2005), relacionadas à teoria e ao material de pesquisa, que inclui o objetivo da pesquisa, neste caso, construídas a partir do referencial teórico, a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas.

Escolhemos dois casos para a realização do estudo. Durante a análise dos dados, fizemos uma junção da análise referente as duas USFs. Sendo assim, quando os depoimentos concordavam entre si e quando houve diferenças, importantes para a compreensão do fenômeno, estes foram relatados durante a análise. Poderão ser

identificados pelos diferentes códigos atribuídos para os depoimentos dos profissionais de ambos cenários, como descrito anteriormente. Passemos então à análise do material empírico.

## 7 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

*A teoria sempre acaba, mais cedo ou mais tarde, assassinada pela experiência.*

Albert Einstein

O ponto de partida para o presente estudo foi a abordagem qualitativa. Demo (1991) considera esta a mais adequada para a apreensão da realidade em seu contexto. Neste tipo de abordagem a generalização será alcançada pela impregnação de espaços, que é força do fenômeno. Os dados foram construídos através da observação participante e das entrevistas gravadas, posteriormente transcritas, lidas e relidas para subsidiar a discussão sobre o objeto escolhido para estudo: os cirurgiões-dentistas em relação com os demais profissionais das equipes mínimas do PSF.

As entrevistas permitiram a transformação dos sujeitos de estudo em agentes, atores com papel definido dentro da “trama” da pesquisa. Os dados produzidos não existem por si só, são resultados dos conhecimentos e das relações construídas por esses sujeitos quando em relação, concordando com a idéia de Minayo (2000) de que os selecionados para investigações são gente que pertence a grupos, que vive em determinados contextos e que constrói individualmente e coletivamente crenças, valores e significados.

Um outro ponto que se revelou foi a interação pesquisador/pesquisados. Como nenhuma pesquisa é livre de interesses, o principal dessa investigação surgiu pela proximidade entre os dois elos da corrente, uma vez que a responsável pela condução do processo tem formação em Odontologia. Daí a inquietação em adentrar mais o mundo do trabalho daqueles que fazem parte de sua categoria profissional e também dos que estão relacionados a estes através das equipes de trabalho, principalmente num momento em que se busca o aperfeiçoamento das tecnologias em saúde e das estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população.

Dessa relação surgiram vários produtos. Um deles, os dados construídos, analisados e discutidos. Contudo, outros também surgiram e não puderam ser apreendidos pelo principal instrumento de coleta de dados escolhido, a entrevista gravada, mas que foram registrados na experiência da pesquisadora e que deram o toque sensível à condução desta etapa. Além disso, deve-se atentar para o fato de que a construção dos dados se deu no encontro dos sujeitos, capazes de transformar o objeto de estudo.

Um importante produto que poderia ser gerado pela discussão durante as entrevistas seria a mudança da visão dos entrevistados, a partir da reflexão sobre suas próprias falas, isto é, sobre seus comportamentos. É desejado que os profissionais de saúde, atores com funções a exercer dentro do serviço, se enxerguem como responsáveis por suas condutas e como capazes de alteração da realidade. Isso pôde ser apreendido no alívio sentido, gerado pela oportunidade que tiveram de refletir e externar sobre suas angústias e opiniões, como mostrado nas seguintes falas:

“ Exatamente! E aí, nessa história toda eu falo assim, e eu? Em que eu tô colaborando? Entendeu? E aí é uma coisa que me convidou à auto-reflexão. Eu acho assim produtivo, né. Parece até uma terapia!” (I3)

“[...] Eu agradeço também a oportunidade de você ter me visto meio estressada, de me externar, externar os meus sentimentos, mais é isso o que eu penso!” (M3)

É nesse misto de produtos internos e externos, exploráveis individualmente ou coletivamente, que se desenhou a análise dos dados. Como fio condutor foi escolhido a análise de conteúdo, que, segundo Bardin (2000), busca a descrição do conteúdo dos enunciados. As diversas questões constantes do Roteiro-Guia (APÊNDICE B) foram separadas em categorias de análise para melhor aproveitamento didático das mesmas. Foram escolhidas três categorias analíticas: 1. Reformas e modelos de saúde no Brasil; 2. Saúde bucal no PSF e 3. Trabalho em equipe.

A análise e a discussão dos dados estarão subsidiadas pela produção científica utilizada como referência, pelas falas dos entrevistados e pela apreensão que fizemos durante a construção dos dados. Como fio condutor de toda a análise se apresenta a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, sugerida aqui como forma

de propiciar o trabalho em equipe no PSF. Através da ação comunicativa, os sujeitos buscarão o compartilhamento de seus planos de ação, mediado por uma relação comunicativa linguisticamente mediada. Nessa relação, as estruturas hierárquicas e individuais que os cirurgiões-dentistas normalmente constroem dão lugar a um projeto assistencial comum a todos os integrantes das equipes da estratégia. O objetivo do trabalho de todos eles é o atendimento à população adscrita, em suas necessidades, e esse deve ser o pano de fundo a guiar as relações intersubjetivas entre esses profissionais.

A riqueza das informações dos dados construídos não pôde ser totalmente explorada, em virtude do tempo que se colocou como prazo e pelo objetivo inicial de construção de uma dissertação de mestrado. Porém, além de terem contribuído para o crescimento dos sujeitos envolvidos, entrevistados e pesquisador, os dados oriundos da relação entre esses sujeitos poderão servir para análises futuras.

Antes de entrarmos na análise propriamente dita dos dados, consideramos de fundamental importância a caracterização do modelo de saúde de Vitória, especialmente no que diz respeito ao PSF nas duas USFs que serviram de cenário para o estudo<sup>0</sup>. Essa análise faz-se importante, na medida em que as características semelhantes e peculiares a cada um dos locais podem influenciar a experiência dos entrevistados e, dessa forma, o resultado da análise dos dados.

## 7.1 ANALISANDO O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE DE VITÓRIA

Para que as ações e os serviços de saúde sejam efetivamente descentralizados, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (BRASIL, 2002a), foi apresentado em 2003 o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Espírito Santo (Mapa 1). O objetivo foi constituir sistemas funcionais de saúde por meio da integração de pontos de atenção à saúde. No PDR estadual, Vitória aparece como pólo da Macrorregião Centro-Vitória e de sua subdivisão, a Microrregião Vitória. Também fazem parte desta microrregião os municípios de Cariacica, Viana e Santa Leopoldina (ESPÍRITO SANTO, 2003).

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

**Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :**

**Microrregiões:**

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

**Macrorregião Centro - Vitória**

**Microrregiões:**

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

**Macrorregião Sul - Cachoeiro**

**Microrregiões:**

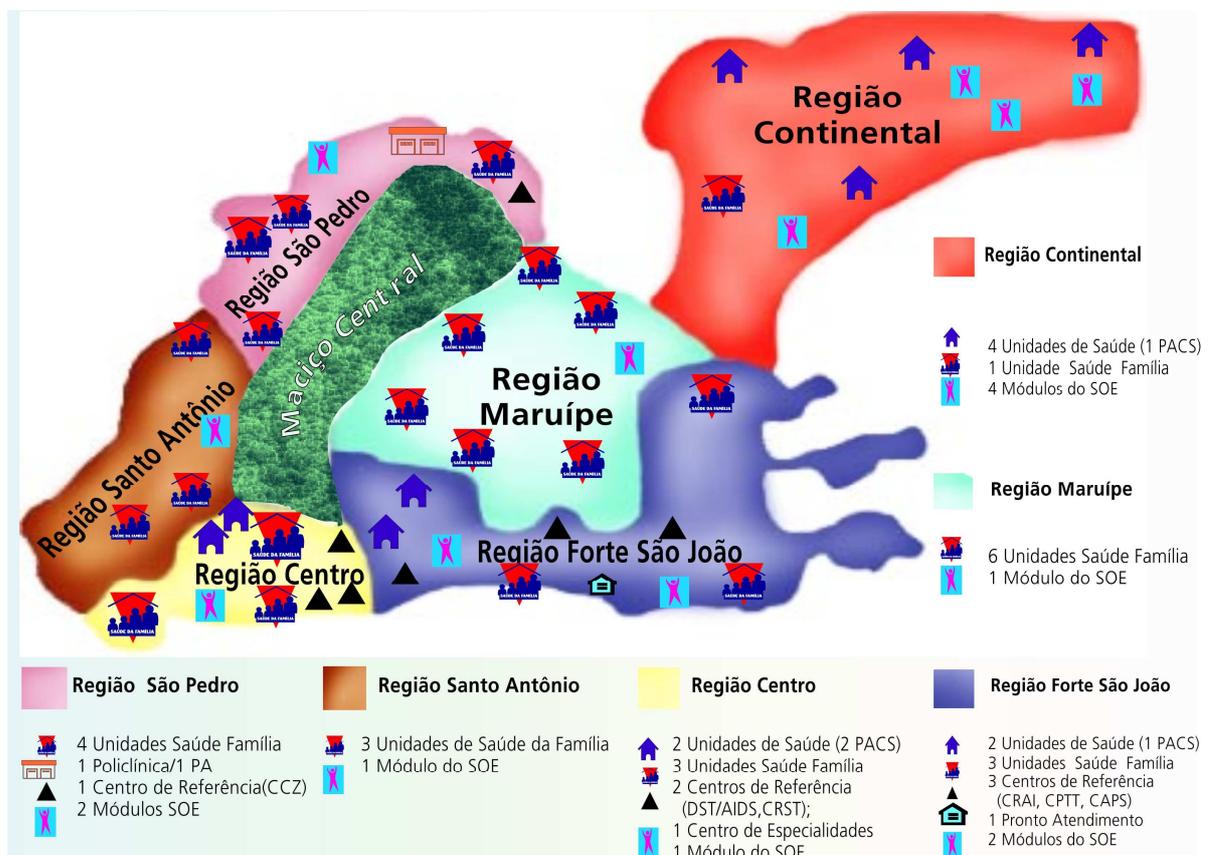
- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçu



**Mapa 1** – Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo 2003  
 Fonte: Espírito Santo (2003).

O modelo de atenção à saúde adotado por Vitória pressupõe que a rede de atenção inicia-se pelas equipes de PSF, atuando em seus respectivos territórios, servindo como porta de entrada no sistema. Os usuários devem ser referidos às USFs, preferencialmente localizadas o mais próximo possível de sua residência. O potencial de resolução deste nível de atuação pode chegar a 80% dos problemas de saúde da população residente. A rede secundária própria do município está sendo reorganizada e qualificada para atender às demandas do PSF, em parceria com a gestão estadual (VITÓRIA, 2003).

As condições do município com relação ao acesso viário, fluxo da população e equipamentos existentes possibilitam à SEMUS mapear a cidade em seis áreas, chamadas Regiões de Saúde. Nelas estão instaladas Unidades de Saúde, que são o primeiro nível de atenção e onde a população tem acesso direto e atendimento com maior resolutividade possível (VITÓRIA, 2003), além de outros equipamentos de saúde. O município se divide nas seguintes Regiões de Saúde: São Pedro, Santo Antônio, Centro, Forte São João, Maruípe e Continental (Mapa 2).



**Mapa 2** – Regionalização da saúde em Vitória  
Fonte: Vitória, 2007d.

Existem no município oito Centros de Referência Municipais: o Centro de Controle de Zoonoses; o Centro de Referência de Atenção ao Idoso; o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos; o Centro de Atenção Psicossocial; o Centro de Referência em DST/AIDS; o Centro Municipal de Especialidades; a Policlínica São Pedro; e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (parceria com a SESA). Esses centros estão distribuídos pelas diversas Regiões de Saúde, concentrando-se mais nas regiões Centro e Forte São João. O município conta ainda com o Serviço

de Orientação ao Exercício (SOE), com onze módulos fixos e um móvel e uma academia popular, instalada na região de Santo Antônio. Como integrantes do sistema de saúde municipal, têm-se ainda o Pronto-Atendimento Municipal de Vitória e o Pronto-Atendimento da Policlínica São Pedro, além do Laboratório Central Municipal (VITÓRIA, 2007d). As Unidades de Saúde de Maruípe, Jardim Camburi, Santo André e Maria Ortiz têm atendimento estendido até as 22 horas (Vitória, 2007e).

As ações de saúde desenvolvidas por Vitória, além de contemplarem o atendimento individual, priorizam atividades coletivas, tais como a vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica); imunização; controle de zoonoses; saúde do trabalhador; programas de saúde dirigidos à mulher, à criança, à saúde bucal, aos idosos, às doenças crônico-degenerativas; fisioterapia; hanseníase; tuberculose; DST/AIDS; saúde mental; saúde do escolar; fisiologia do exercício; tabagismo e o Programa de Assistência Farmacêutica (VITÓRIA, 2003).

A iniciativa de implantação do PSF no município de Vitória teve início em 1997, buscando a inversão do modelo de atenção à saúde, em consonância com a Norma Operacional Básica/96. Em fevereiro de 1998, as primeiras equipes deram início às atividades. A composição básica das equipes foi: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, sanitaria, assistente social (em uma equipe) e agentes comunitários de saúde (VITÓRIA, 1999).

Inicialmente, o PSF foi implantado abrangendo bairros onde os indicadores de saúde eram desfavoráveis e onde o índice de pobreza era mais relevante em relação às demais áreas do município. As primeiras Unidades de Saúde a receberem a saúde da família foram US Resistência, US Jesus de Nazareth, US Andorinhas, US Fonte Grande e US Ilha do Príncipe (VITÓRIA, 2006a). Os bairros identificados para a implantação do PSF coincidiam com as áreas de abrangência do Projeto Terra (projeto de intervenção social das áreas de morro e palafitas) (VITÓRIA, 1999).

Essa escolha, ao contrário do que possa parecer, de que o PSF é para pobre, visava dar oportunidade de acesso aos serviços de saúde para os que mais precisam, respeitando o princípio da equidade (VITÓRIA, 1999). Isto porque o objetivo principal da adesão ao programa seria, além da mudança do modelo de atenção básica, a

extensão da cobertura às áreas de difícil acesso, com oferta insuficiente ou ausente. Assim, deu-se prioridade à implantação das primeiras equipes na cobertura de grupos vulneráveis, identificados como de baixa renda, de maior risco epidemiológico ou risco social (BRASIL, 2007a).

Normalmente a implantação do PSF se dá em áreas de alto risco socioeconômico, mas existe a crítica de que seja isolada de outros projetos sociais (ALEIXO, 2002). Em Vitória, o PSF esteve inicialmente implantado nas áreas de abrangência do Projeto Terra, demonstrando, ao menos institucionalmente, alguma intersectorialidade das ações de promoção da saúde.

As equipes do PSF foram instaladas em Unidades de Saúde convencionais, a exceção de Resistência, onde houve a implantação de uma Unidade de Saúde da Família. Dessa forma, as equipes passaram a conviver com o modelo tradicional, gerando conflitos nos planos de ação e mostrando-se desfavorável ao avanço da estratégia. Contudo, ainda assim, o PSF atuou como facilitador e as unidades passaram a se apropriar de seus territórios (VITÓRIA, 1999).

A seleção de profissionais, inicialmente, seria internamente, para a lotação nas primeiras USF. Contaria com três etapas: títulos, entrevistas e curso de formação (teoria e prática), também previstos para a seleção externa que se fizesse necessária. O objetivo era fazer ingressar na instituição aqueles profissionais com perfil adequado ao desempenho das funções para as quais estavam sendo contratados. Já a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde obedeceu às Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (VITÓRIA, 1999).

As primeiras equipes receberam capacitação em um curso introdutório de Saúde da Família e um curso básico de Saúde da Família, baseado na proposta dos docentes do departamento de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade de Toronto no Canadá (VITÓRIA, 1999).

Em 1998, o Ministério da Saúde propôs a inclusão de equipes de saúde bucal no PSF. A Portaria MS/GM nº 1444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2006b) estabeleceu o incentivo financeiro e a saúde bucal foi definitivamente incluída no

PSF. A regulamentação se deu com a Portaria MS/GM nº 264 de 2001, que definiu as normas e diretrizes da inclusão da saúde bucal na Saúde da Família, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Na época de implantação do PSF, o atendimento odontológico era realizado por cirurgiões-dentistas, clínicos gerais e Odontopediatras, divididos em dois turnos de carga horária diária de quatro horas. Foi somente em julho de 2004 que a Prefeitura Municipal de Vitória deu início à inserção da saúde bucal no PSF. Foram contempladas oito USFs: Ilha do Príncipe, Andorinhas, Maruípe, Consolação, Gilson Santos, Grande Vitória, Santo Antônio e Favalessa; iniciando com 17 equipes de saúde bucal, na modalidade I<sup>14</sup>.

Inicialmente foi realizada uma seleção interna com servidores efetivos para a composição das primeiras equipes de saúde bucal e a seleção externa planejada para quando fosse necessário. O processo contou com prova escrita, entrevista e análise de currículo (VITÓRIA, 2003).

Vitória conta atualmente com quatro Unidades Básicas de Saúde, quatro localidades com PACS e 20 Unidades de Saúde da Família (Tabela 1) (VITÓRIA, 2007d). Na saúde da família são 72 ESFs implantadas no município em 20 Unidades de Saúde da Família. São 191.150 pessoas cadastradas no PSF e PACS, ou seja, 63,16% da população<sup>15</sup> (VITÓRIA, 2007e). Já a saúde bucal conta com 38 ESBs referenciadas a 117.300 habitantes, isto é, 38,76% de cobertura<sup>16</sup>. Cada equipe de saúde bucal inscrita no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) está relacionada à população de apenas uma equipe de saúde da família. Na prática, nas unidades em que o número de ESB é inferior ao de ESF, há uma redivisão entre as equipes de saúde bucal para a cobertura total da população adscrita àquela USF, até mesmo porque o PSF permite o trabalho de uma ESB para até duas ESF.

Além das 38 ESBs, Vitória conta ainda com centros que atendem às especialidades odontológicas. As US Jardim Camburi e Forte São João atendem aos casos de endodontia de suas regionais de saúde; o Centro Médico de Especialidades e o

---

<sup>14</sup> Dados fornecidos pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES em maio de 2007.

<sup>15</sup> Para a base de cálculo utilizaram-se dados do Ministério da Saúde de 2005 de que a população do município de Vitória é de 302.633 pessoas.

<sup>16</sup> Dados fornecidos pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal da SEMUS em maio de 2007.

Centro de Referências em DST/AIDS atendem a todas as especialidades; o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) atende aos casos de periodontia, endodontia, cirurgias menores e diagnóstico de câncer de boca; e o Laboratório Regional de Prótese Dentária, oferece reabilitação oral com próteses parciais removíveis e totais, sendo estes dois últimos referência para a Microrregional Vitória.

**Tabela 1 – Rede Básica de Saúde de Vitória**

Região de Saúde	UBS	USF	PACS
CONTINENTAL	Jardim Camburi* Jabour Maria Ortiz*	Jardim da Penha	Bairro República
MARUÍPE		Maruípe * Andorinhas Consolação B. da Penha Tomáz Thomazzi Sta. Marta	
CENTRO		Fonte Grande Vitória Ilha do Príncipe	Avelina Santa Tereza
STO. ANTÔNIO		Favalessa Sto. Antônio Grande Vitória	
SÃO PEDRO		Santo André * Ilha das Caieiras São Pedro V Resistência	
FORTE SÃO JOÃO	Ilha de Sanata Maria	Jesus de Nazareth Praia do Suá Santa Luíza	Forte São João

\* Unidades com atendimento noturno (até as 22 horas).

Fonte: Vitória, 2007d.

Os sujeitos selecionados para participar deste estudo, na época da construção dos dados, desenvolviam suas atividades nas Unidades de Saúde da Família Ilha do Príncipe e Maruípe, escolhidas dentre as oito primeiras Unidades de Saúde que passaram a contar com a saúde bucal no PSF, em julho de 2004. Foram selecionadas as duas equipes que trabalham na Saúde da Família há mais tempo (uma em cada uma das duas unidades). A prioridade foi dada às equipes com maior

tempo de trabalho em conjunto, sendo esta uma prerrogativa do pesquisador, ou seja, um critério de inclusão para participação na investigação.

Para a realização do estudo, pretendeu-se garantir a confidencialidade das informações, haja vista que se deseja conhecer os atributos dos atores sociais no PSF mediante uma metodologia científica. Houve um compromisso ético do pesquisador de não ingerência na SEMUS e até muito pelo contrário, houve boa recepção e pactuação para a realização do estudo. A autorização da instituição para a realização do estudo encontra-se no ANEXO B.

Os objetivos da Coordenação Municipal de Saúde Bucal são ampliar a cobertura populacional com equipes de saúde bucal no PSF; melhorar a qualidade da atenção odontológica por meio do vínculo do profissional com as famílias, da atenção longitudinal e coordenada; estimular o maior envolvimento e responsabilidade das equipes locais de saúde bucal com as famílias e facilitar a integração das equipes locais de saúde bucal com as equipes de saúde da família. A meta é que, em 2008, todas as unidades de saúde estejam cobertas pelo PSF e com equipes de saúde bucal.

Vitória conta com 23 THDs no PSF, contudo não existe ESB modalidade II por falta de espaço físico e equipamentos odontológicos para as mesmas<sup>17</sup>. Esses profissionais estão relacionados também ao Programa Sorria Vitória, cujo principal objetivo é a redução da incidência e velocidade de progressão das doenças bucais, por meio de ações coletivas realizadas principalmente em espaços escolares. As ações coletivas realizadas compreendem: bochechos fluorados semanais ou escovação supervisionada nas crianças menores de 6 anos, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, exame de classificação de necessidades e distribuição de escova e creme dental a cada três meses (MUSSO, 2007). Contudo, o grande número de escolas e unidades de ensino infantil existentes no município nos faz pensar que este trabalho de educação em saúde bucal leve sobrecarga às atividades já desenvolvidas nessas instituições pelos professores da rede municipal de ensino.

---

<sup>17</sup> Dados fornecidos pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES em maio de 2007.

Sendo este um estudo de casos, consideramos de fundamental importância a descrição das características sócio-políticas e históricas de cada um dos cenários, isto é, de cada território escolhido para o desenvolvimento do estudo. Por isso, passemos às unidades de Saúde da Família Ilha do Príncipe e Maruípe.

### **7.1.1 Unidade de Saúde da Família Ilha do Príncipe**

O bairro da Ilha do Príncipe, hoje anexado à Ilha de Vitória, no passado, era de fato uma ilha e localizava-se entre Vitória e o continente (Vila Velha) (MARINATO, 2007). O nome da ilha originou-se de uma história segundo a qual o local pertencia ao príncipe D. Pedro II. Sua ocupação iniciou-se aproximadamente em 1926, num processo de ocupação por “invasão”, com moradias precárias, de sapé<sup>18</sup> e estuque<sup>19</sup>, cobertas de palha e pindoba<sup>20</sup> (VITÓRIA, 2007a).

Foi no governo de Florentino Avidos (1924-1928) que se iniciou o interesse por essa área, com a construção das seis pontes: cinco pontes de Vila Velha à Ilha do Príncipe (Ponte Florentino Avidos) e uma ligando a Ilha do Príncipe à Vitória. Para viabilizá-las, foram feitos os primeiros aterros na Ilha do Príncipe, em 1928. O propósito oficial era melhorar a acessibilidade, visto que o crescimento do porto impulsionou a necessidade de criar ligações com as outras regiões (MARINATO, 2004).

Com a crise econômica e institucional, após a revolução de 1930, os operários que trabalhavam na construção da ponte Florentino Avidos (2 mil operários) invadiram a ilha. Após esse ocorrido, também houve invasões de imigrantes nordestinos e nortistas, além de uns poucos que vieram do interior do Estado. Durante o governo do General João Punaro Bley (1930-1942), houve a proibição do crescimento de moradias de estuque e palha, numa tentativa de transformação da ilha em bairro nobre. Essa decisão culminou, em 1938, com um incêndio promovido por fiscais do Governo e confrontos diários entre estes e a população (VITÓRIA, 2007a).

---

<sup>18</sup> De acordo com o Mini Aurélio, sapé ou sapê refere-se à gramínea usada para obrir choças, isto é, habitação mais tosca do que a cabana (FERREIRA, 2001).

<sup>19</sup> Estuque refere-se a uma massa preparada com água, gesso e cola (FERREIRA, 2001).

<sup>20</sup> Pindoba é uma palmácea cujos óleos são úteis (FERREIRA, 2001).

Nas décadas seguintes, foram executados vários projetos de aterro das proximidades da Ilha do Príncipe, com o objetivo de aumentar a área do município e de utilizar o espaço para comercialização e revitalização da região. Em 1980, foi realizado o aterramento, enrocamento e captação de esgotos no trecho entre a Ilha do Príncipe e o bairro de Santo Antônio, no antigo cais do hidroavião. Este aterro recebeu a Rodoviária de Vitória e, com a finalização do aterro, a Ilha do Príncipe deixou de ser ilha (MARINATO, 2004).

A região caracterizava-se pela existência de becos e do aglomerado de barracos, sendo cenário de fama pela presença de marginais e de prostituição, assim permanecendo até a transferência dos meretrícios para o município da Serra (VITÓRIA, 2007a). Contudo, a proximidade do Porto e da Rodoviária de Vitória favorece que atividades desenvolvidas pelos profissionais do sexo continuem a acontecer, contribuindo por manter uma população flutuante formada por pessoas de outros bairros e municípios, envolvidas nesse tipo de ocupação. Há ainda informação do desenvolvimento do comércio de drogas ilícitas (VITÓRIA, 2001b).

A Ilha do Príncipe possui pequenos comércios sem grande diversidade. Na parte baixa da ilha, próximo à rodoviária, concentram-se pensões e hotéis, alguns em condições insalubres, principalmente pela falta de aeração e de manutenção das instalações físicas. Conta com oito igrejas de diferentes credos, uma Associação de Surdos e Mudos, uma escola de futebol, o grupo de teatro “Novos Rumos” e o grupo da Terceira Idade (VITÓRIA, 2001b).

O bairro da Ilha do Príncipe faz parte da Regional de Saúde Centro, contando hoje com uma Unidade de Saúde da Família, tida como referência pela Secretaria de Saúde do Município. Trabalha com um número de 3.195 habitantes do bairro, referidas a duas ESF e a duas ESB (VITÓRIA, 2006b).

O PSF foi introduzido na Ilha do Príncipe em 1998 (VITÓRIA, 2006a), com o trabalho de duas equipes inseridas inicialmente numa Unidade Básica de Saúde (UBS), que funcionava em um prédio adaptado. Em 2004, a construção da Unidade de Saúde da Família Ilha do Príncipe teve fim, passando então a abrigar o atendimento à comunidade. A geografia e localização do bairro favorecem que a equipe de saúde da família consiga geralmente atender apenas a população adscrita. Já que a USF

encontra-se na parte alta do bairro, que é um morro, normalmente somente os moradores do local procuram atendimento no local.

Na USF Ilha do Príncipe são oferecidos os seguintes serviços: consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas; e encaminhamentos para os Centros de Referência (VITÓRIA, 2007c).

A saúde bucal foi inserida no PSF da Ilha do Príncipe em junho de 2004, sendo uma das oito primeiras unidades a receber a inserção da saúde bucal na estratégia. A paridade no número de ESFs e ESBs pode facilitar o trabalho integrado, já que o número de usuários é o mesmo que o da equipe de saúde da família à qual se refere. A população do território fica então dividida entre as equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal (aproximadamente 1.600 hab./equipe).

### **7.1.2 Unidade de Saúde da Família Maruípe**

A ocupação da região de Maruípe esteve relacionada ao parcelamento da Fazenda Maruípe. Localizava-se ao lado da fazenda Jucutuquara, possuindo grande extensão, indo do atual bairro Santa Cecília até a Ponte da Passagem. Durante o império, a fazenda pertenceu ao Dr. Inácio Accioli de Vasconcelos, nomeado por D. Pedro I para o governo do Estado (VITÓRIA, 2007b).

Já no século XX, devido à sua distância do Centro de Vitória, Maruípe foi destinada à instalação de equipamentos institucionais de grande porte, como hospitais, o quartel da Polícia Militar e o Cemitério Municipal de Maruípe. Com o falecimento do proprietário, que não deixou herdeiros, as terras passaram para o Estado. (VITÓRIA, 2007b).

Em 1930, houve a aprovação do loteamento "Vila Maria", com 209 lotes e área total de 90,537m<sup>2</sup>, localizado atualmente entre Tabuazeiro e Eucalipto. Consta ainda no cadastro imobiliário da prefeitura, dois outros loteamentos localizados próximos a Vila Maria. Com o aumento da ocupação e do parcelamento da área, diminuiu

progressivamente o que se padronizou chamar Bairro Maruípe, sendo este dividido para formar outros bairros, tais como Santa Cecília, Penha, Itararé, São Cristóvão, Tabuazeiro (VITÓRIA, 2007b).

A origem do nome do bairro é atribuída ao mosquito de picada forte – Maruí de Maruim, sendo Maruípe "caminho de mosquitos". Para os moradores era constrangedor ser identificado como habitante de uma área infestada de mosquitos (VITÓRIA, 2007b).

Em se tratando de saúde, a região de Maruípe abriga o HUCAM, que é o Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo, e o Hospital Santa Rita de Cássia, referência em tratamento de câncer no Estado e para estados vizinhos, como Minas Gerais e Bahia.

A Unidade Básica de Saúde de Maruípe faz parte da Regional de Saúde Maruípe. Após ter sofrido reforma, teve implantado o Programa Saúde da Família em 2001 (VITÓRIA, 2006a), contando atualmente com sete equipes. Essas equipes atendem a sete bairros: Engenharia, São Cristóvão, Tabuazeiro, Maruípe/Vila Maria, Santa Cecília, Bairro de Lourdes e Santos Dumont. A população total cadastrada é de 22.978 habitantes (VITÓRIA, 2006b), com uma média de aproximadamente 3.290 hab./equipe. Contudo, a unidade mostra-se em dimensão física reduzida, não oferecendo condições adequadas ao trabalho do grande número de profissionais envolvidos nas atividades oferecidas, o que dificulta o trabalho e serve de desestímulo.

Na USF Maruípe são oferecidos consulta médica e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas e encaminhamentos para os Centros de Referência (VITÓRIA, 2007c), sendo seu atendimento estendido até as 22 horas.

Em julho de 2004, a saúde bucal passou a integrar a saúde da família nessa unidade, contando com quatro equipes, que se dividem para atender as sete equipes de saúde da família. Essa lógica de trabalho pode estar sobrecarregando em demasiado os profissionais da saúde bucal, pelo grande número de usuários

referidos, aproximadamente 5.750 usuários para cada equipe de saúde bucal. A unidade faz ainda o atendimento Odontológico dos usuários da USF Bonfim, que se localiza em território vizinho e que não conta com a saúde bucal no PSF. Esse atendimento tem sido realizado no horário noturno, por profissionais especialmente designados para esse fim. Ainda assim, existe uma sobrecarga diária do atendimento de urgência dessa população.

Além da falta de espaço físico para abrigar tantas equipes e o atendimento de tamanha população, o bairro possui ainda uma população flutuante que chega em busca de atendimento nos hospitais e na escola de Odontologia da UFES, localizadas no bairro. Com isso, muitos dos que não conseguem atendimento nesses estabelecimentos de saúde, por falta de vagas ou por insuficiência de tipo de serviço, acabam procurando a Unidade de Saúde da Família Maruípe, sobrecarregando ainda mais o atendimento, que seria adscrito à população residente no território local.

Conhecidos os cenários onde o estudo foi desenvolvido, começamos à análise dos dados construídos a partir das entrevistas individuais gravadas e da observação participante. O primeiro item será o pano de fundo do objeto de pesquisa: as reformas que vem sofrendo o setor saúde pública no Brasil e a visão que os trabalhadores, sujeitos da pesquisa, têm sobre o assunto.

## 7.2 AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES

Discutir sobre as reformas da saúde pelas quais vem passando nosso país faz-se importante na medida em que um trabalhador tende a ser mais compromissado com o serviço se conhece a luta histórica de sua produção e se entende que cada um que nele se insere tem uma atuação individual e coletiva a ser cumprida.

A busca por uma atenção à saúde que se adeque às necessidades dos brasileiros vem sendo travada ao longo dos séculos. Durante muito tempo, a saúde no Brasil e no mundo era encarada principalmente como ausência de doenças, reflexo principalmente dos avanços científicos alcançados pela medicina até então. A prevenção às doenças começou a ser motivo de atenção principalmente no século

XX, como garantia da manutenção da força de trabalho. Com isso, as ações preventivas eram direcionadas à massa trabalhadora de forma impositiva.

Com o avanço das técnicas preventivas e da discussão sobre o que, de fato, significa saúde, os conceitos de qualidade de vida e de promoção de saúde vieram à tona. A definição clássica de saúde pela OMS, em 1960, serve de exemplo para definir a mudança de pensamento ocorrida na época. Até então, as doenças estavam muito ligadas aos fatores biológicos, unifatoriais. Nesta época, a multicausalidade, com a inserção de fatores hereditários e ambientais, não somente biológicos, mas também sócio-culturais, passava a integrar a idéia de saúde, não como oposição à doenças, mas muito mais relacionada à questão de qualidade de vida.

Esse caminho também foi traçado pela Odontologia. A profissão surgiu principalmente com a responsabilidade de manter a saúde da boca, buscada principalmente através da cura da doença estabelecida, cárie e doença periodontal, principalmente. Foi somente com o avanço das técnicas preventivas e da luta daqueles que não se satisfaziam com a limitada atuação condicionada à presença de doença estabelecida que o conceito de saúde bucal, como parte da saúde geral, e como sinônimo de qualidade de vida pôde ser desenvolvido e propagado.

A necessidade de reformulação dos conceitos da área de saúde e a busca pela garantia de acesso a serviços de forma universal e equitativa foram tomando conta dos espaços sociais, ainda na época da ditadura militar. Neste movimento, inseriam-se profissionais da área da saúde, estudantes e associações de classe. Com o processo de redemocratização vivido pelo país nas últimas décadas, a construção de uma identidade cidadã, detentora de direitos e deveres dentro da tão buscada sociedade democrática, foi sendo constituída.

Dentre os serviços a que todos os brasileiros teriam direito estava o de atenção à saúde, passado então ao dever do estado. Esse processo é chamado de Reforma Sanitária Brasileira, o qual, segundo Paim (2002), deve ser considerado mais do que como um programa de governo. Na verdade é uma longa caminhada em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo Sistema de Saúde. O principal espaço de propagação das idéias reformistas foi a VIII Conferência Nacional de

Saúde, em 1986. A partir daí, o ideário tomou corpo e pôde ser incluído como legislação específica na Constituição Brasileira de 1988.

Através dos Artigos 196 a 200 da Constituição do Brasil formalizaram-se claramente as idéias tão defendidas no curso da Reforma Sanitária: a saúde é um direito de todos, dever do estado e deve ser atendida através de um sistema único de saúde, descentralizado, que preste atendimento integral e que conte com a participação da comunidade (BRASIL, 2005). A partir daí, foi determinado que haveria a construção de um Sistema Único de Saúde, que buscasse dar respostas às necessidades de saúde da população, acumuladas ao longo da história por sistemas e políticas de saúde excludentes.

No entanto, pode-se dizer que o SUS é um campo de disputa de projetos (MAGALHÃES JÚNIOR, 2006), em que os diversos atores implicados tomam parte. Esses atores governam seus planos e mobilizam recursos pra construir suas ações, para negociá-los ou impô-los (MERHY, 2006). Os três vértices desse jogo de interesses são os Governos (Federal, Estadual e Municipal), os trabalhadores de saúde e os usuários. O objetivo de toda a reorganização das práticas em saúde é colocar a atenção centrada no usuário e, para isso, tanto Governo quanto trabalhadores têm que assumir um compromisso com a saúde.

A base de nosso atual sistema de saúde foi dada pelas Leis n° 8.080 (BRASIL, 1990a) e n° 8.142 (BRASIL, 1990b) de 1990. As principais diretrizes são que o sistema deve ser universal, igualitário, integral e com garantia de participação da comunidade em sua gestão. Não é um projeto ou programa de governo. É uma política de Estado, que está em permanente construção. Conta com várias frentes de trabalho, em diversas instâncias governamentais, que tem por objetivo atender de forma integral ao direito de saúde.

Atualmente, a principal estratégia de governo para a melhoria da atenção básica a saúde é o PSF (ALEIXO, 2002), em prática desde 1994. A lógica do trabalho em saúde da família é pela atuação de uma equipe de saúde junto a uma comunidade definida, com ênfase na promoção de saúde e atuação integral. Essa é a forma de se melhorar a condição de saúde da população, isto é, de sua qualidade de vida. A

urgência dos péssimos índices epidemiológicos estimula que a implementação das equipes inicie-se pelas áreas mais pobres e de maior risco social.

Esse fato tem recebido crítica ao se verificar que o PSF tem se encontrado isolado de outros projetos sociais em caráter interinstitucional e intersetorial, sem a estruturação dos demais níveis hierarquizados de referência do setor saúde (ALEIXO, 2002). Além disso, o PSF tem sido relacionado a uma “medicina para pobres”, concretizado numa “cesta básica” de procedimentos, conforme discutido por Aleixo (2002) e, neste estudo, evidenciado na fala de dois entrevistados:

“O SUS que trouxe o PSF pra gente. Não foi? Então a proposta dele é ótima, maravilhosa. Eu acho muito bonita essa proposta. Pra população carente, não deveria fazer melhor”. (M2)

“[...] essa expectativa minha era muito grande, era que realmente nós pudéssemos fazer algo que marcasse a diferença entre essa Estratégia de Saúde da Família e os outros planos até então vividos por nós. [...]” (M3)

Contudo, para que na prática isso reflita em melhoria da qualidade no atendimento, os trabalhadores têm que saber de onde estão partindo e para onde devem caminhar. Todo o conhecimento sobre o tema Reforma Sanitária Brasileira e sobre o SUS, construído através de experiência pessoal ou profissional, torna-se importante na medida em que serve como base para que os profissionais de saúde construam ações de modificação daquela realidade, individualmente ou coletivamente.

Quando perguntados sobre esse assunto, muitos entrevistados relataram não conhecer a fundo o tema. Entendem a mudança no conceito de saúde, mas confundem o que seria a Reforma Sanitária. O assunto foi lembrado por ter sido tema de provas escritas quando da seleção de pessoal através de concursos públicos, como escrito a seguir.

“[...] eu acho isso, uma reforma, mudar, fazer esgoto, esse lance todo, não sei se eu tô certa [...]”. (M5)

“[...] eu acho que mudou muito a visão, de saúde das pessoas, do ambiente que elas moram, que tem que ter saúde. Que sanitário é isso, né: água, esgoto, ruas, não é isso? [...] Eu já estudei isso, pra prova e tudo, heim, mas estou perdida aqui agora [...]”. (M4)

“Quais são as reformas sanitárias? Eu não sei. Até agora não. Eu li alguma coisa pro concurso, mas não lembro não”. (M7)

“[...] eu lembro quando eu estudei pra fazer a prova de políticas de saúde, eu lia muito. Teve umas questões a respeito. É coisa pra evitar doença, né? Por exemplo, a pessoa ter uma casa decente, banheiro, éhhh, esgoto, pra não ter, pra pessoa não ficar doente, lógico [...]”. (I4)

Das equipes do PSF<sup>21</sup> fazem parte trabalhadores de nível técnico (auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental e auxiliar/técnico de enfermagem) e nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião-dentista). A formação dos trabalhadores de saúde normalmente é bastante abrangente quando se trata de capacitação técnica. Porém, quando se trata de instruções sobre a realidade dos serviços e sobre o histórico da saúde do Brasil e as contribuições de cada classe profissional nesse processo, muito têm deixado a desejar.

A Coordenação da Atenção Básica do Ministério da Saúde considera o setor de recursos humanos e a pouca qualificação dos profissionais um dos principais obstáculos à implementação do programa (ALEIXO, 2002). E o resultado aparece quando se observam profissionais atuando no serviço público sem ter noção do caminho percorrido até aqui. Além disso, o termo Reforma Sanitária Brasileira refere-se a uma luta que vem sendo travada em nosso país há várias décadas. Muitos desses trabalhadores podem não ter vivenciado a luta que culminou, por exemplo, com a introdução de uma sessão específica para a saúde em nossa constituição e que declarou a necessidade de um sistema único de saúde, mas fazem parte hoje da construção e consolidação do SUS.

Assim, trabalhar para o SUS e pelo SUS requer o mínimo de conhecimento de seus princípios. O conhecimento e as percepções que os profissionais da saúde da família têm em relação ao assunto irão contribuir para que ele se sinta agente, que tem um papel a cumprir, também porque quando sujeitos participam da formulação das propostas, eles agem com mais compromisso (TEIXEIRA, 2006). Dessa forma, podem-se evidenciar nas falas dos atores investigados alguns elementos que explicitam as suas percepções teórico-práticas sobre o SUS:

“[...] e depois foi criado o SUS, que é o Sistema Único de Saúde, onde passaram a ter a visão de quem cuidaria da saúde do munícipe era o próprio, a própria prefeitura, era o município. [...] Não aquela saúde que tem que ir pra hospital, mas a saúde primária, né, os ambulatórios e postinhos de saúde. E só que não teve nada a ver o SUS com a população.

---

<sup>21</sup> Considerando aqui a ESF e a ESB.

A população continua sofrendo, enfrentando filas pela madrugada, né, pra conseguir ser atendida [...]” (M3).

“ [...] quando se criou o SUS pra melhorar pra todo mundo ter direito ao atendimento médico. Hoje, todo mundo, qualquer pessoa mesmo se trabalha, se não trabalha, se chegar, ele é atendido. Antigamente não era assim. [...] se não tivesse um trabalho, era tido como indigente [...]”. (M6)

“Eu sei o que falaram pra gente, que antigamente [...] quem trabalhava tinha aquela carteirinha [...]; aí tinha duas filas: um que é das pessoas que trabalhavam e que contribuía e as outras que não tinham esse privilégio, digamos assim. [...] aí depois começou o SUS e hoje em dia é o PSF”. (I1)

O SUS está amparado por leis e por vários documentos técnicos que servem de base para a reestruturação dos serviços em saúde, também em relação à saúde da família. Contudo, são os profissionais que devem colocar essas mudanças em prática e, para isso, eles têm que conhecer minimamente o assunto e, também, necessitam de autonomia para fazer as modificações necessárias à adequação das normas a cada realidade.

Porém, a normalização do SUS e do PSF não é suficiente em si mesma para mudar o cenário de tanto abandono visto até então. O fato é que existem normas e regras que guiam o planejamento e o trabalho, mas muitos outros fatores podem influenciar o processo de mudança. A percepção que os sujeitos têm das normas e diretrizes é de que, no papel, as coisas são muito simples de serem resolvidas, mas que colocá-las em prática não é nada fácil, que também foi comprovado na observação participante.

“Sistema Único de Saúde. Eu acho que seria uma maravilha. Igual no papel? Ah, bom demais!” (I3)

“[...] dos princípios, eu acho muito bonito, lindo! Só não sei se tá funcionando! Pelo menos, ah, tipo assim, ah, o nosso objetivo é esse, né. [...]”. (M5)

“Como ele deveria ser, como tá ali no papelzinho, direitinho, ainda não. Tudo, tudo, ainda não. [...] Mas eu acho que grande parte já faz sim [...] Avançou no conhecimento da população, avançou éhhh, mesmo nas orientações, de prevenção, acho que a gente avançou um pouquinho”. (M2)

“O SUS é perfeito no papel, né? Se a gente conseguir colocar tudo em prática, é ótimo, perfeito. E eu acho que a gente vai conseguir, acho que é uma questão de tempo [...]”. (I7)

Além disso, é preocupante que alguém que trabalhe dentro da saúde da família, principal modelo de reorganização da atenção básica no Brasil, ainda tenha dúvidas

do que é o SUS e relate que isso é pouco discutido dentro do serviço, fato evidenciado na seguinte fala:

“Aqui a gente não fala sobre o Sistema, eu sei que está tendo o SUS, como é que fala? Humaniza? Alguma coisa assim. [...] Eu tenho consciência assim, sobre o trabalho do PSF. Mas que foi falado aqui sobre o Sistema Único de Saúde, que tá até com essa mudança, nada, não foi falado nada. Só fui mesmo porque eu assisti. [...] e pouca gente sabe aqui”. (M1)

Ainda assim, os profissionais sentem que as coisas estão avançando, mas que existem problemas, principalmente em relação à ampliação do acesso. O avanço tem sido principalmente das ações educativas e no envolvimento da comunidade no cuidado à saúde, como refletido por alguns entrevistados.

“[...] claro que não! Não. Se você começar que saúde é um direito de todos, dever do Estado, né, e o paciente chega aqui e ele não tem vaga na agenda, ele já perdeu o direito dele, né. Que é a primeira lei que se tem, não é essa? [...]”. (M7)

“[...] a gente tentou voltar as pessoas pra se prevenir, né. Fizemos um trabalho de prevenção. Então eu acho que mudou bastante. Eu acredito”. (M3)

Essa falta de informação sobre as normas técnicas pode ser reflexo da falta de capacitação desses profissionais para estarem exercendo seu trabalho. A falta de conhecimento sobre o histórico das lutas por um sistema de saúde que atenda à necessidade da população pode ter se dado por uma falha na formação profissional (cursos técnicos ou superiores). Macinko e outros (2007b) também reconhecem a necessidade de recursos humanos apropriados e de mecanismos de participação ativa como elementos essenciais para o estabelecimento de um sistema de saúde baseado na atenção primária (assim como é o PSF).

Essa falha deveria ter sido sanada através de uma capacitação por cursos básicos que levem o tema em consideração, quando da entrada no serviço ou quando houve a mudança normativa do modelo a ser seguido. Essa capacitação é muito importante por preparar o profissional para atuar resolutivamente de acordo com as novas regras estabelecidas, mas nem todos a receberam. Então vejamos:

“Informação! Informação! Primeiro eu acho que todo mundo teria que saber o que é trabalhar em equipe, o que é o PSF [...]”. (M7)

“[...] eu fui chamada depois e eu já não tive esse treinamento. Esse treinamento ficou de acontecer e até agora não aconteceu [...]. Eu pulei aqui de pára-quadras”. (M2)

“Eu acho que faltou força política de continuar sempre na filosofia, faltou capacitação das pessoas que estavam ingressando, [...] as primeiras pessoas que ingressaram aqui tiveram. As que estão ingressando depois, não [...]”. (I5)

Alguns não receberam a capacitação quando da entrada no serviço e muitos daqueles que a receberam não conseguem associar teoria e prática. Não vêm na prática do PSF a correspondência teórica do que viram no curso e, com isso, não conseguem ainda se sensibilizar para o trabalho:

“Nós tivemos um treinamento [...], que a prefeitura deu. Aí falou [...] sobre equipes, teve várias dinâmicas de grupo, né? Falou sobre PSF, mostrou o PSF lá no Rio Grande do Sul. Deram exemplos e muita coisa que foi falada lá não acontece”. (M1)

“[...] equidade, facilidade de acesso, referência e contra-referência. Tudo isso é uma coisa muito antiga. Só que as pessoas não se sensibilizaram ainda”. (M3)

“Nada! Fiz capacitação nenhuma, nenhuma, nenhuma [...]”. (I7)

“Na verdade o que foi dito no curso eu sinceramente vejo pouco. Entendeu? Porque o modelo que eles passam, eu vejo assim, que o modelo, ele teoricamente é bom, mas ele nunca foi posto em prática!”. (I3)

Além disso, há problemas com a população, que parece não entender as mudanças propostas.

“A gente fala, às vezes a gente fala que precisa capacitar a população também (risos), pra eles entenderem na verdade. Porque muitos não entendem o que é o PSF. Então eles fazem assim uma confusão, né. Porque eles acham que trabalhar com consulta agendada é marcar o dia que vai ficar doente!” (I3)

A mudança que se propõe ao modelo de atenção básica à saúde esbarra em uma grande dificuldade a ser vencida. Há a necessidade de profissionais com conhecimento, habilidades e atitudes que, muitas vezes, não foram enfatizadas em sua formação básica, tais como: o trabalho em equipe, competências compartilhadas, como dos referentes à formação baseada na superespecialização, desarticulação entre ensino e serviço (especialmente na atenção primária) e ênfase no modelo biológico, como discutido em GESTÃO... (2007) e por Moysés (2005) e por Lefevre e Cornetta (2004).

Nesse contexto, tem-se buscado a integralidade, princípio básico do SUS, que muito se relaciona ao PSF. É importante lembrarmos que o sentido de integralidade não é consenso, no âmbito da saúde. Assim, cada um deve explicar que uso faz da palavra (NARVAI, 2005). Pode significar a visão do usuário em toda sua complexidade e não somente em relação aos aspectos saúde/doença. Pode significar também o cuidado oferecido em todos os níveis de complexidade, desde uma ação educativa até internações hospitalares e cirurgias de alta complexidade. Um terceiro uso do termo integralidade refere-se à visão holística da saúde, que não se relaciona apenas a ações internas do setor, mas muito também com as questões que envolvem condições de vida e bem-estar, como habitação, saneamento básico e condições de trabalho e educação.

O conceito de integralidade tem muito a ver com o conceito de saúde, pois esta não é a ausência de doença. Relaciona-se a muito mais que isso e os depoimentos comprovam a pluralidade de significados que o termo integralidade possui:

“Então eu entendo essa integralidade na saúde dessa forma. Você trabalhar não só a doença ali, o sintoma, o sinal dela, mas as causas e buscar parceiro, né. Não adianta você tratar as causas. E não tá só na saúde o problema. Tá lá na educação, lá no processo cultural. Às vezes até a gente não respeita a mesma cultura de outras pessoas [...]. Uma visão mais inteira da pessoa”. (I5)

“Integralidade, eu vejo um completo. É lógico que seria assim você ter a base do clínico, do especialista, da cirurgia e do pós-cirúrgico”. (I6)

[...] eu acho que o integral é tudo, você ter direito a tudo, a médico, a remédio, a hospital, tudo. Não é só parar aqui, parar aqui e não poder resolver mais nada! E o SUS tá alguém disso, tá longe, né [...]”. (M4)

Nesse sentido, para que a integralidade seja alcançada em suas várias facetas, os diversos poderes governamentais devem unir forças aos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no trabalho em saúde. Dessa forma, saber o que é integral e reconhecer o lugar de cada sujeito na trama que envolve sua construção é de fundamental importância. De acordo com os entrevistados, o conceito de integralidade relaciona-se intimamente ao trabalho em equipe. As seguintes falas confirmam:

“Integralidade é como se fosse uma equipe, todo mundo ter um mesmo pensamento, né. Um objetivo só, dentro de uma equipe, seja lá o tamanho que for. [...] Que às vezes assim não acontece, cada um pensa de um jeito,

aí dá aquela confusão toda e aí ninguém se entende. Eu acho que integralidade está por aí”. (M1)

“[...] então essa integralidade nas várias éhhh instâncias de complexidade de serviço não ocorre, né. Então a integralidade não só de um serviço para o outro, mas também dentro da própria equipe, ela é importante pra que esse processo tenha sucesso”. (M3)

Os profissionais sentem que não ocorre integralidade, principalmente quando aparece em relação aos vários níveis de complexidade das ações de saúde. De acordo com dados da SEMUS, a cobertura populacional do PSF é de 63,16% em Vitória<sup>22</sup>, porém, quando é necessário um serviço de média ou alta complexidade, em que deveria haver a referência garantida, os trabalhadores sentem as dificuldades em garantir o serviço.

“[...] mas enquanto nós dependermos, por exemplo, de encaminhar aquilo que não compete mais à unidade de saúde, encaminhar pro hospital [...] aí fica mais difícil essa resolutividade”. (M3)

“[...] eu acho que a saúde básica tá indo muito bem obrigado. [...] agora o foco vai ter que ser a média e alta complexidade, aqui”. (I7)

“[...] os Centros de Especialidades, né, eles abriram, só que tá pouco pra demanda que é muito grande, né [...]”. (M1)

Falando em integralidade, logo se pensa na complexidade e multifatorialidade que envolve a saúde de um indivíduo. Pensar a saúde requer conhecimento sobre o corpo humano em sua totalidade e funcionalidade e, também, sobre toda a influência externa que ele pode sofrer, questões ambientais, emocionais, etc. Com o avançar da ciência, a disciplinarização tem sido cada vez maior, buscada como tentativa de aprofundar o conhecimento sobre objetos cada vez menores.

O ensino médico, não apenas os cursos de medicina, mas todos aqueles que formam profissionais atuantes na área da saúde, como enfermeiros, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas e técnicos, dentre outros, tem se baseado nesse modelo de disciplinarização, com divisão do conhecimento. Nada mal, quando se pensa no avanço que o esforço concentrado sobre um único assunto pode produzir de inovação e avanço. Mas quando se pensa que o ser humano, objeto e meta desses estudos, não é formado apenas por um braço, um músculo ou uma sinapse nervosa, mas sim por um conjunto de órgãos em interação entre si e destes com o exterior,

---

<sup>22</sup> Cobertura em abril de 2007. Dado fornecido pela SEMUS.

pensar um profissional especialista não se adequa ao cuidado integral que se pretende oferecer com a mudança de modelo de atendimento à saúde no Brasil.

Assim, caminhos devem ser buscados. Um deles inclui a compreensão ampliada de determinantes do processo saúde-doença. Um outro caminho, interligado a este, é a constituição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, sendo esta opção mais exequível do que tentar criar superprofissionais de saúde, capazes de atender a todas as necessidades da população (MOYSÉS, 2005). Para trabalhar com promoção de saúde, é pré-requisito fundamental que este trabalhador tenha uma visão ampliada do entorno que se relaciona com a área da saúde; o que se pretende é um “especialista da saúde com visão generalista” (LEFEVRE; CORNETTA, 2004).

Sabendo da limitação de um único profissional para atender às necessidades de saúde de cada indivíduo e sabendo da impossibilidade e da inviabilidade de tornar esse profissional sabedor e fazedor de todas as coisas, é que se propõe o trabalho em equipe para o PSF. Sendo este o modelo proposto para a reorganização da atenção básica à saúde no Brasil, o trabalho que passará a ser desenvolvido por cada um dos profissionais envolvidos individualmente e em conjunto é o que fará a diferença entre essa proposta de atenção à saúde e outras já oferecidas e que não deram certo.

Quando a saúde da família foi lançada, em 1994, surgiu como ampliação do então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual contava com o trabalho de agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Esse novo modelo, o então PSF, sugeriu que as equipes de trabalho passariam então a contar não só com os que formavam o PACS, mas também com médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem. Sendo assim, o PSF se mostra como modelo a reorientar a mudança de práticas na atenção básica brasileira, seguindo a mesma linha do SUS, como um dos entrevistados bem lembrou:

“[...] então se eu não tô fazendo o PSF direito, eu tô quebrando algum princípio do SUS!” (I6)

Do ponto de vista de ampliação das ações ofertadas à população, esse aumento no número de profissionais significou grande avanço. Contudo, quando se fala do atendimento integral as todas as necessidades de saúde da população, a saúde

bucal ainda era excluída. Alguns serviços já contavam com a saúde bucal, mas até então sem a inserção dela na saúde da família. Isto é, seus trabalhadores ainda tinham como processo de trabalho institucionalmente dado o modelo tradicional, centrado no atendimento curativo individual.

Com a expansão da saúde da família, muitas unidades passaram a abrigar equipes de saúde da família no mesmo espaço em que atuavam trabalhadores da saúde bucal guiados pelo modelo tradicional, curativo, flexneriano. E isso mostrava, naquele momento, o quanto as modificações planejadas em relação à prática médica e de enfermagem não dariam conta do modelo de atenção integral. Somente em 2000 é que as primeiras equipes de saúde bucal foram inseridas na saúde da família, e assim esse sentido de integral pôde então ser buscado com os instrumentos adequados. A importância da inserção da saúde bucal na estratégia está explicitada na fala de um dos entrevistados:

“[...] já que a gente cuida da família, a gente tem que cuidar tudo! Né? A gente não tá pegando aquela família pra gente? Então a gente tem que pegar a boca também! [...]”. (M6)

Partindo desse pano de fundo é que se inicia a discussão sobre a inserção da saúde bucal no PSF. Os trabalhadores envolvidos diretamente nesse processo têm muito a contribuir ao debate teórico até aqui delineado.

### 7.3 A SAÚDE BUCAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

O modelo de reorientação das práticas na atenção básica em saúde no Brasil, o PSF, trouxe como eixo estruturante o trabalho em equipe, tanto em seu modelo incipiente, o PACS (enfermeiros e ACS), quanto no PSF, o qual incluiu a participação de médicos e de técnicos/auxiliares de enfermagem, a partir de 1994. A inserção da saúde bucal na saúde da família não se deu no mesmo momento de sua “fundação”. Foi somente a partir de 2000 que as prefeituras municipais começaram a receber incentivos para que inserissem a saúde bucal na estratégia ou adequassem os serviços já oferecidos em saúde bucal a essa nova proposta de cuidado à saúde.

Na visão de alguns profissionais, a inserção da saúde bucal no PSF deveria ter se dado desde o início e que, por isso, estaria atrasada em relação aos avanços

conseguidos por outras áreas. Consideram também que a falta da saúde bucal desde o planejamento inicial da saúde da família era reflexo da divisão saúde e saúde bucal, como se a saúde bucal não fizesse parte do todo complexo que é saúde ou que não tivesse relação direta com ela, caracterizado nas seguintes falas:

“Ela conseguiu entrar na equipe, atrasada, mas conseguiu. Ela tá correndo atrás ainda, mas tá correndo. Entendeu? Eu acho que teve um avanço, lógico! Mas a gente sempre quer que isso seja melhor, né. [...] mudou, eu acho que até mesmo a visão dos profissionais da equipe, que aí sim descobriram que o paciente tem uma boca, essa boca leva doença pro corpo!”. (M2)

“[...] se a gente tá prevenindo, como que a gente vai prevenir uma doença sem o dentista? Eu acho que não tem como [...]”. (I1)

Apesar de a saúde bucal fazer parte oficialmente dessa estratégia há sete anos e ter sido implementada no município de Vitória há aproximadamente dois anos e meio<sup>23</sup>, muitos ainda não conseguiram definir a relação normativa de seus profissionais dentro da equipe, assim como de outras categorias profissionais excluídas da equipe mínima inicialmente constituída, mostrando uma falta de consenso e despreparo dos profissionais para estarem embasando a relação interdisciplinar que deveria advir da participação das demais áreas.

“[...] eu não saberia nem te dizer se hoje o, a odontologia, o serviço social, a psicologia são partes da equipe ou se são considerados como equipe de apoio, eu não sei como está, tá, eu não sei [...]”. (M3)

“Eles vieram somar. Tanto a atendente como a doutora mesmo, que é a dentista, onde elas iam lá, orientavam. Então eu acho que [...] eles já deveriam tá desde o início. Não tá, eles chegaram depois, realmente pra somar, entendeu?” (M6)

Se por um lado esses depoimentos demonstram claramente que, na maioria das vezes, os profissionais não sabem se a saúde bucal faz parte oficialmente da equipe de saúde da família ou se é equipe de “apoio”, isso também demonstra que as normas e diretrizes servem apenas para guiar, dar uma direção, mas não são garantia de cumprimento das ações. Contudo, há o reconhecimento da importância da saúde bucal para a atenção integral em saúde, como mais uma parte pra somar esforços.

---

<sup>23</sup> Na época da coleta de dados.

“[...] na minha visão todos são muito importantes na equipe, porque as queixas dos nossos pacientes são variadas. Não dá pra uma estratégia de Saúde da Família tratar uma parte, uma queixa e não tratar a outra [...]”. (M3)

“[...] eu acho que se você não pensar, se você pensar no PSF no geral, num todo, acho que tem que incluir a odontologia”. (I6)

“Eu acho que saúde bucal acho que era o primeiro que tinha que entrar no Programa de Saúde da Família. Que hoje tudo, tudo é saúde bucal, entendeu? Não tem pra onde você correr, tudo você depende disso aí. E você sabe que é caro, né [...]”. (M6)

Neste ponto, precisamos fazer uma crítica ao modelo que divide os trabalhadores do PSF em equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal. Esse fato pode contribuir para uma divisão também na prática das ações. É natural que cada área tenha seus afazeres específicos, de acordo com seu núcleo de atuação, contudo, esses sujeitos partem de um mesmo campo de saberes (CAMPOS, 2002) e necessitam assim se reconhecer. Apesar dessa confusão, sobre o que é equipe de saúde bucal e o que é equipe de saúde da família, os profissionais reconhecem avanços na inserção da saúde bucal no PSF.

Dentre os progressos citados, está o maior acesso da população às ações de saúde bucal (reconhecidamente maior para o território da Ilha do Príncipe, onde o menor número de habitantes por ESB facilita o acesso); a aproximação dos profissionais com as famílias e a comunidade, em que se passou a avaliar o contexto e as condições em que vive o usuário como capaz de exercer forte influência em suas ações e em sua condição de saúde; a (re)integração da saúde bucal à saúde como um todo; a disponibilidade dos profissionais em buscar formas de atuar mais resolutivamente e a atenção especial aos grupos prioritários, como os de hipertensos e diabéticos; como evidenciado nas seguintes falas:

“Ah, eu acho que melhoria no serviço, melhoria na condição de vida das pessoas, [...] aqui, eu acho que o acesso melhorou 100%, 100%. Éhhh, acho que profissionais com mentalidades abertas pra situação, pra discussão, pra ‘vamo lá, vamo correr atrás, vamo fazer, vamo acontecer’, né. Principalmente disponibilidade das pessoas, né”. (I6)

“[...] mudou, eu acho que até mesmo a visão dos profissionais da equipe, que aí sim descobriram que o paciente tem uma boca, essa boca leva doença pro corpo (risos), né! [...] a gente teve a oportunidade de conhecer a realidade do paciente. Porque ele não está escovando o dente, porque que ele está cheio de cárie”. (M2)

“[...] em vista do que eu vi antes pro que eu tô vendo hoje, eu acho que melhorou, tá. Não vou dizer pra você que tá 100%, mas vamos botar aí o que, uns 50%, entendeu?”. (M6)

“Principalmente com os pacientes diabéticos e hipertensos [...]. Melhorou muito, muito mesmo [...]”. (M7)

Ao avaliarmos a saúde bucal no PSF, observamos também suas dificuldades e limitações. Principalmente na USF Maruípe há poucos profissionais para atender a tamanha demanda reprimida, produzida em tantos anos de acessibilidade à saúde bucal escassa ou ausente, o que dificulta a mudança no modelo de atuação, como relatado por alguns entrevistados:

“[...] inserir é fácil. Eles não jogam? A saúde bucal se inseriu sim! Agora se ela dá conta é outra história”. (M7)

“[...] só sei que nossa equipe tem uma dentista e que essa dentista não dá conta do trabalho dela, porque a demanda é muito grande e que ela não dá conta de ir lá pra fora[...]”. (M5)

“Não dá conta! Ela vai ficar anos! Ela não dá conta! Número! O que atrapalha é o número. Tem que trabalhar com uma margem de lucro baixa. Senão não dá certo. Aliás, não dá certo. E isso, assim, angustia todo mundo [...]. A equipe fica angustiada, o paciente não entende, ele acha que o profissional tem que atender até dez da noite pra fazer tudo”. (M7)

“[...] o dentista realmente quase não vai fazer visita domiciliar, em campo. Não vai porque tem que tá ali atendendo. Tem que ter produção”. (M1)

No município de Vitória o THD trabalha coordenando o Projeto Sorria Vitória (MUSSO, 2007) e esse projeto municipal tem muito a contribuir para o indicador da saúde bucal no Pacto da Atenção Básica. Porém, essa ampliação ou sobreposição de funções pode estar sobrecarregando esses profissionais, ainda mais que o número de profissionais desta categoria é menor do que o de ESBs. Algumas falas nos confirmam tal hipótese:

“Aí eles exigem também o trabalho nas escolas, né, junto do Sorria Vitória e só tem uma Técnica de Higiene Dental, né. E ela que faz o trabalho nas escolas. Então fica muita coisa pra uma pessoa só. Também teria que ter mais, né, profissional, tipo técnico, pra poder tá trabalhando mais”. (M1)

“[...] a THD, ela é muito absorvida com o programa Sorria Vitória, que é o programa nas escolas. Então ela é absorvida praticamente por esse programa. E o PSF, que ela poderia fazer visitas domiciliares, que ela poderia fazer palestras educativas, ela poderia ficar, ter um equipo pra ela. Ela não é aproveitada nesse sentido. Não é”. (M2)

Além disso, apareceram dificuldades relacionadas à população. Foram relatados muitos casos de falta ao atendimento odontológico agendado, assim como observado por Araújo e Dimstein (2006). Tal dificuldade pode ser percebida nas seguintes falas:

“[...] as pessoas não vêm! Não vêm! Você marca e elas não vêm. A gente resolveu o problema do acesso aqui, aqui não tem problema de acesso pro dentista [...]”. (I5).

“Assim, nós chamamos, né, mas vieram 30%. Pois é, muito pouco. Porque usuário, ele tende um pouco a reclamar mais. Eles querem reclamar! Mas se você dá acesso, eles vêm um dia e depois não vem mais, somem. Entendeu? O negócio é ‘ah, é porque eu não consigo’”. (M4)

Existiram outras dificuldades na organização dos serviços. O PSF, ao mesmo tempo busca aproximação com a comunidade em seu contexto de vida, restringe seu horário de trabalho ao período diurno. No caso da saúde bucal, isso tem grande importância, já que quando não há universalidade no acesso, as “vagas” são distribuídas conforme a presença em atividades de educação em saúde. E este ponto também nos faz pensar se essas ações, atuando de forma “casada” e sendo obrigatórias, não deixariam de exercer seu papel promotor de saúde bucal e pareçam apenas um meio de se chegar ao atendimento clínico da doença estabelecida. Além disso, adscrição de determinada população à certa equipe se vê prejudicada quando existe uma constante mudança de endereço dentro da mesma área e também para fora dela. Todas essas dificuldades estão relatadas nas seguintes falas:

“[...] agora o atendimento foi prolongado até a noite um pouco. Então a THD, ela às vezes tem marcado reunião pra noite pras pessoas que trabalham [...]”. (M6)

“[...] mudou um pouquinho, aí já muda a microárea, já muda o médico, já muda o dentista de referência. Entendeu? E eles não querem, eles já acostumaram [...]”. (I5)

“Então éhhh quando a gente começa a trabalhar aquilo na cabeça da pessoa a pessoa vai embora e aí vem outra nova [...]”. (M1)

“pra atendimento dentário [...] A pessoa tem que tá doente. Ou você tem que ser hipertenso ou você tem que ser diabético ou você tem que tá grávida pra conseguir entrar no tratamento, né, a pessoa normal. Pra Sorria Vitória não, ela vem pelo Sorria Vitória. Agora isso é uma saúde? Isso é, vamos dizer, que saúde é essa? Você tem que tá doente pra tá entrando no tratamento”. (M4)

Outro ponto observado foi a falta de receptividade por parte da população às ações que visam promover a saúde. Essa é uma questão que leva tempo. Por muitos anos, os usuários estiveram recebendo a atenção pautada num modelo centrado na cura da doença, utilizando, na maioria das vezes, tecnologias duras como principal forma de atuação. Esse fato pode explicar em parte o fato de ocorrerem situações como a descrita a seguir:

“Por exemplo, marca palestra aqui, se for aqui, eles quase não vêm. Então a gente teria que ir lá. Eles não gostam de palestra, eles não gostam, os pacientes. Os usuários não gostam de palestra, eles gostam de ser atendido. Então teria que ser um trabalho assim mais forte em cima disso, né”. (M1)

Outras dificuldades são aquelas relacionadas à instituição, tais como o fornecimento de condições físicas e gerenciais para que os trabalhadores atuem de forma a atender às necessidades da população. Tais questões foram levantadas pelos sujeitos da pesquisa, ao se darem conta de que muitas vezes não recebem as condições mínimas para buscar expandir suas ações e modificar seu modelo de atuação, incluindo aí a falta de espaço físico adequado, fato também observado *in loco*:

“[...] esbarra em política, esbarra em condição de trabalho, que quebrou e ninguém vem consertar, éhhh, éhhh, essa não cobrança, de deixar solto, deixa correr, éhhh essa comparação de profissional com profissional [...]”. (I6)

“Se tivesse aquele odontomóvel que eles falaram que teria, seria bom, né. Tem paciente que a gente faria até em casa o atendimento, a doutora faria. Não tem!”. (I4)

“[...] a falta de material, né, pra gente tá trabalhando melhor. Eu acho. Assim, um auditório melhor”. (M4)

A falta de condições físicas se alia à manutenção do modo de atuação da saúde bucal (ou aqui poderíamos dizer Odontologia?) pautada no modelo flexneriano, privilegiando a especialização, o tratamento da doença estabelecida e tendo como figura central o cirurgião-dentista. Tal modelo foi encontrado por Pereira, Pereira e Assis (2003), ao investigarem a prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde. A fala a seguir exemplifica bem essa realidade:

“Eu acho que o único problema maior talvez seja esse, a expectativa de que vai ter um dentista se vai, né, cuidar de tudo, e quando eles vêm, na verdade, você continua fazendo as mesmas coisas [...]. Acho que o que

dificulta mesmo é essa questão que já tá acostumado com o tradicional e continuar fazendo”. (I5)

Tal cenário também foi encontrado por Gansalves (2005), ao observar que o objeto do trabalho do dentista está direcionado à produção de atos clínicos, baseado em problemas individuais. Ainda no PSF, encontramos, de um lado, a teoria que prega a reorientação das práticas para a apreensão de seu objeto em sua dimensão coletiva e, de outro, a cristalização da prática hegemônica.

O cenário mais comum de trabalho da odontologia tem sido o consultório odontológico. O fato de quase todos os procedimentos realizados pelos profissionais envolvidos serem invasivos, isto é, têm contato íntimo com tecidos orais, provocou que, historicamente, o cirurgião-dentista buscasse trabalhar num certo isolamento, onde é ele quem decide como será seu trabalho (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003). Segundo Franco e Merhy (2006), esse modelo assistencial é definido como “procedimento-centrado”, bem diferente do trabalho em saúde que se pautela pela defesa da vida individual e coletiva, com grande importância de aspectos como acolhimento e vínculo com o usuário.

Na odontologia o cenário ainda se apresenta como “dente-centrado” e “cirurgião-dentista-centrado”. Contudo, quando buscamos ações da saúde bucal, não devemos nos limitar ao tratamento curativo, realizado na “cadeira odontológica”, centrado na figura do cirurgião dentista. A inserção da saúde bucal no PSF inaugurou oficialmente a idéia que já vinha sendo debatida e estimulada: sendo a saúde bucal componente do cuidado à saúde integral, o cirurgião-dentista deve buscar interagir com os profissionais que também fazem parte da saúde da família na construção de planos de ação em comum. Mas isso requer que a relação intersubjetiva estabelecida entre eles seja pautada na comunicação em cenário livre de relações de poder e coação. Mas a fala de um entrevistado nos demonstra o contrário:

“[...] é uma hierarquia, né. É o CD, depois vem o THD e o ACD [...]”. (M4)

A centralidade que a figura do cirurgião dentista exercia historicamente deve dar lugar ao compartilhamento e à colaboração. Para isso, os processos de trabalho construídos até então devem passar por modificações profundas. Normalmente, o que se via e ainda se vê no PSF é o trabalho de cirurgiões-dentistas, auxiliares de

consultório dentário e, por vezes, de técnicos de higiene dental, acontecendo sobre o domínio técnico do cirurgião-dentista e sob certa hierarquia.

“[...] É difícil, tá, no começo, porque tem muito dentista que vê o técnico de higiene dental como uma afronta, como um ‘cheguei pra tomar o teu espaço’ [...]”. (M4)

Durante a observação, ficou estabelecido que os cirurgiões-dentistas têm se dedicado mais às funções técnicas tradicionais, de atendimento individual, com pequenas participações no atendimento preventivo aos grupo prioritários. A execução de palestras e marcação destas tem sido mais função dos THDs. Essa divisão de tarefas é importante para o melhor andamento das ações, mas as THDs acabam sendo pouco aproveitadas dentro do consultório.

Porém, no PSF tem-se por objetivo a saúde bucal e não a Odontologia tradicional. Para isso ser alcançado, a relação entre esses profissionais deve ser reconstruída, dando lugar a uma cooperação técnica e teórica. Não é certo falar que o único que dá conta das ações de saúde bucal é o cirurgião-dentista e que elas só sejam possíveis no espaço privado do consultório dentário. Ao incluir a saúde bucal no PSF, o que se objetiva não é necessariamente a inserção do CD na equipe mínima e sim articular o trabalho desses profissionais a uma ESB e às atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2000).

Mesmo diante dessa teoria, pela qual as equipes que deveriam trabalhar sob a ótica de reorientação do modelo tradicional, buscando a promoção de saúde, há trabalhadores e usuários que acreditam na centralidade hegemônica do cirurgião-dentista, como demonstrado abaixo:

“[...] o dentista, ninguém faz, ninguém pode ajudar ele a fazer nada, né. Ele tem que fazer, né, não tem jeito! Não dá conta não! [...]” (M6)

“[...] todo mundo tem essa mentalidade né. Porque só vê o dentista assim atendendo. Pra eles o dentista só está trabalhando se tiver atendendo ali. De forma geral todo mundo, né, tanto as pessoas da equipe também. Eu acho que, todos têm essa mentalidade [...]”. (M1)

A centralidade das ações na figura do cirurgião-dentista e no uso de tecnologias leve-duras e duras (MEHRY et al., 2002) se alia ao fato de que, em determinados territórios, existe grande número de usuários sob responsabilidade de uma ESB.

Esse fato pode influenciar ainda na integração da equipe, já que o profissional fica sobrecarregado, assim como relatam os entrevistados da USF Maruípe:

“Uma das dificuldades que eu falei é exatamente o profissional não ser exclusivo de uma equipe, né. Ele, ele é responsável por duas ou três equipes”. (M3)

“[...] ela não é só pra nossa equipe. Às vezes ela tá na nossa reunião e nego chama ela ´óh, tem outra reunião pra senhora ir`. Ela termina ali e já vai pra outra reunião de outra equipe, entendeu? E é assim [...]”. (M6)

Estabelecemos assim o cenário da inserção da saúde bucal no PSF, onde muito se avançou em números de equipes inseridas, mas muito se tem a trabalhar, para gerar qualidade na atuação. Nesse sentido, faz-se imprescindível discutirmos a relação que os cirurgiões-dentistas estabelecem com os demais profissionais na prática do serviço em equipe no PSF. Podemos adiantar que há ainda pouca integração entre a saúde bucal e a saúde da família. Isso fica evidenciado na falta de conhecimento sobre a situação do trabalho desenvolvido pela saúde bucal por sua equipe:

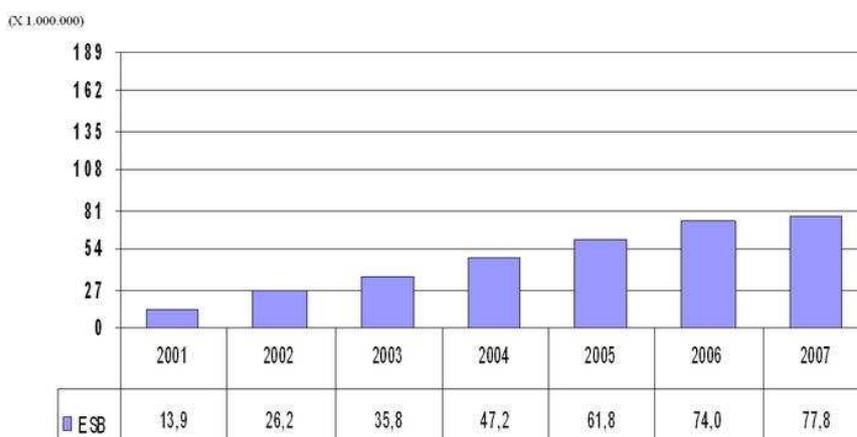
“Eu não tenho visto os avanços não, porque eu não tenho aquele contato [...]. Não sei nada! Só sei que nossa equipe tem uma dentista e que essa dentista não dá conta do trabalho dela, porque a demanda é muito grande e que ela não dá conta de ir lá pra fora [...]. Eu acho que a odontologia, é assim o que eu vejo, ela trabalha muito assim, individual, sozinha, entendeu? Ela não tem a participação [...] pra tá ajudando na [...] população, você tá integrado, com todo mundo, eu não vejo”. (M5)

Além disso, durante a observação, percebemos que há uma falta de preocupação por parte das equipes em “sentar” e buscar uma atuação mais integrada. Na unidade de saúde em que há sobrecarga de pacientes em relação ao número de profissionais, a tentativa de atender à demanda reprimida acaba por desviar a atenção da necessidade em se investir nessa relação mais aproximada entre as profissões. Já na unidade onde se trabalha com um número de pacientes abaixo até do que é sugerido pelo MS, a alta eficácia técnica parece desmotivar a necessidade de ações em conjunto.

Dessa forma, passemos ao item seguinte: a relação intersubjetiva estabelecida entre cirurgiões-dentistas e demais profissionais nas equipes do PSF. Para tanto, partiremos do pressuposto de que a ação comunicativa é um caminho facilitador do trabalho em equipe no PSF.

#### 7.4 A AÇÃO COMUNICATIVA GUIANDO O TRABALHO NAS EQUIPES DO PSF

O cirurgião-dentista e os demais profissionais específicos da saúde bucal estão inseridos oficialmente no PSF desde 2000. A partir desta data, o número de ESBs tem crescido sobremaneira: eram 2.248 ESBs em 2001 e hoje passa de 15.700 equipes implantadas. Com isso, a cobertura populacional tem crescido e hoje se encontra em 41,2% da população brasileira, isto é, 77.800.000 pessoas, como demonstrado no Gráfico 2 (BRASIL, 2007b). Visto esse aumento no número de equipes e, com isso, no acesso, é preciso refletir sobre a questão da qualidade, não podemos parar na análise quantitativa. Sabemos que é grande o número de equipes (mesmo que a cobertura esteja ainda aquém do desejado) e que o aumento no número delas tem sido crescente, contudo, assim como reflete Macinko (2007a), a qualidade deve acompanhar a ampliação do acesso. Por isso, precisamos conhecer a realidade do serviço.



**Gráfico 3** – Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde Bucal Implantadas – BRASIL – 2001 - JULHO/2007

Fonte: BRASIL, 2007b.

Um ponto qualitativo a ser analisado é a intersubjetividade estabelecida entre cirurgiões-dentistas e demais membros das equipes do PSF. Baseados na ação comunicativa (HABERMAS, 2003; HABERMAS, 2002), definimos equipe como aquela em que os integrantes participam colaborando nas ações e conseguem construir projetos em comum, comunicativamente e independente de terem diferentes formações. Sendo assim, só admitimos falar em equipe quando os trabalhadores interagem comunicativamente, construindo planos de ação em comum, que no PSF deve ser a reorientação do modelo de atenção à saúde em sua esfera básica. Saber o que os sujeitos entendem sobre equipe é fundamental para

discutir a relação que estabelecem no cotidiano. As falas abaixo demonstram bem como cada profissional define equipe:

“[...] cada um tem sua função individualizada, mas todos têm que tá trabalhando em equipe. Porque no momento que um trabalha individualmente, o trabalho em equipe não anda, porque nós fazemos parte de uma mesma engrenagem, né. Então eu tenho que colaborar com o trabalho de todo mundo [...]”. (I7)

“[...] equipe eu vejo assim nessa situação de interdisciplinaridade mesmo [...]”. (I5)

“[...] tentar todos juntos resolver, ter uma solução, em conjunto. Cada um com o que sabe fazer, mas todos chegando a um consenso só para poder éhhh dar uma solução. Em relação à saúde da família mesmo”. (M1)

“[...] trabalho em equipe é igual time de futebol: ou você ganha ou você perde junto. Não interessa então se você se esforçou, vai perder, deu no mesmo”. (M7)

“Bom, eu penso o seguinte, não só a gente trabalhar na unidade de saúde com os agentes comunitários, mas também você ter apoio de Igrejas, de centros comunitários, da pastoral da saúde. Esses que são os colaboradores que, né, que ajudam a unidade de saúde a cada vez, né, a crescer mais e também tá ajudando a comunidade, entendeu?” (M6)

“[...] Só que cada equipe, ela tem uma realidade a ser vivida, a ser vivenciada e é naquela realidade que ela encontra as suas dificuldades, né, as suas decepções [...]” (M3)

Mas como sabemos que teoria e prática nem sempre se relacionam, precisamos ir além dos conceitos para compreender o que se dá na prática das equipes de saúde da família, isto é, a realidade do serviço. Quando aprofundamos a discussão sobre o dia-a-dia das equipes, percebemos que se torna difícil colocá-la em prática. Muitos são os fatores que interferem no trabalho em equipe, tais como rivalidade pessoal, falta de interesse e responsabilidade no trabalho, falta de preparo e perfil para se trabalhar em equipe, pouco tempo disponível para reuniões e falta de espaço adequado para o trabalho; como concluíram alguns entrevistados:

“[...] Não existe humanidade, não existe interesse pelo próximo, não existe metas a seguir. Existe a minha rixa com você! Existe o meu interesse, você que se dane. E isso existe. ‘Ah, tá no meu horário, não posso mais não! [...] Não existe interesse. Não existe responsabilidade de trabalho. Então, eu pedi pra trocar de equipe”. (M7)

“Esse entrosamento eu até acharia que devia ser maior [...]. Se tivesse mais tempo”. (M2)

“[...] tem o servidor público e tem o funcionário público. Tá? O servidor público ele tá ali pra ajudar, pra trabalhar, pra ajudar da melhor forma

possível e tem o servidor público, que é aquele que entra, entendeu, ele faz tudo, ele nega tudo, ele faz questão de te dizer não [...]”. (M4)

“a gente não tem espaço físico [...] porque são sete equipes pra uma unidade desse tamanho [...] Então não dá, eles não dão condições da gente trabalhar em equipe mesmo!”. (M5)

Para que as relações intersubjetivas nas equipes de PSF sejam guiadas pela ação comunicativa, os sujeitos não podem buscar o próprio êxito, como descrito por alguns entrevistados. Segundo Habermas (2003), os sujeitos somente devem buscar seus objetivos quando estes harmonizam-se entre si, numa definição compartilhada de ação. Neste caso, os planos de ação individuais devem harmonizar-se com fins ilucocionários, isto é, quando o falante deseja que o ouvinte entenda o que ele diz e o aceite como verdadeiro. Quando a comunicação ocorre com fins ilucocionários, as ações conseqüentes do ouvinte só se dão como obrigação assumida por ele ao aceitar a oferta do falante, contida no ato e fala. É o consenso comunicativamente alcançado a partir de uma emissão aceitável que proporciona essa situação.

Outro fator que influencia o trabalho em equipe é a precariedade do vínculo, já que provoca a grande rotatividade dos profissionais. Para Lefevre e Cornetta (2004), algumas funções para a área da saúde devem ser ocupadas por trabalhadores com vínculo permanente com a instituição, como os da área de vigilância sanitária e epidemiológica, por requererem muitos anos de investimento em formação. Nas equipes pesquisadas, há problemas de rotatividade de profissionais, em decorrência do contrato temporário, como citado a seguir:

“[...] Até porque uma sai de contrato, aí desestimula! Porque às vezes tem aquelas pessoas já tem mais tempo, estão mais engajadas também. Aí desestimula um pouco, eu acho. Atrapalha!”. (I3)

“[...] os contratos temporários, ele dificulta até mesmo um planejamento, né, da equipe. Por outro lado, éhhh, eu me preocupo também quando todos forem efetivos, porque infelizmente no serviço público, se o profissional efetivo, ele deixa a desejar, se ele fosse efetivo no serviço particular, com certeza ele seria dispensado, mesmo sendo efetivo. E no serviço público, ele entrou, pronto! [...]”. (M3)

A preocupação do entrevistado se refere à falta de comprometimento individual com o projeto institucional quando o profissional não tem perfil para o trabalho ou se acomoda na situação estável que o vínculo efetivo traz consigo, fato também por nós observado. Para que o PSF dê certo, a partir das equipes multiprofissionais,

deve existir uma vontade comum, pois apesar das motivações que levaram cada um a trabalhar na estratégia, todos devem assumir seus papéis, como questão ética.

Daí é que aparece o papel da gerência, coordenando as ações da equipe, direcionando o trabalho para as necessidades locais e estimulando o compromisso, a escuta e a comunicação. Segundo Junqueira e Inojosa (1992), o gerente deve mediar as relações entre os integrantes da equipe, tendo compromisso com o serviço pra que possa mobilizar os demais a essa tarefa e precisa ter autonomia pra realocar esses atores de acordo com desempenho de cada um, já que nem todos podem se sentir responsáveis pelo projeto para sua realização. Essa atuação só será possível em espaços onde há flexibilidade organizacional, onde aqueles que trabalham no serviço e também aqueles que o recebem possam participar da tomada de decisão.

Segundo os entrevistados, a supervisão tem a função de organizar o serviço, auxiliando a equipe na resolução de problemas, removendo entraves que se apresentem à concretização do trabalho em saúde:

“[...] supervisionar é olhar, ver como que tá o andamento, se tá tudo funcionando, se tá tudo em ordem. Não é vigiar não. É organizar. E tem que cobrar”. (M5)

“[...] saber se tá funcionando, né! Se essa equipe de PSF tá com algum problema, se tem algum entrave, como que tá agindo [...]”. (I5)

Porém, foi observado que, apesar das gerências locais estimularem o entrosamento, principalmente através das reuniões de equipe, há muita cobrança por produtividade e os sujeitos se sentem incomodados com isso. Percebem nessa relação um entrave para o trabalho em equipe, pois, na medida em que se trabalha para atender a números, e somente a eles, cria-se a idéia que a qualidade não seja importante. E aí, a busca por relações baseadas em comunicação e visando construção de projetos comuns a todos fica em segundo plano. A importância da quantidade de procedimentos predomina na cabeça de CDs e gestores (ARAÚJO; DIMESTEIN, 2006), sendo um obstáculo a ser vencido no dia-a-dia-do serviço (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007; PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003).

Assim se sentem os entrevistados:

“[...] interessa eu fazer trinta consultas, se ele foi orientado, se ele não foi, se ele foi bem atendido, se não foi. Não interessa! O que interessa é o número [...] Enquanto existir essa visão de número, não vai existir PSF [...] O que vale é por cabeça. É igual boi”. (M7)

“[...] eu acho que tá faltando da parte da direção de tá unindo mais, entrosando mais, para que possa fluir, né [...]”. (M4)

“[...] esse trabalho em equipe não tá sendo realizado porque não tem, não tem supervisão. [...] não tá tendo essa supervisão, acho que a produtividade não caiu, mas a qualidade caiu”. (I6)

Os relatos sugerem a necessidade de uma aproximação maior do órgão central e das equipes. O trabalho tem sido supervisionado localmente por diretores das USFs e pela figura do enfermeiro, que acaba por assumir o papel de “coordenador” da equipe, numa relação ainda hierárquica. Para Freitag e Rouanet (1993), para que a comunicação possa gerar consensos sobre os planos de ação, todos os profissionais devem tomar parte em pé de igualdade. Os próprios profissionais sentem a necessidade de responsabilização e consciência de dever de cada um. Tais questões foram assim relatadas:

“[...] eu acho que faltaria assim uma presença maior do órgão central junto das equipes, ouvindo mais as equipes, acompanhando, éhhh, avaliando quais são suas reais necessidades, tentando apoiar, tentando estar do lado mais das equipes, porque só a coordenação local não é suficiente”. (M3)

“[...] na verdade a supervisão deveria ser feita por todos os profissionais, mas acaba ficando por conta do enfermeiro, né [...]”. (I7)

Contudo, normalmente os gerentes reconhecem que seu papel no desempenho final é muito limitado, restringindo-se somente à mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis a seu funcionamento (LEFEVRE; CORNETTA, 2004). Além disso, as equipes multiprofissionais do PSF têm, em sua constituição, profissionais de vários níveis de escolaridade e aí é sentida uma dificuldade quando a cobrança deve ser feita para alguém de mesma escolaridade que a do supervisor, pois os profissionais não têm conseguido atuar despidos das relações de poder hegemonicamente dadas:

“[...] É mais fácil você chamar a atenção de um nível médio do que um nível superior, que é a mesma formação sua, mesmo pra ser diretor, é muito difícil [...]”. (M4)

Uma forma que tem sido usada para estimular o trabalho em equipe são as reuniões de equipe e as reuniões do Programa de Educação Permanente (PEP). Algumas

dificuldades sentidas para a realização das reuniões de equipe são a falta de espaço (em Maruípe), a falta de pessoal (equipes incompletas, sobrecarregando os membros), a falta de compromisso e a falta de tempo disponível para tal, algumas delas evidenciadas nas falas dos seguintes entrevistados:

“[...] nós encontramos muita dificuldade em tá fazendo reuniões. Vamos supor, se eu convidar umas pessoas pra fazer uma reunião, eu não tenho local [...]”. (M6)

“Fazendo reuniões, com conversas, entendeu? Normalmente, ajudam. [...] ultimamente tá assim com um quadro tão defasado de funcionário, que não tá tendo nem reunião, entendeu?”. (I3)

Já o PEP é visto como facilitador do trabalho, onde os diversos profissionais discutem problemas do cotidiano e buscam soluções em comum. Mas não enxergam isso como um incentivo específico ao trabalho em equipe, como assim relatado pelos entrevistados:

“[...] essas reuniões que eu te falei que a gente tem do PEP, não tinha não [...]. Eu, no meu modo de pensar, eu acho muito boa. Porque é onde senta todo mundo, cada um passa os problemas [...]”. (M6)

“[...] têm as reuniões do PEP, que também são em equipes, onde a gente discute problemas relativos à unidade, ao nosso trabalho. É um momento onde ali a gente pode falar nossos problemas, nossas dificuldades, tentar solucionar. Mas eu não vejo isso como incentivo ao trabalho em equipe não”. (M2)

Nas reuniões devem participar todos os profissionais da equipe (ESF e ESB). Assim, os vários sujeitos partirão de seus campos de competência (CAMPOS, 2002) para a construção de projetos comuns, que tenham o usuário como objeto. Porém, há uma dificuldade em relacionar a saúde bucal aos demais temas da saúde. É como se os sujeitos partissem de mundos diferentes para direcionar suas ações, como se a saúde bucal não se relacionasse à saúde geral, assim como relatado a seguir:

“[...] geralmente a gente vai na reunião e aí tem pouca coisa pra falar pro dentista. [...] eles falam mais sobre a parte de saúde dos pacientes, assim de diabetes”. (M1)

“[...] ‘ah, isso aí não é problema nosso. Deixa isso pra resolver na reunião administrativa’, entendeu? Então é como se fosse uma coisa à parte. Assim, quais são os problemas então que envolvem a odonto? Não sei! Eu fico meio sem saber assim [...]”. (I7)

“Uma integração maior das pessoas que são, que fazem parte dessa equipe. Acho que falta sentar, falta discutir, falta todo mundo ser, pensar da mesma forma [...]”. (I5)

Esse fato pode ser constatado durante a observação participante em uma das unidades, onde, durante um encontro do PEP, eram discutidas estratégias para o atendimento à demanda reprimida de hipertensos e diabéticos. Não foi observada nenhuma participação da saúde bucal, mostrando falta de iniciativa por parte da equipe em incluí-la e ela a si própria. Isso pode ser em parte explicado pela separação disciplinar historicamente construída, mas que deveria ter sido “abrandada” pelos cursos introdutórios (dos quais nem todos os profissionais participaram) e também pelo estímulo que a gerência deveria exercer em relação à escuta e ao consenso cooperativo.

Dessa forma, os profissionais enxergam a necessidade de melhorar a comunicação estabelecida entre eles, principalmente em relação à saúde bucal, que tem no cirurgião-dentista sua figura “principal”. Consideram que o fato da gerência da saúde bucal ser separada da gerência da Atenção Básica prejudica a coesão na equipe. Além disso, a história de individualismo que cerca a figura deste profissional, comumente “escondido” em seu consultório, onde considera exercer seu papel definido, acaba por mitificar sua incapacidade para o trabalho em equipe, assim como sugeriram os entrevistados:

“Na odontologia eu acho que não funciona não. Acho que é cada um querendo fazer do seu próprio jeito e isso não é equipe [...]” (M4)

“[...] eu não vejo assim muito, é assim, faz parte da equipe, entendeu? Tem reunião pra todo mundo, todo mundo tá lá! Mas fora disso acabou!”. (M5)

“É um ponto, um ponto falho. Falta uma integração entre a equipe da odonto e a nossa [...] apesar da gente ter um relacionamento bom, a gente não tem integração das equipes. Parece que é um outro universo [...]”. (I2)

“Eu acho que às vezes a equipe da odontologia, ela fica um pouco afastada, por causa de, até por uma questão física, porque fica ali preso, dentro do, dentro do consultório [...]”. (I7)

No contexto de relações isentas de hierarquia, como se propõe a partir da ação comunicativa, as características comumente atribuídas à prática dos cirurgiões-dentistas, a qual normalmente está baseada em relações de poder e no individualismo, devem deixar de existir. Não é possível haver consenso e a convergência dos planos de ação em relações baseadas em coação e em formas de dominação, sejam elas de qual tipo forem.

Outro fator que dificulta a integração dos cirurgiões-dentistas aos demais membros da equipe é a sobrecarga de trabalho, principalmente quando se trabalha com uma demanda de pacientes muito alta, como no caso da USF Maruípe, onde cada ESB trabalha com a população de duas ESFs. Dessa forma, sobra pouco tempo para que a ESB acompanhe e participe dos projetos da USF, junto à ESFs.

Os cirurgiões-dentistas têm um perfil profissional voltado para a clínica, fato este relacionado à sua formação acadêmica, mas também como resultado da expectativa da população e da gestão em ampliar o acesso ao atendimento clínico. A saúde bucal depende não só do restabelecimento da saúde, mas também de sua promoção e prevenção. Se as diretrizes do PSF fossem mesmo cumpridas, teríamos hoje uma mudança na forma de atuação desses profissionais, que criariam novos modos de fazer saúde (ARAÚJO; DIMESTEIN, 2006;).

Apesar das modificações pelas quais vêm passando os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Odontologia, é necessário modificar a prática da educação relacionando-a à teoria (MATOS; TOMITA, 2004). Para formar profissionais com o perfil que atenda as necessidades do SUS, os cursos de saúde precisam também capacitá-los para trabalhar em equipes multiprofissionais, envolvendo profissionais de uma mesma disciplina (equipe de saúde bucal: THD, ACD e CD), bem como com os demais profissionais da saúde (MORITA; KRIGER, 2004) e estimulando desde a formação a relação baseada em comunicação como forma de se construir projetos comuns.

Contudo, observa-se que as experiências do PSF não têm conseguido mudar as formas de atuação hegemonicamente dadas (GONSALVES, 2005; PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003; TEIXEIRA, 2006), em relação à centralidade da figura do cirurgião-dentista, à sua prática baseada num modelo curativo e especializado, em que esse serviço continua refletindo os interesses na manutenção do modelo político e econômico centralizador nas ações de saúde (PEREIRA; PEREIRA; ASSIS, 2003; TEIXEIRA, 2006).

O trabalho em equipe possibilita a troca e a construção de um projeto em comum, que leve em conta a produção do cuidado dos sujeitos (TEIXEIRA, 2006). As práticas interdisciplinares mantêm coesos os profissionais de saúde, na medida em

que as equipes responsáveis pelas ações e os gestores trabalhem em conjunto, democratizando as soluções, viabilizando a estratégia e dando qualidade de atendimento ao usuário e condições de trabalho ao profissional (VIEIRA et al., 2004).

E aí, chegamos à conclusão de que existem muitos obstáculos para que a efetivação do trabalho em equipe relacionando cirurgiões-dentistas e demais profissionais da equipes do PSF. Dentre eles, encontra-se: falta de perfil, falta de formação e de capacitação, condições de vínculo empregatício precárias, falta de tempo para os “encontros”, cobrança por produtividade, ausência de uma gerência que leve em conta as necessidades dos trabalhadores, etc. Algumas dessas questões estão relacionadas ao sistema formador e outras à instituição.

Não quero aqui diminuir a importância que as instituições formadoras e gestoras têm nesse processo. Porém, precisamos perceber que muitas “falhas” estão relacionadas às características e escolhas pessoais. Tudo e todos serão empecilhos se não houver vontade de mudança. Segundo Teixeira (2006), a saúde bucal é importante e necessária, desde que inserida num campo comum às várias profissões. Há a possibilidade de acordo, no qual o cirurgião-dentista não reproduza uma prática isolada e passe a atuar numa perspectiva interdisciplinar.

Acrescentamos a isso a responsabilidade que toda a equipe (ESF e ESB) tem em buscar a superação na dificuldade de comunicação. Os cirurgiões-dentistas têm sim que buscar seu espaço nessa nova proposta de modelo de atenção básica à saúde, mas precisam também encontrar receptividade dos demais profissionais. A transformação da relação intersubjetiva estabelecida na prática dos serviços envolvendo os cirurgiões-dentistas parte assim da política de saúde e da construção de uma nova concepção de “saúde bucal”, como descrito por Pereira, Pereira e Assis (2004).

“[...] eu acho que a gente tem que tá um pouco pentelho, buscar o nosso espaço, porque se ela tivesse buscando o espaço, ficaria mais difícil pra mim falar não! [...] Então é muito fácil eu passar a bola pra eles, entendeu, pra equipe, a questão da equipe de saúde bucal. Ah, eles não se integram, mas eu tento integrá-los? Talvez não [...]”. (17)

“Atrapalha, mas sempre a odontologia está isolada. [...] Sempre! Sempre! mudou um pouco, mas não mudou tudo. Podia ter mudado muito pra melhor [...]. Mas têm outros que tentam agregar esses valores, ele tem que

tá com a cabeça melhor, mentalidade mais ampla. Mas a própria equipe isola a odontologia, a própria equipe”. (I6)

“[...] às vezes é a falta de diálogo. Às vezes, eu acho que a falta de diálogo e de conversa [...]”. (I2)

Outras questões foram levantadas durante as entrevistas. Notou-se uma angústia muito grande dos entrevistados, ao perceber que, na prática, os avanços têm sido mais relacionados ao aumento do acesso do que propriamente relacionados à qualidade no serviço. Como fator relacionado foi citado a desmotivação em trabalhar no PSF, tendo mais relação com a possibilidade de aumento no ganho salarial do que a expectativa em contribuir à mudança de prática. Também foram sugeridos a ausência de um perfil profissional adequado para atuação nos moldes propostos e a falta de compromisso com o projeto.

Segundo a Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 2003), é preciso haver comunicação em situação livre de coação e onde os sujeitos busquem a construção de planos de ação que sejam comuns a todos. A realidade que tem se apresentado para as equipes do PSF é bastante complexa: falta capacitação ou quando esta acontece, se dá distante da realidade local; falta de estrutura física, por exemplo, com espaço adequado para reuniões; equipes incompletas, sobrecarregando os profissionais; ausência de supervisão quanto à qualidade da prática, ausência de perfil para atuar em equipe, principalmente dos cirurgiões-dentistas (formação deficiente). Nesse contexto, fica quase impossível que os profissionais convirjam suas ações.

Muitos parecem até tentar estimular o compromisso com o objetivo de seus trabalhos, que é a reorientação do modelo de atenção à saúde básica. Entretanto, diante de tanta problemática, a comunicação fica paralisada nos modelos hierárquicos tradicionais e a situação ação visando o consenso parece praticamente não existir. Segundo Araújo e Rocha (2007), a ação comunicativa e a integração das práticas são alguns dos elementos essenciais para o trabalho no PSF.

Percebemos durante o estudo que a comunicação nas equipes fica muito restrita a aspectos externos ao trabalho, como no cumprimento de protocolos. O trabalho em saúde não pode mais ser cenário de disputa por projetos individuais e divergentes. A saúde bucal faz parte da saúde geral e suas inter-relações deveriam estar claras

para os profissionais. Os diferentes núcleos que se fazem presentes no trabalho das equipes do PSF constituem o mesmo campo. Isso por si só já fornece o pano de fundo que permite e permeia a construção ações comunicativas. Basta haver comprometimento com o projeto assistencial.

O cenário desse estudo sugere que o que vem ocorrendo é muito mais um processo de modernização, onde a racionalização e a dissociação ocorridas nos subsistemas econômico e político são enfatizadas, do que de modernidade cultural, em que se voltariam para transformações no interior do mundo vivido nas esferas da ciência, da arte e da moral (HABERMAS, 1982). As leis e normas mostram uma evolução teórica que não vem sendo acompanhada por uma mudança de pensamento e prática.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*É muito mais fácil reconhecer o erro do que encontrar a verdade. O erro está na superfície e, por isso, é fácil erradicá-lo. A verdade repousa no fundo e não é qualquer um que consegue chegar até ela.*

Goethe

*Os melhores reformistas do mundo são os que começaram por reformar-se.*

Bernard Shaw

A apreensão da realidade é transitória. Por isso, não temos a pretensão de concluir idéias sobre o fenômeno estudado como se fosse algo acabado. A proposta foi estudar as relações intersubjetivas estabelecidas entre os cirurgiões-dentistas e o demais profissionais integrantes das equipes do PSF, como se mostrou na prática do serviço, e as considerações que fizemos sobre o fenômeno poderão ser sobrepujadas por outros estudos.

Escolhemos para tanto uma combinação de instrumentos de coleta de dados que facilitassem que chegássemos ao objetivo. Muitas vezes é necessária a combinação de técnicas de pesquisa para dar conta do objeto. Sentimos na prática que os objetos têm muito de seus pesquisadores e que essa íntima relação facilita a interação com os sujeitos pesquisados e com a análise dos dados construídos.

A partir dessa pesquisa empírica, reafirmamos que a mudança nos modelos de atuação em saúde passa além das determinações institucionais, de normas e protocolos. Esses documentos servem apenas para direcionar a reorganização, mas é na prática que a luta deverá ser travada. Daí que o estudo sobre a realidade que vêm vivendo os cirurgiões-dentistas nessa nova estratégia tem muito a contribuir para a correção das distorções que fossem encontradas.

Consideramos a inserção da saúde bucal no PSF um avanço, principalmente relacionado à melhoria do acesso e à possibilidade de mudança da prática em saúde bucal. A estratégia requer a interação e a participação de todos os profissionais das equipes para seja realmente colocada em prática. Não pode haver independência de projetos: a saúde bucal e a saúde geral; o projeto é um só: a usuário em seu contexto. Todos os núcleos têm muito a contribuir, em seu campo de intercessões. Os profissionais precisam enxergar essa questão e partir para a construção de planos de ação que sejam comuns, através da Ação Comunicativa.

Vimos muitos empecilhos à construção de relações comunicativas, envolvendo os cirurgiões-dentistas no trabalho em equipe. Sua falta de preparo para atuar em equipes multiprofissionais, nas quais a hierarquia das relações deve ser substituída pela escuta e pelo compromisso com o serviço, dá o pano de fundo que prejudica a interação com os demais profissionais.

A formação dos cirurgiões-dentistas, baseada num modelo que centraliza as ações em saúde bucal em suas mãos, privilegiando o tratamento da doença instalada e o seu aspecto biológico, ainda influencia sobremaneira a forma como as ESB trabalham dentro do PSF. É necessária então a superação deste modelo, não só nas escolas de formação profissional, mas também por parte daqueles que já se encontram em atividade. Através de uma relação linguisticamente mediada, é possível estabelecer a colaboração no projeto assistencial comum.

Além disso, estiveram relacionados a essa dificuldade na construção de projetos comuns o pequeno apoio institucional e a ausência de uma relação gerencial de escuta aos profissionais, em que a comunicação também se apresentou truncada. Os trabalhadores são vistos mais como meios para a obtenção de melhores resultados do que como um fim em si mesmo. O número de procedimentos tem sido muito enfatizado pelos gestores, sendo um obstáculo a ser vencido no dia-a-dia-do serviço.

Devemos reforçar os movimentos que procuram redefinir o papel dos profissionais e dos serviços de saúde. Para que o sistema público de saúde seja organizado, há a dependência de um razoável equilíbrio dialético entre autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde. Conflitos e tensão permanentes devem ser canalizados

para soluções criativas e para a solução de velhos e resistentes impasses dos serviços públicos. O discurso, isto é, quando a ação comunicativa fluida e perfeita é interrompida para procura de argumentos que justifiquem as pretensões de validade, deve dar lugar a ações com fins ilucocionários, onde há apenas a busca pelo entendimento.

Assim, o estímulo à gestão democrática, juntamente com a instituição de mecanismos de controle social e avaliação e da atribuição clara e transparente de responsabilidades aparece como caminho viável. Há que se buscar caminhos inovadores e aperfeiçoar as práticas de administração do trabalho nos serviços de saúde, superando os entraves e as limitações historicamente construídos.

O sucesso de uma organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um de seus integrantes. Dessa forma, mesmo com tantos fatores que contam contra a comunicação na relação intersubjetiva entre os diversos atores, há uma saída, que é buscar a construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação; apostando na constituição de serviços públicos como espaços de disputa, que sejam capazes de favorecer a progressiva constituição de usuários e de profissionais de saúde com competência para o agir autônomo e solidário.

Além da capacidade que cada sujeito tem de modificar a realidade e lutar pelas causas nas quais acredita, urge uma ação altamente concentrada para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, contribuindo pelo menos numa das grandes tarefas básicas que sustentará o programa: a capacitação dos profissionais do PSF. As distorções de perfil e de incapacidade para lidar em equipe podem ser corrigidas se houver uma preparação dos sujeitos para a realidade concreta.

A capacitação inicial para o trabalho no PSF foi somente oferecida às primeiras equipes. Revela uma falha no planejamento da inserção dos profissionais e a falta de atenção à possibilidade de distorções quanto ao conhecimento que os profissionais teriam sobre a trajetória da estratégia, os objetivos de sua inserção, o papel a ser exercido pelos atores e do perfil necessário para atuar nesse modelo, um especialista com visão generalista.

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar "tecnologias leves dependentes", mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso das outras tecnologias e também as relações intersubjetivas estabelecidas entre os diversos sujeitos. Consideramos necessários recursos humanos apropriados e mecanismos de participação ativa como elementos essenciais para o estabelecimento de um sistema de saúde baseado na atenção primária (assim como é o PSF).

O PSF tem sido o modelo de reorganização da atenção básica, que tem evoluído na incorporação de novas práticas profissionais, contudo ainda sofre mudanças incrementais. Os principais obstáculos têm sido: a referência pouco estruturada, o que dificulta a caracterização do PSF como porta de entrada do sistema; a inadequada substituição das práticas tradicionais, com articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva impróprias; e a dificuldade na incorporação de profissionais relativos à inserção e o desenvolvimento de recursos humanos, assim como observamos durante nosso estudo.

Os cursos de graduação em Odontologia vêm passando por modificações em seus projetos pedagógicos, mas ainda é preciso relacionar mais a teoria à prática, para profissionais com o perfil que atenda as necessidades do SUS. Assim, os cursos de saúde precisam também capacitá-los para trabalhar em equipes multiprofissionais, envolvendo profissionais de uma mesma disciplina (equipe de saúde bucal: THD, ACD e CD), bem como com os demais profissionais da saúde e estimulando desde a formação a relação baseada em comunicação como forma de se construir projetos comuns. Assim, estimular-se-ia um processo de mudança mais próximo da modernidade cultural sugerida por Habermas (1987).

Portanto, as relações que envolvem o trabalho em equipe no PSF são bastante complexas. Percebemos pequenos sinais de mudança. Quando os profissionais conseguem enxergar a realidade envolvendo também o seu papel individual, suas falhas e seus avanços, um grande passo está dado. Mas é preciso ir além, partir para a mudança da realidade.

Analisamos que é preciso haver mínimas condições de trabalho para que os profissionais se sintam motivados a lutar pelo projeto de reorganização de suas

práticas, fundamental à consolidação do PSF como modelo de prática na atenção básica. Muitos são os entraves a serem superados. Por isso é preciso contar com atores comprometidos com a construção de um projeto em comum, que tenha por foco o usuário, em sua dimensão individual e coletiva.

Ao final desta análise, sentimos que alguns aspectos deixaram de ser mais aprofundados, como é normal acontecer em qualquer pesquisa. Nenhum estudo será suficiente para abarcar a realidade em sua complexidade. Será apenas um recorte dela. Assim, pontos relacionados principalmente em relação à gestão do trabalho em saúde deveriam ser mais bem esclarecidos por outros estudos.

Outro ponto pouco abordado aqui foi o processo de trabalho que cada um desenvolve dentro do PSF. Como nosso objetivo era esclarecer as relações intersubjetivas no trabalho em equipe entre os cirurgiões-dentistas e os demais profissionais do PSF, outros tantos fatores de influência sobre essa questão podem não ter sido discutidos.

Como sugestões para a modificação das situações desveladas, ficam: a importância da educação permanente; o apoio às equipes, num processo de corresponsabilização e integração das práticas; o fortalecimento da gestão participativa e comunicativa; a busca por pontos de convergência dos diferentes saberes e práticas, na tentativa de diminuir a fragmentação das equipes.

E aí fica a provocação de que a proposta de trabalho em equipes multiprofissionais só cumprirá seu objetivo se os diversos sujeitos assumirem de fato seus papéis e atuarem comunicativamente na construção de projetos que privilegiem o usuário. Para que a saúde bucal de fato se insira nas ações dessa estratégia, tanto os cirurgiões-dentistas quanto seus companheiros de equipe têm que estar receptivos à relação de escuta. A comunicação baseada no consenso se faz necessária para que o trabalho em equipe aconteça.

## REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 1-16, 2002.

ALGEBAILLE, E. B. As ações da sociedade civil e o Estado diante da pobreza. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. p. 73-99.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-64, 2007.

ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN; M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 219-27, 2006.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-95, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório final**. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/1\\_cnsb.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/1_cnsb.pdf)>. Acessado em 08 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2005.

BRASIL. 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. **Relatório final**. Brasília, 1992. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/2\\_cnsb.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/2_cnsb.pdf)>. Acesso em: 08 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997b**.

Disponível em:

<[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000b**.

<[http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal\\_lista.asp?campo=2527](http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/portal/portal_lista.asp?campo=2527)>. Acesso em: 22 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02**: Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. Brasília, 2002b. Disponível em:

<<http://www.psfbrasil.com.br/biblio/informes/it34.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2005.

BRASIL. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. **Relatório final**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto\\_sb2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_sb2004.pdf)>. Acessado em: 28 jan. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Obra Coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 35. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Disponível em:

<[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao\\_psf\\_sintese.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao_psf_sintese.pdf)>. Acesso em: 03 abr. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e Saúde da Família**: histórico de cobertura da Saúde da Família. c2007b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>>. Acesso em: 30 jul. 2007.

BOTAZZO. C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec, FAPESP, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-66.

CAMPOS, G.W. de S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante e fazer saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 37, p. 16-19, 1992.

CARVALHO, C. L.: A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 55-76, jan./mar. 2006.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-53, jul./set. 1997.

DECLARAÇÃO de Alma Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2006.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991. Coleção Polêmicas do nosso tempo, v. 25.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO. M. C. de S.; ASSIS, S. Gonçalves de; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-84.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 8-19, abr./jun. 1992.

EMMERICH. A. **A corporação odontológica e o seu imaginário**. Vitória: EDUFES, 2000.

EMMERICH, A. A fluoretação da água no Brasil: impasses. In: EMMERICH, A.; FREIRE, A. da S. (Org.). **Flúor e Saúde Coletiva**. Vitória: Edufes, 2003a. p. 108-14.

EMMERICH, A. Rompendo paradigmas. In: EMMERICH, A.; FREIRE, A. da S. (Org.). **Flúor e Saúde Coletiva**. Vitória: Edufes, 2003b. p. 116-37.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2/3,

p. 164-73, 2007. Disponível em: <<http://journal.paho.org/uploads/1178726618.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2007.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2003. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/pdres\\_2003\\_Plano\\_Diretor.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/pdres_2003_Plano_Diretor.pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2007.

FERREIRA, A. B. de H. **Miniaurélio Século XXI**: O minidicionário da língua portuguesa. 5. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de saúde on-line. Disponível em: <[http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_psf/psf\\_franco\\_mehry.pdf](http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/psf_franco_mehry.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2007.

FREITAG, B.; ROUANET, S. P. (Org.). **Habermas**: Sociologia. 3. ed. São Paulo: Ática, 1993.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. B.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GESTÃO da Atenção Básica: investindo nos profissionais de saúde e melhorando a satisfação do usuário. Revista Brasileira de Saúde da Família. ano VIII, n. 14, p. 8-17, abr./jun. 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-222.

GOMES, R. da S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 105-16.

GONSALVES, E. M. B. **O processo de trabalho do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família**: uma contribuição à construção do SUS. 2005. 139 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

HABERMA, J. **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1982.

HABERMAS, J. **Agir Comunicativo e razão destranscendentalizada**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa, I: racionalidad de la acción y racionalización social**. 4. ed. Madri: Taurus, 2003.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. (Org.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

IBGE. Departamento de emprego e rendimento. **Acesso e utilização de serviços de saúde**: 1998. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>>. Acesso: em 17 jun. 2006.

IBGE. **IBGE Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 mar. 2007.

INSTITUTO de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento Jones dos Santos Neves. **Perfil Municipal e Estadual**. Disponível em: <<http://ijsn.es.gov.br>>. Acesso: em: 29 mar. 2007.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de filosofia**. 3. ed. Rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficácia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 20-31, abr./jun. 1992.

KOVALESKI; D. F.; FREITAS, S. F. T. de; BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-103, 2006.

LEFEVRE, A. M. C.; CORNETTA, V. K. Recursos Humanos para a Promoção de Saúde. In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 133-46.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p. 25-44.

MACINKO, J. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária: sua utilização no Brasil. **Revista Brasileira e Saúde da Família**, ano VIII, n. 14, p. 4-7, abr./jun. 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

MACINKO, J. et al. La renovación de la atención primaria de salud em las Américas. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2/3, p. 73-84, 2007b.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Apresentação. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 11-14.

MARINATO, C. F. **Aterros em Vitória: uma história para ser lembrada**. 2004. Projeto de Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <[http://www.car.ufes.br/aterros\\_vitoria/default.asp?arq=principal](http://www.car.ufes.br/aterros_vitoria/default.asp?arq=principal)>. Acesso em: 02 abr. 2007.

MATOS, P. E. de S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1538-44, nov./dez. 2004.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 533-52, out./dez., 1986.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-50.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15-35.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINAYO, M. C. de S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-104.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO on-line**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004. Disponível em: <[http://www.abeno.org.br/revista/arquivos\\_pdf/2004/017\\_021mori.pdf](http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2004/017_021mori.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2006.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde: manual**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdrh\\_des.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdrh_des.pdf)>. Acesso em: 3 maio 2006.

MOYSÉS, S. J. Integralidade e ação prática: desafios para a força de trabalho em Saúde Bucal no Brasil. In: **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: s.n., 2005. p. 48-64.

MUSSO, V. F. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de atividades do programa Sorria Vitória no ano 2006**. Vitória, 2007.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002a.

NARVAI, P. C. Há metas em saúde bucal para 2010? **Jornal do Site Odonto**, ano IV, n. 52, primeira quinzena de junho de 2002b. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antiores/capel/artcapel51.htm>>. Acesso em: 05 maio 2007.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde: Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. do V. **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: s.n., 2005. p. 28-42.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 25-9, 1999.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington DC, v. 19, n. 6, p. 385-93, 2006.

NASCIMENTO, A. **História da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/Apresentacoes%20e%20textos%20para%20download/VIII%20CNS.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasil. **Saúde Bucal**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

PAIM, J. S. **Saúde**: Política e Reforma Sanitária. Salvador: ISC, 2002.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 161-77.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e interação. 1998. 268f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de

municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. Introdução. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 9-17.

RELATÓRIO Final. 8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 1986.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, maio/abr. 2004.

RING, M. E. **História ilustrada da Odontologia**. São Paulo: Editora Manole, 1998.

RIVERA, F. J. U. Cultura e liderança comunicativa. In: RIVERA, F. J. U. **Análise em saúde e gestão pela escuta**. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 185-218.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

SANITARISTA: Reforma Sanitária. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 07 abr. 2007.

SERRA, C. G.; GARCIA, D. V.; MATTOS, D. A explicitação de antigas inquietações e a busca das soluções na realidade recente da saúde bucal: um processo doloroso de espera pelo fim das ansiedades e angústias. In: GARCIA, D. V (Org.). **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: s.n., 2005. p. 9-21.

SOUZA, E. R. de et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho em equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 45-51, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, E. T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 119-26, 2004.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde da Família**: Estratégia para o novo milênio Vitória, 1999.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: 2002-2005. Vitória, 2001a. 1ª versão.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Aplicação das Ferramentas de Trabalho em uma família do território na Ilha do Príncipe: Estudo de caso. Vitória, 2001b.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Bucal na ESF**. Vitória, 2003.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: 2006-2009. Vitória, 2005. Versão Preliminar.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico de implantação do PSF em Vitória**. Vitória, 2006a.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Quadro Demonstrativo US**. Vitória, 2006b.

VITÓRIA. Secretaria de Desenvolvimento da Cidade. **Ilha do Príncipe**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/sedec/principe1.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2007a.

VITÓRIA. Secretaria de Desenvolvimento da Cidade. **Maruípe**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/sedec/maruipe1.htm>>. Acesso em: 02 abr. 2007b.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/bmunidades.htm#>>. Acesso em: 03 abr. 2007c.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Audiência Pública**: 3º trimestre. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/Prestacao\\_Contas4Trim\\_Consolidado\\_2006.ppt](http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/Prestacao_Contas4Trim_Consolidado_2006.ppt)>. Acesso em: 09 abr. 2007d.

VITÓRIA. Secretaria municipal de saúde. **Unidades de saúde do município de Vitória por bairro e região**: quadro demonstrativo populacional em 09 de março de 2007. Vitória, 2007e.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

A proposta deste estudo é conhecer a participação do cirurgião-dentista na construção da integralidade no atendimento à comunidade sob a responsabilidade da equipe de trabalho da Estratégia Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde do município de Vitória, ES. A partir deste, futuros planejamentos para melhorar a participação deste profissional no atendimento integral poderão estar subsidiados.

De acordo com o Termo de Consentimento assinado, concordo em fornecer informações acerca de minha prática profissional, principalmente em relação à saúde bucal. Os dados aqui obtidos serão utilizados para desenvolvimento de pesquisa de dissertação de mestrado “A participação do cirurgião-dentista na construção da integralidade da Estratégia Saúde da Família”, do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Não serão divulgados os nomes dos entrevistados.

Autorizo a utilizar os dados por mim fornecidos em sua dissertação de Mestrado e em quaisquer publicações futuras.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Carolina Dutra Degli Esposti

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva

## APÊNDICE B – Roteiro-guia das entrevistas

- 1) Identificação profissional, ano de formatura, cursos de pós-graduação.
- 2) Descrever a trajetória profissional e o motivo de estar trabalhando com a saúde da família.
- 3) Processo de inserção no serviço atual: data (em anos), mecanismos formais de entrada, expectativas da função e das atividades a serem desenvolvidas (descrição de conteúdo).
- 4) Descrever qual sua concepção de colaboração no trabalho coletivo e sua percepção do sentido de equipe. Se necessário, pedir para caracterizar o que entende por trabalho em equipe.
- 5) Descrever qual sua noção de supervisão do trabalho e como se dá o controle do processo de trabalho realizado na equipe em que está inserido. Como a gerência do serviço interfere e/ou contribui para a viabilização do trabalho em equipe, em particular na unidade e em geral no sistema assistencial global?
- 6) Descrever os mecanismos, formais e informais (institucionais ou não), necessários para a consecução do trabalho em equipe.
- 7) Descrever os mecanismos formais e informais que orientam o trabalho em equipe.
- 8) Noções e concepções sobre as propostas da reforma sanitária brasileira e sobre os princípios do SUS.
- 9) Qual o seu conceito de integralidade?
- 10) De uma maneira geral, a equipe trabalha desenvolvendo as propostas conceituais do SUS no atendimento à comunidade? Faça considerações a respeito.
- 11) Você considera que a saúde bucal está inserida nas ações desenvolvidas nessa Equipe de Saúde da Família? Descreva situações que justifiquem sua resposta.
- 12) Sugestões para que o trabalho em equipe seja mais real na formação de consensos e busca pela melhoria do atendimento à população através das diretrizes do SUS.
- 13) Sugestões para que a saúde bucal mantenha/aumente sua participação tendo em vista sua inserção na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família.
- 14) Quais os avanços e os problemas que você identifica na implantação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família?

# ANEXOS

## ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 27 de julho de 2006

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

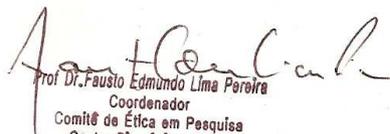
Para: Dr. Adauto Emmerich Oliveira  
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"A participação do cirurgião-dentista na construção da integralidade da Estratégia Saúde da Família"**

Senhor Pesquisador,

Através deste informamos à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, No. de Registro no CEP-049/06, intitulado: **"A participação do cirurgião-dentista na construção da integralidade da Estratégia Saúde da Família"**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em reunião ordinária realizada em 26 de julho de 2006,

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

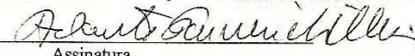
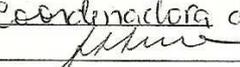
Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro Biomédico / UFES

## ANEXO B – Aprovação pela instituição



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 ( versão outubro/99 ) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: "A participação do cirurgião-dentista na construção da integralidade da Estratégia Saúde da Família"			
2. Área do Conhecimento: Saúde Coletiva		3. Código: 4.06	4. Nível: Não se aplica
5. Área(s) Temática(s) Especial (s): Todos os outros		6. Código(s): Grupo III	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
8. Unitermos: Saúde Bucal Coletiva, Ação Comunicativa, Trabalhadores em Saúde.			
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>			
9. Número de sujeitos: No Centro: Total: 10		10. Grupos Especiais: <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião/Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros ( ) Não se aplica (x)	
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
11. Nome: Adauto Emmerich Oliveira			
12. Identidade: 235.846	13. CPF: 479.605.747/15	19. Endereço: Rua Alda Siqueira Mota, 36/901	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Cirurgião-dentista	20. CEP: 29.100-440	21. Cidade: Vila Velha
16. Maior Titulação: Doutorado	17. Cargo: Professor Adjunto I	23. Fone: 3335-7225	24. Fax: 3325 3981
18. Instituição a que pertence: Universidade Federal do Espírito Santo			25. E-mail: adautoemmerich@terra.com.br
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <u>17/10/06</u>			
 Assinatura			
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>			
26. Nome: Secretaria Municipal de Saúde		29. Endereço (Rua, nº): Av. Nat. Nascimento de Moraes, 1185	
27. Unidade/Orgão:		30. CEP: 29010-331	31. Cidade: Vitória
		32. U.F.: ES	
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (x)		33. Fone: 3132-5074	34. Fax: 3132-5194
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (x) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>Josenan Alcântara Almeida Costa</u> cargo: <u>Coordenadora da Educação em Saúde</u> Data: <u>16/10/06</u>			
 Assinatura			
<b>PATROCINADOR</b>			
Não se aplica (x)			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
		42. UF:	
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>			
45. Data de Entrada: <u>19/10/06</u>	46. Registro no CEP: <u>058100</u>	47. Conclusão: Aprovado (x) Data: <u>26/07/06</u>	48. Não Aprovado ( ) Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / /			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro e apreciação ( ) 52. Data: <u>20/10/06</u>		51. O projeto para 53. Coordenador Nome: <u>Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira</u> Coordenador Comitê de Ética em Pesquisa Centro Biomédico /UFES	Anexar o parecer substanciado
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>			
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			
58. Observações:			