



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

*AUGUSTO CESAR COSTA CARDOSO*

**Mudanças nas práticas do cirurgião-dentista a partir de  
sua inserção na equipe de Saúde da Família:  
entre acomodações e rupturas**

**Salvador  
2011**

**AUGUSTO CESAR COSTA CARDOSO**

**Mudanças nas práticas do cirurgião-dentista a partir de  
sua inserção na equipe de Saúde da Família:  
entre acomodações e rupturas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de “Doutor em Saúde Pública”, área de concentração – Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leny Alves Bonfim Trad

Salvador

2011

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

---

C268m Cardoso, Augusto César Costa.

Mudanças das práticas do cirurgião-dentista a partir de sua inserção na equipe de Saúde da Família: entre acomodações e rupturas / Augusto César Costa Cardoso. -- Salvador: A.C.C. Cardoso, 2011.

200 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leny Alves Bonfim Trad.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Processo de Trabalho. 2. Equipe de Saúde da Família. 3. Saúde Bucal. I. Título.

CDU 331

---

**AUGUSTO CESAR COSTA CARDOSO**

Mudanças nas práticas do cirurgião-dentista a partir de sua inserção na equipe de Saúde da Família:  
entre acomodações e rupturas

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de “Doutor em Saúde Pública”, área de concentração – Ciências Sociais em Saúde junto à seguinte banca examinadora.

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leny Alves Bonfim Trad (Orientadora)**

Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

---

**Prof<sup>a</sup>. Maria Isabel Pereira Vianna**

Universidade Federal da Bahia

---

**Prof<sup>o</sup>. Jorge Alberto Bernstein Iriart**

Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

---

**Prof<sup>o</sup>. Carlo Henrique Goretti Zanetti**

Universidade de Brasília

---

**Prof<sup>o</sup>. Carlos Botazzo**

Universidade de São Paulo

**Salvador  
30.03.2011**

À minha mãe (*in memoriam*),  
*Cyléa Costa Cardoso*,  
hoje longe dos meus olhos  
viva dentro do meu coração.

Ao meu pai,  
*Augusto José da Cruz Cardoso*,  
pelo exemplo de dedicação à família, honestidade e simplicidade  
que caracterizam sua vida e influenciam a minha.

## AGRADECIMENTOS

A prof<sup>a</sup>. **Leny**, pelo incentivo, pelos ensinamentos e confiança em mim depositada, e por fazer desta orientação um caminho ético, democrático, seguro, competente e sereno para a realização deste trabalho.

Ao prof. **Ângel**, pela disponibilidade e acolhimento como co-orientador durante a bolsa sandwich na URV, em Tarragona-ES .

Ao mano **Tom (Antonio)**, meu primeiro tutor na saúde coletiva, pelas opiniões acertadas e apoio em todos os momentos desta minha trajetória.

Às colegas-amigas de Doutorado **Purificação e Tânia** pela afetuosidade, pelas leituras cuidadosas e apoio incondicional nestes quatro anos de caminhada.

Aos amigos professores **Carlos e Renato**, parceiros da Odontologia e Saúde Coletiva, pela disponibilidade e carinho dispensados durante a pesquisa.

Aos profs. **Zanetti e Carmem** pelas contribuições durante a qualificação.

Aos amigos **Moisés e Clinger** pelas ajudas na informática.

Às secretárias do ISC, **Rosália, Anunciação, Élia, Marlos e Thaís** pelo convívio carinhoso.

Às bibliotecárias **Beatriz e Creuza**, pelas inestimáveis ajudas.

A todos os **dentistas do PSF** de Salvador que participaram e contribuíram para a realização da pesquisa e por terem assumido, mesmo que indiretamente, o papel de co-orientadores deste trabalho.

A **CAPES** e ao **CNPQ** pelas bolsas de estudo que me ajudaram na liberação de atividades profissionais, possibilitando maior dedicação ao Doutorado.

Especialmente, aos meus preciosos pais **Augusto e Cyléa** pelo imenso amor e carinho em todos os momentos de minha jornada e aos **amigos** que direta ou indiretamente contribuíram com suas presenças nos momentos de alegria e tristeza, sempre me encorajando a seguir em frente nesta difícil caminhada.

**Aos cirurgiões-dentistas da Saúde da Família de Salvador, que militam na construção do SUS e da ESF, e com quem compartilhei muitas alegrias e tristezas.**

## RESUMO

A inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada por conflitos e contradições desde a sua criação. Esta tese, apresentada na forma de três artigos, corresponde ao resultado de uma investigação realizada no município de Salvador-Bahia sobre as práticas de saúde dos cirurgiões-dentistas (CD) que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com foco nos desafios do trabalho em equipe multiprofissional. A coleta dos dados foi realizada nos anos de 2009 e 2010. O primeiro artigo, de natureza quantitativa, teve por objetivo descrever e analisar o perfil e as percepções dos CD sobre o trabalho em equipe multiprofissional, a gestão desse trabalho e a assistência que se realiza em saúde bucal a partir de análise documental, observação direta do trabalho e aplicação de um questionário semi-estruturado a oitenta profissionais lotados em quarenta e cinco Unidades de Saúde da Família (USF). O segundo, de natureza qualitativa, correspondeu à análise das narrativas acerca desse trabalho em equipe multiprofissional (na gestão, na assistência e na promoção da saúde) obtidas de uma sub-amostra de oito CD, a partir de entrevistas em profundidade, grupos focais e observação direta do trabalho, considerando dimensões simbólicas e estruturais. O terceiro artigo, também de natureza qualitativa, buscou focar nas concepções de autonomia, poder e hierarquia que permeiam a dinâmica desse trabalho em equipe. Os achados demonstram que o modelo assistencial assumido pela ESF pouco influenciou na mudança das práticas de saúde bucal: a prioridade continua sendo o pronto-atendimento e há, ainda, uma ênfase na ocupação da agenda com ações assistenciais curativas em detrimento das ações de proteção individual e coletivas. Podemos identificar também entraves nas práticas de gestão, com destaque às limitações das reuniões de planejamento e avaliação nas equipes estudadas, seja pela falta de periodicidade destas, seja na aparente deficiência de reconhecimento destes procedimentos como sendo de construção e responsabilização da equipe, ou ainda na falta de valorização da participação coletiva nesses processos. Além da ineficiência e carência dos recursos humanos, a insuficiência de recursos financeiros e físicos foi também explicitada pela maioria dos entrevistados. A gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Coordenação de Saúde Bucal do Município foi uma das principais dificuldades para o desenvolvimento das atividades de atenção na saúde bucal segundo os entrevistados. Destacam-se ainda outros fatores dificultadores: a precariedade nas modalidades de contratação, a irregularidade na remuneração dos profissionais, a carência de educação permanente, assim como dos problemas de infra-estrutura e de manutenção dos equipamentos. Esta pesquisa traz alguns elementos para o entendimento do trabalho dos CD na esfera pública. Almeja contribuir com a reflexão acerca dos desafios e descaminhos para a consolidação da saúde bucal e sobre a articulação possível das ações de promoção, proteção, curativas e reabilitadoras no cotidiano dessas práticas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família. Saúde Bucal. Prática Profissional. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde. Política, Planejamento e Administração em Saúde.

## ABSTRACT

The insertion of oral health in the National Health Service (SUS) has been highlighted by conflicts and contradictions from the start. The present thesis, presented in the format of three articles, is the result of an investigation performed in the municipality of Salvador-Bahia concerning health practices of dentists working at Family Health Strategy (ESF), focused on the challenges of the work in multi-professional teams. The data collection was carried out during 2009 and 2010. The first article, of a quantitative nature, had the purpose of describing and analyzing the profiles and perceptions of dentists with reference to working in multi-professional teams, the conduction of the work and the assistance offered in oral health by means of documental analysis, direct observation of the work and application of a semi-structured questionnaire to eighty professionals located in forty-five Family-Health Units (USF). The second one, of a qualitative nature, corresponded to an analysis of the narratives about this work in multi-professional teams (management, assistance and health promotion) obtained through sub-samples from eight dentists, through in - depth interviews, focal groups and direct observation of the work, considering symbolic and structural dimensions. The third article, also of a qualitative nature, aimed towards the focus on conceptions of autonomy, power and hierarchy which permeate the dynamics of this team work. The findings demonstrate that the welfare model taken on by ESF hardly influenced any changes in the oral health practices: priority continues to be emergency treatment and there is, also, emphasis on occupation of the agenda with curative welfare actions in detriment to actions towards individual and collective protection. It is also possible to identify hindrances in management, especially regarding limitations of planning and evaluation meetings of the teams under analysis, either for lack of frequency, or apparent deficiency in the recognition of these procedures as being for the construction and responsibility of the teams, or even for not valuing collective participation in these processes. Apart from the inefficiency and privation of human resources, insufficient financial and physical resources were also mentioned by most of those interviewed. Management by the Municipal Health Department (SMS) and Oral Health Coordination of the Municipality was one of the main difficulties regarding the development of oral health care in accordance with the interviewed parties. Other factors also pointed out were: precariousness in the modalities for contracting, irregularities in remuneration of professionals, lack of permanent education as well as infrastructure and maintenance problems. This research brings some elements for understanding the work of the dentists in the public service. It aims to contribute towards a reflection about the challenges and diversions in relation to the consolidation of oral health and possible articulation of promotion, protection, curative and rehabilitating actions in the daily practices.

**KEY WORDS:** Family health. Oral health. Professional Practice. Health Service Evaluation. Health Management. Health Policies, Planning and Administration.

## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal  
APS - Atenção Primária em Saúde  
BPA - Boletim de Produção Ambulatorial  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CD - Cirurgião-dentista  
CEO - Centro de Especialidade Odontológica  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COAPS - Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde  
CREAIDS - Centro de Referência a AIDS  
CREMEB - Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia  
DS- Distrito Sanitário de Saúde  
EC - Educação Continuada  
EPS - Educação Permanente em Saúde  
ESB - Equipe de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família  
PSF - Programa de Saúde da Família  
MS - Ministério da Saúde  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
REDA - Regime Especial de Direito Administrativo  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SINDIMED - Sindicato dos Médicos no Estado da Bahia  
SINDSAÚDE - Sindicato dos Trabalhadores em Saúde  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SILOS - Sistema Local de Saúde  
SIS - Sistemas de Informação em Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TAC - Teoria da Ação Comunicativa  
TSB - Técnico de Saúde Bucal  
UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana  
UFBA - Universidade Federal da Bahia  
UNIME - União Metropolitana de Educação e Cultura  
USF - Unidade de Saúde da Família  
VISAU - Vigilância da Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
<b>ARTIGO 1</b> - Perfil e percepções dos cirurgiões-dentistas que trabalham em Unidades de Saúde da Família no município de Salvador, Estado da Bahia.....	24
<b>RESUMO</b> .....	25
<b>ABSTRACT</b> .....	26
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	27
<b>METODOLOGIA</b> .....	31
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	34
<b>CONCLUSÕES</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48
<b>ARTIGO 2</b> - Dando voz aos cirurgiões-dentistas na ESF: práticas assistenciais e de gestão na atenção em saúde bucal do município de Salvador, Bahia.....	52
<b>RESUMO</b> .....	53
<b>ABSTRACT</b> .....	54
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	55
<b>ITINERÁRIO METODOLÓGICO</b> .....	59
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	64
Práticas assistenciais curativas: a Odontologia equipamento-dependente .....	64
Práticas assistenciais preventivas e educativas na USF.....	68
As ações no território: em espaços comunitários junto às famílias.....	71
Práticas cotidianas e atípicas na atenção a saúde bucal .....	74
Sentidos atribuídos pelos cirurgiões-dentistas ao vínculo .....	80

Os momentos e ferramentas de planejamento e avaliação .....	82
Intersetorialidade na ESF.....	84
A descontinuidade na educação permanente .....	87
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>
<b>ARTIGO 3- Autonomia, poder e hierarquia nas equipes de Saúde da Família: as narrativas dos cirurgiões-dentistas em Salvador, Bahia .....</b>	<b>99</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>100</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>101</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>102</b>
<b>ITINERÁRIO METODOLÓGICO.....</b>	<b>108</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>111</b>
Autonomia profissional .....	111
Poder: individual e de classe .....	114
Hierarquia: facetas da subordinação .....	120
Integração na equipe de trabalho: multiprofissionalidade sem interdisciplinaridade na ESF.....	122
Precarização do trabalho na ESF: facetas de mercado .....	129
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>134</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>138</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>142</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>146</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>153</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta tese apresenta o resultado de uma investigação no município de Salvador-Bahia sobre as práticas assistenciais e de gestão dos cirurgiões-dentistas (CD) que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), analisando seus desafios no atual contexto, e as dificuldades de planejamento e implementação de políticas públicas na área de saúde bucal. De fato, a saúde bucal no Brasil ainda não se consolidou como uma prática efetiva no cotidiano dos serviços de saúde. É importante considerar que a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada por conflitos e contradições desde a criação do sistema e não há marcante diferença quando se trata da ESF.<sup>(1)</sup>

Mas as questões de investigação, o problema é produto de reflexões diversas que lhe antecedem, desde quando CD e, nos últimos catorze anos, enquanto professor de saúde coletiva em cursos de Odontologia da UFBA, UEFS e UNIME. O interesse pela temática do trabalho do cirurgião-dentista em equipe e na saúde pública emergiu fortemente durante as disciplinas extramuros em comunidades de Salvador, Feira de Santana e Lauro de Freitas. Foi na observação das dificuldades para a formação do CD, desde a graduação, que segui as pistas para investigar as possibilidades de rupturas e riscos de acomodações das práticas de saúde bucal na ESF.

Será que, a despeito dos princípios e diretrizes que orientam a implementação da ESF no Brasil, não seria provável a reprodução, acrítica e inconsciente, pelos CD de práticas de trabalho na atenção a saúde bucal nos moldes da Odontologia

---

<sup>(1)</sup> Nesta pesquisa Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF) são tratados como unitermos, enquanto estratégia prioritária do Ministério da Saúde do Brasil para organizar a Atenção Básica.

hegemônica? Se assim o fosse, haveriam distorções, principalmente, das práticas de gestão e coletivas, além de supervalorização das assistenciais voltadas ao diagnóstico e cura de enfermidades por meio de ações individuais de caráter cirúrgico, em pronto-atendimento, comprometendo o princípio da integralidade.

Neste sentido, minha trajetória no campo da saúde foi uma constante reflexão sobre possibilidades e caminhos da atenção à saúde bucal após a criação do SUS. A aproximação do tema, da formação e capacitação de estudantes e profissionais para o trabalho na saúde coletiva contribuiu, de forma progressiva, na elaboração deste estudo.

Tomei a decisão de escrever uma tese que contribuísse para aprofundar a compreensão acerca dos desafios e das oportunidades da categoria ao adentrar no trabalho coletivo e na esfera pública, tratando da inserção formal desta profissão no PSF, em 2000, quando elaborei o artigo intitulado: “A inserção da equipe de saúde bucal no PSF - um desafio para a melhoria da qualidade da atenção à saúde”<sup>1</sup>.

A tese que resulta desta pesquisa é a de que o CD, na realização do trabalho individual ou em equipe, sem a inovação da integralidade das ações, reproduz na ESF as práticas de atenção em saúde bucal do modelo tradicional. Um comportamento que parece estar associado ao perfil profissional, ao modelo de formação e de falta de protocolos, além do contexto de precarização do trabalho em muitas localidades, de insuficiência de financiamento do setor saúde e de racionalidade da própria ESF. Como consequência tais distorções podem resultar no comprometimento das condições objetivas do trabalho e baixa resolutividade.

As ações de caráter curativo-cirúrgicas, com ausência de integralidade das práticas, têm sido predominantes no trabalho dos CD, assim como a falta de tradição no trabalho em equipe e na esfera pública. Entretanto, observam-se nas últimas

décadas mudanças significativas neste modelo de práticas, retratado a partir do que se sugere como um cenário de crise da Odontologia de mercado, de natureza liberal e privada no Brasil<sup>2-8</sup>, passando para um novo contexto de inserção cada vez maior dos CD nos serviços públicos, como profissional assalariado nas várias esferas de governo e em especial no PSF, embora em muitos cenários sem a inovação da integralidade das ações de proteção, promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Segundo Zanetti<sup>3</sup> foi somente com a crise no mercado odontológico curativo de massa que os CD (profissional liberal, de consultório), até então mantidos distante do mundo pesado e complexo que cerca o capitalismo, passaram a buscar, não sem uma certa dose de ironia histórica, outros mercados distintos do curativo-privado, na qual os serviços públicos tornaram-se a maior reserva “auto-sustentável”, com potencial de crescimento para a sobrevivência dos CD, enquanto pequena burguesia.

Enquanto mercado de trabalho, a esfera pública de saúde, formada e operada como esfera secundária e de menor importância na definição das relações, modos e mecanismos de regulação do exercício profissional, revela-se, então, com um potencial de crescimento para a sobrevivência dos CD<sup>3</sup>, sendo o PSF a principal fonte de emprego entre as oportunidades na esfera pública.

Tais transformações apontadas podem ser ilustradas pelos consultórios e clínicas esvaziados, além da perda de força do trabalho autônomo e privados dos CD, dando lugar ao trabalho assalariado ou ao desemprego. Na avaliação de Zanetti<sup>3</sup> a crise e esgotamento da Odontologia curativa de massa é apenas uma fase terminal de um paradigma, do modo de regulação das relações sociais, praticadas por razões odontológicas na esfera privada. Vale lembrar também o aumento

significativo do número de Cursos de Odontologia e de CD egressos na última década, além da deficiência de regulação de mercado pelas entidades de classe.

Como consequência direta desse processo histórico teria havido, na opinião de Zanetti<sup>3</sup>, uma expulsão dos CD do “paraíso da classe média”. Neste sentido, é coerente a análise de que a jovem Odontologia corre riscos de perder espaço e autonomia profissional, já que em parte do primeiro mundo esta corporação tem perdido parcela considerável de seu mercado privado com a erradicação da cárie dentária, foco até então privilegiado de atuação dos CD<sup>9</sup>. Uma alternativa apontada diante da crise tem sido a criação de novos serviços no campo da cosmética, ortodontia e de implantes bucais, além do trabalho na esfera pública.

Situação semelhante à relatada, em termos de redução na ocorrência de cárie dentária, vem sendo observada no Brasil, apesar de ainda persistirem a falta de acesso aos serviços de saúde bucal entre aqueles de classes sociais desfavorecidas, de modo que a doença se concentra, cada vez mais, em grupos com maior risco. Entretanto, outros aspectos carecem de aprofundamento, para melhor explicação, quanto à suposta perda de “emancipação profissional” dos CD nas últimas décadas, no que se refere a mercado liberal e privado.

A passagem da Odontologia de mercado, de natureza liberal e privada, típica das últimas décadas do século XX, para uma Odontologia sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda, num mercado extremamente competitivo, é a tônica moderna<sup>7</sup>. A Odontologia estaria passando por uma fase em que os profissionais, principalmente os recém graduados, têm grande dificuldade para se estabelecer no mercado de trabalho. Um grande número de CD destaca o déficit de conhecimentos sobre administração, gerência e marketing, e insatisfação financeira com a

profissão<sup>5</sup>. Tudo isso aponta para a necessidade de aproximações com a história e a genealogia da profissão.

Apesar da crise na esfera privada nas últimas duas décadas, somente a partir de 2000 foi viabilizada a inserção da saúde bucal no PSF e, neste novo cenário, é que são apontados os desafios para a construção de novas práticas de saúde na esfera pública, com o incremento da integralidade das ações.

Parte-se do pressuposto de que o mercado de trabalho vem passando por profundas transformações nas últimas décadas, em decorrência da crise no setor privado odontológico, gerando considerável interesse de CD pelo trabalho remunerado na esfera pública. Por outro lado, em muitos municípios, o que se observa é a precarização do trabalho com baixo investimento na educação permanente e na manutenção de equipamentos, a tudo isso se soma às suspeitas quanto à competência deste profissional para trabalhar em equipe e atender às necessidades em saúde bucal dos usuários na ESF.

Nessa empreitada do doutorado em Saúde Pública, aprofundei esses conhecimentos numa perspectiva mais abrangente das políticas de saúde, planejamento e das ciências sociais, tendo como foco a experiência dos CD na ESF no município de Salvador-BA. Para tanto, tive que me apropriar, dentre outros elementos teóricos, dos referenciais sobre Atenção Primária em Saúde (APS), Saúde da Família, práticas em saúde, Vigilância da Saúde, Teoria da Ação Comunicativa (TAC), autonomia dos sujeitos e autonomia profissional.

A partir desses referenciais foi possível apreender as práticas assistenciais e de gestão da ESF na realização do trabalho em equipe, além das competências necessárias para as ações individuais e coletivas, no território ou na Unidade de Saúde da Família (USF). Entretanto, para chegar a este recorte do objeto deve ser

dito que além de mudanças na proposta inicial e de algumas versões do projeto, ocorreram muitos diálogos, leituras e sessões de orientação ao longo do Doutorado (com destaque aos frutíferos momentos de orientação presencial ou a distância). Certamente que o campo nos últimos dois anos conformou sobremaneira a tese, pois até mesmo a necessidade de consentimento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador para a realização da pesquisa influenciou, de alguma forma, na definição do problema.

Nesta perspectiva, a tese está organizada em três artigos que se complementam em torno do objeto de estudo que é o trabalho dos CD na ESF. A metodologia utilizada nesta investigação está descrita nos três artigos que constituem o resultado mais visível desse estudo, sendo que no primeiro artigo foi utilizada a abordagem quantitativa e nos dois seguintes a qualitativa. O de abordagem quantitativa não estava previsto até a fase de projeto e foi acrescido em função do campo, quando o número de entrevistados cresceu e foi necessária uma metodologia adequada para a caracterização do grupo.

As observações feitas em campo ressaltaram a riqueza de determinadas características consideradas fundamentais para a construção do modelo de trabalho na ESF descritos nos relatos, a constituição da identidade do grupo relacionada às suas aspirações e visão de mundo, considerando o seu histórico e a dimensão simbólica do trabalho do CD em equipe de saúde e no setor público. Assim, devo acrescentar que as entrevistas em profundidade e semi-estruturadas, e os grupos focais também foram de fundamental importância para a condução do trabalho apresentado.

O primeiro artigo, intitulado “Perfil e percepções dos cirurgiões-dentistas que trabalham em Unidades de Saúde da Família no município de Salvador, Estado da

Bahia”, caracteriza os CD que trabalharam na ESF do município de Salvador, em 2009, e apresenta a percepção desse coletivo acerca das práticas que desenvolvem no âmbito da atenção primária e das condições de trabalho neste contexto. Além de características sócio-demográficas, são apresentadas a experiência e a inserção destes profissionais em saúde pública e na ESF.

Em seguida, são apresentados os principais fatores dificultadores da realização do trabalho dos CD: desde a infra-estrutura da SMS, deficiência na capacitação para trabalhar com saúde coletiva, até os relacionados à política de saúde, planejamento e gestão, principalmente no nível municipal. Para finalizar, explicitam-se as motivações, frustrações, interesses e expectativas dos entrevistados frente à insegurança decorrente da falta de estabilidade e garantias trabalhistas em um contexto de grande incerteza gerada após anúncio de concurso para as vagas na ESF de Salvador, o qual definirá os trabalhadores que permanecerão.

Neste primeiro artigo, a principal finalidade é caracterizar o grupo estudado (oitenta CD), fortemente representativo do universo total de CD inseridos no PSF em Salvador (75 segundo o CNES e 99 segundo a SMS). Neste sentido, o texto não chega a apresentar um marco teórico robusto, mas, por outro lado, analisa uma base de dados suficientemente grande para representar a realidade estudada.

A partir do segundo artigo, denominado “Dando voz aos cirurgiões-dentistas na ESF: práticas assistenciais e de gestão na atenção em saúde bucal do município de Salvador, Bahia”, apresenta-se uma descrição mais densa sobre o processo de trabalho dos CD em USF, a partir da etnografia realizada. Posiciono-me como um investigador que dialoga mais do que entrevista, visando um contexto de confiança mútua e tentando aproximações do que sentem os informantes.

Para analisar o trabalho dos CD na Saúde da Família do município de Salvador foi utilizada a Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006 (Anexo 2), a qual trata da Política Nacional da Atenção Básica, onde são citadas as *Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal*. Em especial foram observadas nesta pesquisa as *Atribuições Específicas do Cirurgião-Dentista (CD)* e as *Atribuições Comuns aos Profissionais de Saúde Bucal no PSF*.

Neste artigo apresento, processualmente, a parte qualitativa da pesquisa e, à medida que me insiro no cotidiano do trabalho dos oito CD que foram entrevistados em profundidade e dos vinte e sete que participaram de grupos focais, entendo melhor a necessidade de aprofundar uma série de aspectos que somente a imersão no campo propicia.

A partir deste momento torna-se clara a importância de uma descrição mais densa e cuidadosa do passo a passo do fazer etnográfico, as nuances e as estratégias utilizadas para a construção e produção dos dados apresentados neste trabalho. Amparo-me em Geertz<sup>10,11</sup> que ao referir-se à tarefa do investigador qualitativo em campo proporciona uma reflexão de que devemos encarar as idéias, atitudes e valores como outros tantos fatos culturais. No pensamento do autor a necessidade de reforçar a compreensão no sentido da percepção e do discernimento diferente do compreender no sentido da concordância de opiniões, da união de sentimentos ou da comunhão de compromissos. O mesmo adverte que se por um lado o discurso e a escuta se fundamentam na compreensão por outro o entendimento não se origina em muitos discursos nem em ouvir muito, pois somente quem compreende pode escutar.

Aprofundo com a teoria da atenção primária, da ESF, da Vigilância da Saúde e na aproximação marxista do processo de trabalho em saúde. Realizo uma

exposição sobre os significados e sentidos do trabalho do CD em comunidades distintas na ESF, em relação aos códigos de comportamento dentro do espaço da USF ou em outros territórios, as regras implícitas e explícitas a serem cumpridas seja na realização do trabalho na gestão ou na assistência. Reflito sobre a ênfase das ações coletivas em educação e prevenção de escolares nas ações realizadas na área ou para grupos prioritários (adolescentes, gestantes, diabéticos, etc.) no espaço da USF, assim como a incipiência no acolhimento aos usuários e o escasso debate sobre a necessidade de construção de vínculos nas relações interpessoais.

Ademais, é pensada também a formação, capacitação, o diálogo dos profissionais, assim como a identidade com o trabalho individual ou coletivo nos espaços, entre profissionais ou equipes. Em outros termos, tento desenvolver e apresentar as nuances dentro desse território e toda a dinâmica e os caminhos que um iniciante na prática da ESF deve percorrer para se transformar em um profissional competente.

Então, as práticas de saúde dos CD foram pesquisadas levando-se em conta dimensões profissionais, cognitivas, organizacionais e relacionais, sem perder de vista as atribuições dos CD e da ESB propostas na ESF. As teorias do processo de trabalho em saúde desenvolvidas por Mendes-Gonçalves<sup>12,13</sup> facilitaram a aproximação com o objeto na interface das práticas assistenciais com as de gestão.

A linha de análise fundamental sobre as práticas dos CD na ESF ancorou-se nas teorias da Vigilância da Saúde<sup>14-19</sup>. Paim<sup>16</sup> defende modos de efetivar a diretriz de integralidade rearticulando a demanda espontânea, a oferta organizada e os programas especiais, mas sem perder o foco na Saúde da Família como eixo para a redefinição de práticas de saúde e integração dos diferentes níveis de complexidade de serviços do SUS.

O terceiro artigo, intitulado “Autonomia, poder e hierarquia nas equipes de Saúde da Família: Narrativas dos cirurgiões-dentistas em Salvador, Bahia”, focaliza as relações interpessoais e o desafio do trabalho em equipe para os CD, assim como conflitos, autonomia profissional, hierarquia, além das relações de poder, interações, parcerias, cooperações e a questão da divisão técnica e social do trabalho. Resgato aqui alguns dos questionamentos frutos de minha experiência como professor de saúde coletiva no âmbito da graduação e/ou pós-graduação em três distintos cursos de Odontologia, a exemplo de: será a formação profissional dos CD adequada ao desenvolvimento de competências que favoreçam a inserção dos egressos no sistema público de saúde e no trabalho com comunidades mais carentes, em áreas de periferia, e em saúde coletiva? e ainda: será o perfil profissional dos CD adequado para a ação coletiva de contratação da institucionalidade?

Ainda nesse artigo, introduzo o conceito de autonomia profissional, amparado em Freidson<sup>20,21</sup>, para quem o conceito de autonomia é essencial para compreender o caráter da organização ocupacional formal e sua relação com os sistemas políticos do Estado. Segundo o autor, são identificadas relações subalternas dentro de equipes de saúde e a autonomia profissional constitui um atributo relevante para o poder de uma profissão. O *status* das profissões viria dessa autonomia, que precisaria ser preservada, apesar de seu prestígio ser uma delegação dada pela sociedade, pela clientela ou pelo Estado. Isto explica como a Medicina desenvolveu um controle oficial sobre seu trabalho que chegou a ser completamente operativo, uma vez que o tornou desejável e atrativo para a população em geral.

Além da autonomia utilizo as diretrizes do Ministério da Saúde para o trabalho dos CD em equipe e na esfera pública, no contexto da ESF. Intenciono contribuir com gestores e gerentes dos serviços de saúde, diante dos desafios de construir

espaços de diálogo e de participação para a realização de planejamento e de vigilância na saúde bucal.

Em síntese, procuro compreender os dilemas e desafios para a realização do trabalho dos CD na medida em que adentram no mundo regido por normas e diretrizes das instituições públicas de saúde, na condição de assalariados e atuando em equipe junto a outras profissões do campo da saúde. As teorias que amparam esta perspectiva de análise são de autonomia profissional em contraponto à teoria marxista<sup>22</sup>, de alienação no trabalho, além da TAC de Habermas<sup>23,24</sup> e da interdisciplinaridade<sup>25</sup>, ambas na perspectiva da horizontalização das relações de poder entre trabalhadores.

A alienação no trabalho, para Marx<sup>22</sup>, tem um sentido negativo: ao invés de realizar o homem, o escraviza, pois reduz o homem a um ser que somente luta para sobreviver, troca sua vida, sua força de trabalho – única propriedade sua – pela sobrevivência. Braverman<sup>26</sup> contribui para a compreensão sobre o modo de produção capitalista que se impôs de forma generalizada e universal no que se refere a temática do controle que o capital exerce sobre o trabalho.

Recorrendo a interpretações da teoria marxista, parti do pressuposto de que nas atividades dos CD não existem apenas características quantificáveis e mensuráveis, típicas do chamado trabalho material, mas elementos imateriais não quantificáveis, não mensuráveis e subjetividades, em consonância com a TAC que contempla o mundo subjetivo a partir da vivência dos interlocutores e propõe o fortalecimento da capacidade de escuta, de interação e negociação.

Por fim, refletimos acerca das mudanças ocorridas na vida dos trabalhadores que adentram no mundo das instituições, na condição de assalariamento, assim

como a aquisição de *status* na profissão, a hierarquia e as desigualdades na perspectiva de Weber<sup>27</sup> e Parsons<sup>28</sup>.

As conclusões deste estudo estão descritas em cada um dos três artigos apresentados, e sintetizadas nas considerações finais, onde procuro destacar alguns pontos que possam instigar estudos futuros sobre o tema, bem como, subsidiar investimentos dos setores e atores que integram o campo da saúde bucal em direção à superação dos problemas e limites apontados pela pesquisa. Além disso, este estudo soma-se a outros já publicados e contribui para a construção de uma base conceitual acerca das competências, saberes e expertises dos CD no trabalho em saúde coletiva. Foi realizado seguindo as normas contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do ISC/UFBA.

## ARTIGO I

---

### **Perfil e percepções dos cirurgiões-dentistas que trabalham em Unidades de Saúde da Família no município de Salvador, Estado da Bahia.**

Augusto Cesar Costa Cardoso & Leny Trad <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Correspondência para:

Augusto Cesar Costa Cardoso

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Rua Basílio da Gama S/N CEP- 40110-040 Canela, Salvador, Bahia, Brasil - CEP:  
40110-040

e-mail: [cardosoacc@hotmail.com](mailto:cardosoacc@hotmail.com) ☎(071- 3263-7409/7410 Fax: +5571-237-5856

## RESUMO

Este artigo tem o objetivo de descrever o perfil dos cirurgiões-dentistas (CD) que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Salvador, Bahia, e a percepção deste coletivo sobre o trabalho em equipe multiprofissional, as práticas que desenvolvem no âmbito da atenção primária em saúde e as condições de trabalho neste contexto. As informações foram obtidas por intermédio de entrevistas semi-estruturadas junto a oitenta CD lotados em quarenta e cinco Unidades de Saúde da Família (USF), além de observação direta do trabalho e de análise de documentos. Os resultados revelam a predominância de mulheres (83%), uma média de idade de 40,8 anos (DP de 9), uma mediana de 38,5 anos e uma moda de 34 anos, sendo que 14% têm mais de 28 anos de vida profissional, 28% têm 1 ano ou menos de inserção na atual equipe de Saúde da Família enquanto 47% mais de 3 anos de permanência na mesma USF. Mais da metade dos entrevistados (54%) atuou em alguma outra USF diferente da que trabalhavam no momento da pesquisa (no município estudado ou em outro), o que denota alguma experiência na ESF. A gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Coordenação de Saúde Bucal do Município representou uma das principais dificuldades para o desenvolvimento das atividades de atenção na saúde bucal, segundo os entrevistados. Destacaram-se, entre outros fatores dificultadores a precariedade nas modalidades de contratação, a irregularidade na remuneração dos profissionais, a carência de educação permanente, assim como os problemas de infra-estrutura e de manutenção dos equipamentos. Apesar de existir o trabalho multiprofissional, principalmente para algumas atividades de proteção e de promoção da saúde, não parece existir um trabalho interdisciplinar. Além disso, muitos dos problemas envolvendo a relação entre profissionais de saúde parecem estar relacionados às características organizacionais de gestão das equipes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família. Saúde Bucal. Prática Profissional. Atenção Primária de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

This article has the purpose of describing the profile of dentists (CD) working at the Family Health Strategy (ESF) in the Municipality of Salvador, Bahia, and their perception on working in a multi-professional team, the practices developed in the scope of primary attention in health and working conditions within this context. The information was obtained through semi-structured interviews with eighty dentists working in forty-five Family Health Units (USF) as well as direct observation of the work and documental analysis. The results reveal the predominance of women (83%), average age of 40.8 years (SD of 9), a median of 38.5 years and a mode of 34 years, of which 14% have over 28 years of professional experience, 28% with 1 year or less in the present family health team, and 47% with over 3 years in the same USF. Over half of the interviewed parties (54%) worked in other USF's, different from the one they were working at the time of the research (in the Municipality being studied or in another), which indicates experience in the ESF. Management by the Municipal Health Department (SMS) and Oral Health Coordination of the Municipality represented one of the main difficulties regarding the development of oral health care in accordance with the interviewed parties. Other factors also pointed out were: precariousness in the modalities for contracting, irregularities in remuneration of professionals, lack of permanent education as well as infrastructure and equipment maintenance problems. Despite the existence of the multi-professional work, especially for some health protection and promotion activities, an interdisciplinary work does not seem to exist. Furthermore, many of the relationship problems among the health team professionals appear to be related to organizational management of the teams.

**KEY WORDS:** Family Health. Oral Health. Professional Practice. Primary Health Care. Health Service Evaluation. Health Management.

## INTRODUÇÃO

O trabalho dos cirurgiões-dentistas (CD) tem sido historicamente caracterizado pelo predomínio de ações de caráter curativo-cirúrgicas, sem tradição no trabalho em equipe nem na esfera pública. Entretanto, observam-se mudanças significativas neste modelo de práticas, apontando para um novo contexto marcado pela inserção cada vez maior destes profissionais nos serviços públicos como trabalhadores assalariados nas várias esferas de governo. Estas mudanças são consequência, na avaliação de muitos autores<sup>1-6</sup>, de transformações ocorridas no mercado de trabalho em saúde, de problemas estruturais do setor saúde e de políticas setoriais recentes, com destaque para a política de expansão da atenção básica.

A inclusão dos CD na esfera pública deu-se, na atual conjuntura, por meio do Programa Saúde da Família (PSF), em 2000, e recentemente, quando da transformação do programa naquela que se tornou a principal estratégia do Ministério da Saúde do Brasil (MS) na atenção primária em saúde (APS): a Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo o discurso da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estruturou-se a ESF como modelo ideal de porta de entrada para um sistema de saúde integral, regionalizado, hierarquizado e equitativo<sup>7</sup>.

A ESF é apresentada pelo MS como o eixo reorientador do modelo assistencial, compondo a atenção básica no sistema de saúde, além de contar com bom potencial de colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dados nacionais de 2005 confirmam o processo crescente de municipalização da saúde, representando, na região Nordeste, a esfera de governo com a maior vinculação dos profissionais de saúde<sup>4</sup>, o que significa mais da metade de todos os empregos públicos do setor saúde. Para se ter uma idéia do montante que os

empregos municipais representam, somente em número de CD, constatou-se que em 2010, a ESF em todo o Brasil, chegou à cifra de 18.545 equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na modalidade I (CD e ASB) e 1.650 na modalidade II (CD, ASB e TSB)<sup>8</sup>.

Por outro lado, para muitos autores<sup>9-13</sup>, apesar de a ESF significar a possibilidade de ampliar e reorientar a atenção odontológica no Brasil, a mesma constitui uma agenda incompleta, principalmente por não ter alcançado sua implantação plena. Nesse sentido, as dificuldades observadas para a expansão e aperfeiçoamento da ESF refletem os desafios encontrados para a consolidação do SUS em termos mais amplos. Dentre estes, destacam-se o financiamento público insuficiente, a falta de oferta de profissionais qualificados e as condições de trabalho adversas, além da precariedade da contratação, baixos níveis salariais e irregularidade no pagamento dos profissionais.

Levando-se em conta que o trabalho no setor saúde exige a articulação apropriada de diferentes saberes e fazeres, a interdisciplinaridade é o eixo central que favorece o planejamento e a ação comunicativa no trabalho em equipe. Além disso, segundo a PNAB, as práticas devem subsidiar o desenvolvimento de ações intersetoriais para populações adstritas em territórios delimitados, voltadas para a promoção, prevenção, educação e reabilitação da saúde, estratégicas para a atenção básica e para o controle social.

Entretanto, são identificadas distorções na integralidade das práticas na atenção à saúde bucal. Como já foi referido, os CD tem pouca tradição na atuação em equipe e, de modo geral, na esfera da saúde coletiva. A inserção desta categoria no PSF, a partir de 2000, nem sempre esteve embasada em um modelo de atenção que favorecesse a produção de ações em saúde bucal adequadas às necessidades

da população. Conseqüentemente, em muitas equipes da ESF a prática de saúde bucal limita-se à reprodução de técnicas desenvolvidas na assistência odontológica privada voltada ao controle de danos, através de ações clínico-cirúrgicas e individuais, sem ênfase em ações coletivas de proteção e promoção de saúde<sup>14-20</sup>.

Além disso, são numerosos os problemas apontados na maioria das ESF, o que torna um grande desafio o trabalho destes profissionais e das equipes<sup>21-26</sup>. Tais problemas dizem respeito às diferenças nas realidades municipais, à precarização do trabalho e baixa resolutividade da atenção básica, mas também são relativos à capacidade de atendimento, à inadequação de perfil dos recursos humanos, à indefinição das funções dos profissionais no trabalho em equipe, falta de financiamento e planejamento em relação à implantação e desenvolvimento da ESF no Brasil.

Uma vez que a implantação das ESB se deu tardiamente, há que se considerar as dificuldades na integração dos profissionais de saúde bucal às equipes da ESF, assim como a falta de protocolo, de programação das ações odontológicas e de integralidade das práticas de proteção, promoção, prevenção e reabilitação.

A inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por conflitos e contradições desde a criação do sistema<sup>9-11</sup>. Apenas com a inserção da ESB no PSF e, posteriormente, em 2003, através do Programa Brasil Sorridente, foram criadas frentes efetivas de trabalho para a Odontologia na esfera pública. Na verdade, ambas são experiências muito recentes na maioria dos municípios brasileiros<sup>16,26</sup>.

Segundo Paim<sup>27</sup>, no campo da saúde, as formas históricas de organização das práticas de saúde encontram-se determinadas pela maneira como são produzidos os serviços de saúde em uma dada sociedade e refletem, ademais, o modo de produção econômica dominante nesta sociedade. Conforme assinala o

autor, é neste contexto que se expressa o confronto de projetos político-ideológicos entre as classes e frações de classe e pela organização social dos serviços de saúde que define um determinado padrão de mercado de trabalho em saúde.

Ribeiro, Pires e Blank<sup>28</sup> destacam que por se tratar da implementação da ESF em um contexto liberal fortemente influenciado pelo modelo biomédico e pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho, torna-se necessário que os profissionais e as instituições tenham clareza das condições vigentes. É preciso reconhecer que as possibilidades de sucesso e de fracasso não são exclusivas de seus desempenhos, mas também de características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-estruturais.

No rol das deficiências identificadas na atuação do CD nas equipes de Saúde da Família podem ser destacados os seguintes pontos: dificuldade de atuação em equipe, pouca habilidade para realização de atividades de planejamento, gestão, avaliação, acolhimento, além das ações coletivas de cunho mais educativas e promotoras de saúde junto à comunidade e aos outros profissionais de saúde<sup>15,19,20,23</sup>. Acrescenta-se aos limites observáveis, a ineficiência histórica dos serviços públicos de saúde bucal no município de Salvador<sup>29-31</sup>, a fim de se compor um cenário que permita melhor compreensão das deficiências surgidas quando da inserção do CD no trabalho em equipe de Saúde da Família.

Ao enfatizar, sobretudo, a assistência odontológica individual que privilegia ações curativas e cirúrgico-restauradoras, o modelo dominante de formação dos CD tem contribuído para este quadro. É uma concepção que negligencia os enfoques da proteção, promoção e prevenção da saúde, relegando a um segundo plano a realidade e o espaço social onde as famílias e a comunidade estão inseridas<sup>21,22,24,25,32</sup>.

Diante do exposto, este artigo tem o objetivo de descrever o perfil dos CD que trabalham em equipe de Saúde da Família no município de Salvador-BA e a percepção deste coletivo sobre as práticas que desenvolvem no âmbito da atenção primária e sobre as condições de trabalho neste contexto.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa, observacional, de natureza descritiva no período entre julho e dezembro de 2009. A necessidade de quantificar aspectos relativos ao grupo surgiu em decorrência da vivência no campo, à medida que a pesquisa avançou, inclusive territorialmente, acarretando aumento do número de entrevistas.

O município de Salvador contava, em 2009, com 51 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas em 12 Distritos Sanitários de Saúde (DS). Deve-se considerar, segundo Botazzo<sup>33</sup>, que o DS enquanto prática de saúde é duplo: são suas funções médico-assistenciais e também a intervenção sobre fatores causais, os riscos e os problemas.

Do total de unidades, 45 foram visitadas na primeira fase da pesquisa, totalizando 80 entrevistas a CD que trabalhavam na ESF, representando cerca de 85% da totalidade de profissionais. A seleção dos informantes ocorreu em função da distribuição dos mesmos no território dos DS e em função do acesso às USF. Cabe ressaltar que a organização das práticas de saúde no município estudado segue a lógica de divisão territorial (Anexo 1). Apenas quatro profissionais foram entrevistados fora da USF em que trabalhavam, por não estarem presentes no dia da visita por motivo de saúde ou por conta da realização de atividades de campo –

desses quatro casos, três entrevistas aconteceram na universidade e uma na residência do profissional.

A produção de dados foi realizada através de análise de documentos e da aplicação de um questionário semi-estruturado contendo vinte e três questões (Apêndice 1). Sua realização foi planejada com a visita do pesquisador principal a todas as USF do município de Salvador. Apesar dos problemas de recrutamento dos sujeitos, das dificuldades com o agendamento e acesso às USF, foi viabilizada uma amostra de 80 CD, ao final, bastante representativa do universo de CD que trabalham na ESF de Salvador.

O roteiro do questionário foi elaborado a partir de categorias previamente definidas e mesclando questões do tipo aberta e fechada. Este instrumento de investigação, que pode ser utilizado de diferentes formas, foi aplicado neste estudo por meio de entrevista face-a-face, pelo fato de permitir o esclarecimento de dúvidas e a explicitação de questões mal compreendidas, o que visou facilitar os comentários em maior profundidade nas questões abertas. Além disso, tal escolha favoreceu uma maior interação entre entrevistador e entrevistado, o que se refletiu no contato posterior com os sujeitos selecionados para as fases subsequentes da pesquisa, quando forem realizadas entrevistas em profundidade e grupos focais. Nesta fase da pesquisa, optou-se pela não gravação das entrevistas e pela construção paralela de diário de campo durante a observação direta nas USF.

No questionário foram consideradas algumas variáveis, dentre as quais sexo, idade, raça<sup>(II)</sup>, instituição onde se graduou, tempo de profissão e de trabalho no PSF, dificuldades para a realização do trabalho, motivo da escolha do trabalho, grau de interesse, comprometimento, satisfação, autonomia e integração com a equipe de

---

<sup>(II)</sup> Por não se aceitar a existência de um conceito biológico de raça, este estudo parte do conceito de raça cultural e da percepção dos informantes.

Saúde da Família. As análises estatísticas dos questionários foram obtidas através do programa EPIINFO\_6, no qual os dados foram submetidos à análise descritiva e os resultados expressos em termos de frequências e proporções.

As visitas aos CD em USF durante cinco meses do ano de 2009 permitiram, além disso, observar comunidades distribuídas em grande parte da área mais periférica da cidade, muito carentes de infraestrutura e segurança. Completando esse panorama, encontraram-se usuários de serviços de saúde que variavam entre desolados e agradecidos, assim como profissionais de saúde em atividade nos mais diferentes cenários: consultórios odontológicos, corredores, salas de espera, salas de reunião, na entrada das unidades ou até mesmo em visitas conjuntas com profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No entanto, é importante ressaltar que o desconhecimento da maioria dos endereços das USF acabou por proporcionar contato mais próximo com outros informantes, tais como usuários e trabalhadores de saúde que, em muitos momentos, ajudaram o doutorando a chegar até o destino.

Desde a fase de elaboração de projeto, algumas questões guiaram as observações e entrevistas, e com referência à possibilidade de “postura” defensiva dos informantes, duas merecem destaque: quais seriam as motivações e as expectativas dos trabalhadores (CD) ao narrarem a respeito de seu trabalho, profissão, comunidade, gestores e colegas tendo em vista a insegurança frente à precarização do trabalho e à falta de vínculo trabalhista estável e digno, além do fato de estarem, naquele momento, aguardando a realização de um concurso da ESF anunciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desde 2008? Será que os mesmos se colocariam na defensiva contra quaisquer vinculações junto aos

problemas técnicos e de gestão da SMS, além de acentuarem o seu compromisso de trabalhar conforme o preconizado na ESF e a responsabilização da gestão municipal de saúde por todos os problemas denunciados pela mídia, comunidade ou pesquisadores?

A cada nova USF visitada, efetuava-se, antes do momento da entrevista, a rotina de observar e conhecer as dependências, para então relatar no diário de campo observações a respeito de diferentes aspectos: as condições de infraestrutura física (desde estética até funcionalidade), os trabalhadores de segurança, limpeza, recepção e o local onde se encontrava o CD, observando-se, em especial, a sala de espera, na qual se concentravam os usuários, assim como seus eventuais acompanhantes, além de profissionais de saúde e/ou gestores. Em muitas destas USF, houve necessidade de retorno (às vezes mais de um) para a realização de entrevista com algum profissional que não pôde ser efetuada durante a primeira visita (seja pela ausência do profissional no momento da visita anterior, seja por outro motivo).

O trabalho foi realizado seguindo as normas contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do ISC/UFBA. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando garantir o sigilo e o anonimato dos informantes da pesquisa os sujeitos foram identificados por códigos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresenta-se a seguir uma síntese dos principais resultados, organizados em duas tabelas a partir das categorias do estudo. Na tabela 1 apresentamos a caracterização sócio-demográfica e profissional dos CD, e na tabela 2 a percepção

dos CD sobre o trabalho na ESF do município de Salvador, no Estado da Bahia, em 2009.

A SMS de Salvador contava em 2009 com 152 equipes formadas por trabalhadores de 6 categorias profissionais: CD, enfermeiros, médicos, auxiliares de consultório dentário (ACD), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), sendo 95 ESB<sup>8</sup>.

Muitos fatores parecem explicar a baixa cobertura da ESF no município de Salvador, cuja variação nos últimos anos foi de 12% a 17%<sup>8</sup>, e, portanto, em desacordo com as projeções do MS e com os princípios da universalidade e integralidade, segundo os quais a ESF deve assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas aos diferentes níveis de ações.

Observa-se que parte dos problemas atuais, como será apresentado mais adiante, parece ter continuidade ao observado por Teixeira e Paim<sup>34</sup> em estudo realizado há quase vinte anos, entre 1988 e 1991, na mesma Salvador: a incapacidade da rede em atender a demanda, falta de profissionais de saúde, falta de material de consumo e permanente nas unidades, além de despreparo dos recursos humanos para atender de acordo com os princípios da reforma sanitária, morosidade na organização, desintegração das ações de saúde, falta de plano de cargos e salários e isonomia garantida para os profissionais, dentre outros.

**Tabela 1** - Características sócio-demográficas e profissionais dos cirurgiões-dentistas, na ESF de Salvador, Bahia, 2009. (N=80)

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Faixa etária (em anos) *		
20 – 29	8	10.0
30 – 39	34	43.0
40 – 49	20	25.0
+ de 49	18	22.0
Sexo		

Masculino	14	17.5
Feminino	66	82.5
Estado civil		
Casado	46	57.5
Solteiro	23	28.8
Divorciado	8	10.0
Viúvo	2	2.5
Cor auto-referida (raça social)		
Preta	3	3.8
Parda	38	47.5
Branca	36	45.0
Amarela	2	2.5
Indígena	1	1.3
Religião		
Católica	52	65.0
Espírita	9	11.3
Evangélica	7	8.8
Candomblé	-	-
Budista	2	2.5
Presbiteriana	1	1.3
Indefinido (+ de 1)	3	3.8
Não Tem	6	7.5
Instituição onde se graduou		
Universidade Federal da Bahia – UFBA	51	63.8
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS	7	8.8
Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP	4	5.0
União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME	2	2.5
Outras (14 universidades públicas ou privadas de outros Estados)	16	20.0
Tempo de Profissão (em anos) **		
2 – 10	30	37.5
11 – 19	22	27.5
20 – 28	17	21.0
+ de 28	11	14.0
Meses de trabalho no PSF (na USF atual) ***		
1 – 12	22	27.5
13 – 24	13	16.0
25 – 36	6	8.0
37 – 48	10	12.5
+ de 48	29	36.0
Trabalhou como dentista em outra USF (anteriormente)		

Sim	43	53.8
Não	37	46.3

\* Média de idade: 40,8 +- 9 anos; mediana: 38,5 anos; moda: 34 anos.

\*\* Média: 16,2 +- 9,4 anos; mediana: 14,5 anos; moda: 9 anos.

\*\*\* Média: 23,1 +- 15,2 meses; mediana: 21,5 meses; moda: 2 meses.

Com relação à idade dos sujeitos (Tabela 1), observa-se uma média de 40,8 anos (DP de 9 anos), uma mediana de 38,5 anos e uma moda de 34 anos, o que é coerente com a média de tempo de profissão, de 16,2 anos de formado (DP de 9,4 anos) e mediana de 14,5 anos. Somente 10% dos CD tinham menos de 30 anos e 47% mais de 39 anos, indicando divergência com o verificado em outros municípios brasileiros<sup>15,20,35</sup>, onde tem sido observado um maior número de recém formados, 68% na faixa entre 20 e 39 anos segundo o Ministério da Saúde<sup>36</sup>, mas em conformidade com a pesquisa de Rodrigues *et al*<sup>19</sup>, realizada em Feira de Santana-BA, de Martelli *et al*<sup>37</sup> em Pernambuco e do Conselho Federal de Odontologia<sup>38</sup>. Apenas 10% dos entrevistados tinham menos de 5 anos de formados e 50% entre 15 e 39 anos de vida profissional, o que corrobora a informação de um efetivo de profissionais mais velhos. Segundo pesquisa de Machado<sup>39</sup> junto a diferentes classes profissionais tem sido demonstrada a atração à ESF de profissionais com pouco tempo de formado ou em período de aposentadoria.

Os resultados acima podem ser explicados em função do modo de contratação de profissionais na ESF do município estudado: em um primeiro momento aproveitando antigos servidores alocados na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e depois da própria SMS de Salvador. Ressalta-se que independente dos períodos de gestão pública ou terceirizada na Saúde da Família local até a realização do presente estudo não houve concurso e sim processo de seleção para os contratados.

Entre os entrevistados, 83% são mulheres, o que está em consonância com outros estudos na ESF realizados no mesmo período<sup>15,19,20,37</sup>. Segundo a pesquisa nacional sobre perfil atual e tendências do CD brasileiro<sup>35</sup>, a predominância de profissionais do sexo feminino pode ser observada desde o final dos anos 90, com maior ou menor grau de aceleração segundo as Unidades Federativas e regiões brasileiras. No município de Salvador, no Estado da Bahia e no Brasil, respectivamente, o percentual de CD mulheres é de 65%, 58% e 56%<sup>40</sup>, de qualquer forma muito abaixo do encontrado na ESF de Salvador.

Na análise da raça social, observa-se baixa contratação de profissionais de cor preta (45% se auto-refeririam como brancos e 47.5% como pardos), a despeito da densidade populacional de afro-descendentes no município estudado, o que pode ser explicado, ao menos em parte, pela pequena inserção de negros em cursos de Odontologia em função da desigualdade de acesso aos cursos mais elitizados e/ou de maior concorrência no vestibular.

Do total de entrevistados, 64% foram graduados no curso de Odontologia da UFBA, seguido da UEFS e, em menor número, em universidades e faculdades privadas, estas últimas com inserção histórica mais recente no país (sobretudo a partir das duas últimas décadas).

Na análise do exercício profissional destes CD na ESF, constatou-se que os cinco primeiros foram inseridos na Saúde da Família de Salvador<sup>41</sup> a partir de fevereiro de 2001, que 28% têm até 1 ano na atual equipe de saúde em que trabalham e 75% têm até 5 anos de permanência na mesma USF. Além disso, observou-se que 54% dos entrevistados trabalharam em alguma outra USF diferente da atual.

Chama a atenção, entretanto, o fato de 52% dos entrevistados terem entre 5 e 10 anos de experiência na ESF, se considerados os diversos municípios e/ou USF em que trabalharam anteriormente, o que condiz com a tendência, observada na última década, de aumento da procura por trabalho na esfera pública. Destaque-se, assim, a importância do setor público como empregador, representando, aproximadamente 44% do total e mais de dois milhões de trabalhadores no mercado de trabalho em saúde (Girardi *et al*, 2004) além do que diz respeito aos salários pagos e ao volume de tributos recolhidos, assim como sua enorme influência na demanda e oferta de empregos, constituindo-se no maior empregador do setor e um dos maiores geradores de emprego da economia<sup>6</sup>.

Além disso, observa-se ainda o padrão de pouco tempo de permanência no trabalho em uma mesma ESF, corroborando, segundo Machado<sup>39</sup>, com a tendência de rotatividade entre os municípios em função da busca constante dos profissionais por melhores condições de salário, trabalho e qualidade de vida. Segundo a mesma autora<sup>39</sup>, o vínculo precário com perdas substantivas das garantias trabalhistas, seguido de excesso de trabalho, a falta de recursos humanos, materiais e medicamentos, assim como a dificuldade de acesso às áreas de trabalho, a baixa remuneração e a falha no sistema de referência e contra-referência, entre outros, foram os principais motivos geradores de desgaste profissional alegados pelos médicos e enfermeiros.

**Tabela 2** - Percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o trabalho na ESF Salvador, Bahia, 2009. (N=80)

<i>Percepções</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sobre Interesse no trabalho:		
Totalmente	25	31.3
Muito	48	60.0
Pouco	5	6.3
Muito Pouco	2	2.5

Sobre Comprometimento no trabalho:		
Totalmente	35	43.8
Muito	43	53.8
Pouco	2	2.5
Sobre Valorização no trabalho:		
Totalmente	6	7.5
Muito	19	23.8
Pouco	38	47.5
Muito Pouco	15	18.8
Nada	2	2.5
Sobre Satisfação no trabalho:		
Totalmente	6	7.5
Muito	26	32.5
Pouco	34	42.5
Muito Pouco	14	17.5
Sobre Autonomia no trabalho:		
Totalmente	27	33.8
Muito	30	37.5
Pouco	19	23.8
Muito Pouco	3	3.8
Nada	1	1.3
Sobre Integração com a equipe no trabalho:		
Totalmente	30	37.5
Muito	40	50.0
Pouco	9	11.3
Muito Pouco	1	1.3
Resposta Afirmitiva sobre a importância do trabalho no PSF:		
Muito importante	73	91.3
Importante	6	7.5
Pouco importante	1	1.3
Resposta Afirmitiva sobre motivação para trabalhar no PSF:		
Gosta de trabalhar com saúde pública e/ou comunidade carente	75	93.8
Salário estável	28	35.0
Não gosta ou desistiu de trabalhar na esfera privada	21	26.3
Gosta de trabalhar em equipe	9	11.3
Resposta Afirmitiva quanto a dificultadores para o desenvolvimento do trabalho:		
Falta de manutenção regular de equipamento	75	93.8
Falta de materiais/insumos	74	92.5
Deficiência de gestão na SMS	39	48.8
Deficiência de gestão da área da saúde bucal na SMS	30	37.5

Precarização dos contratos de trabalho	28	35.0
Falta de médico	19	23.8
Falta de instrumentais	15	18.8
Falta de carro para ir a área	13	16.3
Deficiência de gestão na coordenação do DS	11	13.8
Falta de protocolo	11	13.8
Falta de consultório odontológico	10	12.5
Falta de materiais educativos	10	12.5
Violência na área	9	11.3
Falta de integração da equipe de saúde da família	7	8.8
Falta de capacitação/educação continuada	7	8.8
Falta de supervisor	7	8.8
Deficiência de infra-estrutura das USF	5	6.3
Falta de apoiador de odontologia	4	5.0
Falta de informação sobre a área	3	3.8
Resposta Afirmativa quanto a facilitadores para o desenvolvimento do trabalho:		
Integração da equipe de saúde da família	42	52.5
Comunidade	20	25.0
Integração da equipe de saúde bucal (ESB)	15	18.8
Agente comunitário de Saúde (ACS)	12	15.0
Distrito Sanitário (DS)	12	15.0
Gerência de USF	11	13.8
Gestão na SMS	3	3.8

A carência de recursos financeiros, físicos e humanos foi explicitada pela maioria dos entrevistados. Conforme representado na Tabela 2, várias dificuldades foram enfrentadas ao longo do ano de 2009, seja na manutenção regular de equipamentos (94%) e fornecimento de insumos e materiais (93%) na rede, seja pela compra inadequada que ocorreu em algumas situações. Outro dado preocupante se refere à prioridade dada ao pronto atendimento, observada na maioria das USF pesquisadas, o que favorece a desarticulação das ações de prevenção, promoção, educação e curativas, além de caracterizar descompasso com a proposta da ESF.

No que se refere à percepção dos CD pelo trabalho na ESF, 91% relataram total ou muito interesse e 98% comprometimento. Em contraste, um número muito

inferior se sente valorizado (31%) e satisfeito (30%), ambos coerentes com a explicitação dos dificultadores para a realização do trabalho. Ademais, 71% dos CD admitem trabalhar com autonomia e 87.5% com integração junto aos outros profissionais da equipe de Saúde da Família. A análise mais apurada a respeito dos aspectos envolvidos nestas relações pode revelar estratégias comunicacionais e interdisciplinares importantes para a articulação no trabalho em equipe multiprofissional.

A SMS de Salvador (49%) e a Coordenação de Saúde Bucal (38%) foram apontadas como os principais responsáveis pela dificuldade na gestão da ESF, seguido da precarização do vínculo empregatício (35%), além dos problemas generalizados de infraestrutura. Os contratos de trabalho são de três tipos e em todas as modalidades, a semelhança é a falta de estabilidade, embora, o que mais preocupa ao grupo, recentemente, seja a possibilidade de não continuar na ESF depois do concurso anunciado desde 2008, previsto para ocorrer em 2011.

Analisando aspectos operacionais e administrativos da ESF, Narvai e Frazão<sup>16</sup> identificaram como pontos positivos nas ESB a observação do princípio da universalidade, a jornada de trabalho de oito horas e a ampliação quantitativa, ao mesmo tempo em que destacam como pontos negativos, a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho, devido aos baixos salários e contratações instáveis, além da falta de envolvimento entre ESB e equipe de Saúde da Família.

No que tange a contratos precários e cumprimento de carga horária, segundo estudo de Lourenço *et al*<sup>17</sup> realizado em Minas Gerais, mas cujos resultados se reproduzem na grande totalidade dos municípios brasileiros<sup>9,15,19, 20,37</sup>, 66,9% dos CD que participaram da pesquisa reclamaram das formas de contratação através de

terceirização e 82,5% declaram insatisfação ao receber abaixo de nove salários mínimos por oito horas diárias de trabalho na ESF. Com a ressalva de que há indício de dedicação exclusiva destes profissionais ao setor público, conforme o preconizado na ESF.

Em pesquisa realizada no município de Feira de Santana, Rodrigues *et al*<sup>19</sup>, foi explicitado que o processo de inserção dos CD na Saúde da Família não foi realizado através de concurso público, sendo 100% dos entrevistados admitidos por meio de contrato. Dado semelhante aos achados do estudo de Martelli *et al*<sup>37</sup> em Pernambuco, onde a maioria (65,2%) foi admitido da mesma forma. No estudo de Chaves e Vieira-da-Silva<sup>43</sup>, realizado em dois municípios do Estado da Bahia, os achados apontaram para a dupla inserção dos CD na totalidade da amostra, revelando a realização do trabalho de forma concomitante no setor público e privado de saúde, além da insatisfação pelo salário auferido na ESF.

Entretanto, a renda auferida pelos CD que trabalham na ESF foi considerada pela grande maioria dos entrevistados como adequada (em torno de dez salários mínimos), levando-se em conta a situação do mercado de trabalho local e as dificuldades na Odontologia de mercado (setor privado) na última década. Ademais, vale ressaltar que uma parte destes trabalhadores revelou não se sentir estimulado a dedicar tempo integral à ESF e alguns não trabalham oito horas diárias. A maioria justifica tal desestímulo em decorrência das deficiências de diferentes ordens enfrentadas no trabalho. Vale também dizer que poucos admitiram trabalhar em outro local.

Quanto aos elementos facilitadores para o trabalho, o destaque recaiu para a existência de integração em muitas equipes de Saúde da Família (40%) e a compreensão e participação da comunidade assistida em alguns locais (20%).

Porém, merece atenção a baixa integração da ESB (12%), denotando dificuldade na interação entre os CD e os técnicos na ESB.

Cabe notar que o estudo de Vilarinho, Mendes e Prado<sup>15</sup> demonstra que, apesar dos relatos da boa integração dos CD com a equipe, da afinidade com a saúde pública e da disposição para a inserção no novo modelo de atenção à saúde, os procedimentos curativos são predominantes. Além disso, observou-se que o trabalho é desenvolvido no sistema de expediente corrido, totalizando 35 horas semanais e a filosofia da Saúde da Família foi parcialmente seguida em relação ao diagnóstico situacional das famílias no momento inicial da introdução da ESB na equipe geral.

Diante das críticas à forma de financiamento, muita precaução deve ser adotada porque existe o discurso pela flexibilização da ESF de parte dos gestores que argumentam sobre a insustentabilidade no cumprimento das normas e diretrizes. Nesta pesquisa, apesar do argumento de que as ações assistenciais na saúde bucal seriam de alto custo o que se observou em campo foram consultórios sucateados, mesmo em equipes implantadas há pouco tempo. Uma das explicações é de que a contrapartida da esfera municipal é pífia, perpetuando a insuficiência na manutenção preventiva de equipamentos, na compra de materiais e insumos, além da existência de distintos contratos de trabalho em uma mesma equipe, sendo que em todos prevalece a falta de estabilidade.

O modo como as práticas de atenção à saúde se organizam é também influenciado/condicionado por contextos conjunturais específicos. Essas conjunturas revelam políticas sociais que se estabelecem na formação social ao longo da sua própria história a partir das relações entre Estado e sociedade e, particularmente, em função dos distintos projetos político-sociais de luta pela hegemonia<sup>18</sup>. De fato,

determinados modelos de intervenção em saúde pública, denominados como monológicos<sup>27,44</sup>, prescindem do conhecimento das realidades locais gerando uma naturalização das doenças e das próprias práticas profissionais, incluindo as relações de hegemonia/subalternidade.

Em termos de política de saúde bucal, devemos levar em conta, nos contextos locais, alguns princípios que podem nortear ações que devem ser desenvolvidas na perspectiva de cuidado a saúde, segundo o documento intitulado Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2003: gestão participativa, ética, acesso universal, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional<sup>26</sup>.

Neste sentido, Chaves e Vieira-da-Silva<sup>43</sup> concordam com Rodrigues e Assis<sup>18</sup> na defesa de gestões que se apóiem no planejamento estratégico e dimensionem melhor os recursos, ampliando acesso e cobertura e melhorando a organização dos serviços na atenção a saúde bucal. Estes achados contribuem na constatação de que apesar da evolução quantitativa das ESB, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde bucal, existem diferenças e dificuldades locais que podem estar presentes em virtude do aspecto político e de gestão em que a ESF está inserida<sup>26</sup>.

Um ponto que foi ressaltado pela maioria dos entrevistados e que tem repercussão direta nas práticas assistenciais diz respeito aos problemas na manutenção irregular de equipamentos. Foi também relatado a insuficiência de fornecimento de insumos e materiais na rede ou ainda no controle inadequado de compras para o setor odontológico. Vale ressaltar, segundo Rodrigues e Assis<sup>18</sup>, que a organização do almoxarifado e a sua eficiência em suprir às unidades é fundamental para o bom andamento do trabalho, assim como também a forma com que as unidades solicitam seu material.

Apesar das dificuldades descritas na ESF do município, o salário pago aos CD não foi apontado como um problema importante, e a renda auferida considerada adequada se comparada a de profissionais de outras ESF do Brasil ou mesmo com a dos que atuam no setor privado (odontológico) do mesmo município.

Em função da elevada demanda por práticas assistenciais na área odontológica, foi observado que o município pesquisado, mesmo apresentando baixas cobertura e resolutividade, além de inadequada referência e contra-referência para os problemas de saúde bucal, em todos os níveis de atenção, disponibiliza serviços de forma desorganizada a outros municípios, o que pode ser conferido através do crescimento da demanda por pronto-atendimento no último ano.

Importante considerar que problemas semelhantes são referidos em outros estudos<sup>15,19,20</sup> quanto à urgência de melhorar o serviço de referência e contra-referência, além da existência de grande demanda reprimida e necessidades acumuladas, dificultando sobremaneira a substituição total do modelo tradicional pelo atendimento centrado nos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

## **CONCLUSÕES**

O cotidiano do trabalho dos CD na ESF de Salvador apresenta dificuldades comparadas a de muitos municípios brasileiros, mas especificidades relativas ao contexto local, onde os trabalhadores, nas ações assistenciais e de gestão, interagem e constroem as rotinas das equipes de saúde.

Chama a atenção o contraste quanto a algumas percepções sobre práticas de saúde: em um dos extremos, o elevado interesse e compromisso, e do outro a baixa valorização e satisfação. Entretanto, diante dos resultados recomenda-se cautela uma vez que os entrevistados ao responderem sobre estas questões não definiram

seus significados, o que poderá ser mais bem detalhado em estudos futuros. Apesar de tais limites, os achados são coerentes com a insatisfação e a desvalorização diante dos dificultadores para a realização do trabalho. Quanto à percepção de elevada autonomia e boa integração junto aos outros profissionais da equipe de Saúde da Família, deve-se analisar os aspectos envolvidos nestas relações.

No atual contexto, as percepções sobre as dificuldades na organização da atenção na saúde bucal estão associados a: precarização do trabalho, deficiência de gestão da SMS, irregularidade das reuniões para planejamento e avaliação nas equipes de saúde, problemas nas práticas assistenciais e de infra-estrutura (principalmente na qualidade e manutenção irregular de equipamentos, na estrutura física de muitas USF, na falta de fornecimento de insumos e materiais na rede e no controle inadequado de compras para o setor odontológico), no pronto-atendimento como prioridade e na ênfase à assistência individual curativo-restauradora, em detrimento das ações programadas e coletivas, além de pouca articulação entre promoção, prevenção, educação e reabilitação.

A falta de manutenção de equipamentos e de insumos foi explicitada como os maiores dificultadores ao trabalho. O nível central da SMS e a Coordenação de Saúde Bucal são apontados como os principais responsáveis pela dificuldade de gestão da ESF no município de Salvador, seguidos das coordenações da maioria dos 12 Distritos Sanitários e da ESF no nível federal. Foram apontados outros nós críticos: a deficiência de protocolo e, no último ano, a ampliação das atividades de assistência individual, de cunho clínico-cirúrgico, e a redução das ações coletivas junto à comunidade. Tudo isso necessita ser urgentemente equacionado para a concretização da Saúde da Família.

Assim, evidencia-se a necessidade de ampliar a cobertura à população e de possibilitar a construção do trabalho em equipe com trabalhadores de saúde mais estimulados e pró-ativos à ação comunicativa, no intuito de melhorar a qualidade do atendimento em todos os níveis, seja na assistência individual ou através de ações coletivas. Ressalte-se que a rotina do planejamento e avaliação é primordial para a celeridade da gestão e, no caso estudado, pode servir de suporte para ampliar a integração nas equipes de Saúde da Família e a articulação das ações de promoção, proteção e de reabilitação. Diante dos achados, torna-se necessário o aprofundamento de alguns pontos relativos ao que é preconizado na ESF como atribuições dos CD e da ESB na Saúde da Família, em especial no trabalho em equipe.

## REFERÊNCIAS

1. Schraiber LB, Nemes MIB. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. São Paulo: Cadernos Fundap, p. 106-121, 1995.
2. Schraiber LB, Machado MH. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p. 281-297, 1997.
3. Pierantoni CR, Varella T, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Cad RH Saúde, 3(1):29-40, 2006.
4. Bezerra O. Dinâmica e características do mercado de trabalho do setor saúde. In: Castro JL (org.). Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, p. 201-216, 2007.
5. Castro JL. *et al.* Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. In: Castro JL (org.) Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, p. 17-42, 2007.
6. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.309-330, 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Extraído de [<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>], acesso em [01 de dezembro de 2010].

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Extraído de [[http://200.214.130.35/dab/historico\\_cobertura\\_sf/relatorio.php](http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/relatorio.php)], acesso em [01 de dezembro de 2010].
9. Rabello SB, Corvino MPF. A inserção do CD no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol*, 58(6): 366-367, nov./dez. 2001.
10. Fortuna RFP. Promoção de saúde bucal no SUS: possibilidades e limites do programa de saúde da família. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ; 2003.
11. Agripino GG, Suliano AA, Serra AC, Souza EHA. A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. *Odontol. Clín.-Cient*, 6(3): 213-218, jul./set. 2007.
12. Chaves MC, Miranda AS. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família. *Interface - Comunic. Saúde, Educ*, 12(24): 153-67, jan./mar. 2008.
13. Cavalcanti MLT. Comentários sobre a ESF e o SUS, suscitados por Sousa e Hamann. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(suppl1):136-145, 2009.
14. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1697-1710, 2007a.
15. Vilarinho SMM, Mendes RF, Prado Júnior RR. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em Teresina (PI). *Rev. Odonto Ciênc*, 22(55): 48-54, jan./mar. 2007.
16. Narvai PC, Frazão P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, coordenadores. *Saúde bucal das famílias*. São Paulo: Artes Médicas, p. 1-20, 2008.
17. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (Suppl1):1367-1377, set./out. 2009.
18. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas. *Vitória da Conquista: Edições*, 2009.
19. Rodrigues AAAO, Gallotti AP, Pena SFA, Ledo CAS. Saúde bucal no programa de saúde da família na cidade de Feira de Santana (BA): o perfil do cirurgião-dentista. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 33(4): 582-594, out./dez. 2009.

20. Villalba JP, Madureira PR, Barros NF. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Inst Ciênc Saúde*, 27(3): 262-268, 2009.
21. Valença AMG. A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista. Niterói: EdUFF, 1998.
22. Sobrinho EJMA, Sousa MF. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: Sousa MF, organizador. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: HUCITEC, p. 155-170, 2002.
23. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre profissionais, *Interface-Comunic. Saúde, Educ*, 9(16): 25-38, 2005.
24. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):45-51, 2006.
25. Timoteo RPS, Monteiro AI, Uchoa SA. Saúde da família e projetos políticos pedagógicos. In: Castro JL, organizador. *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN. p. 43-103, 2007.
26. Moysés SJ. Saúde bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.705-734, 2008.
27. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994a.
28. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 20(2): 438-446, mar./abr. 2004.
29. Santos Jr RQ. A saúde bucal na Bahia no final do século XX. [Dissertação de Mestrado]. Feira de Santana: Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2003.
30. Soares CLM. A política nacional de saúde bucal no âmbito municipal. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.
31. Ribeiro PCA. Espaço social e práticas de saúde bucal na estratégia de saúde da família, em uma capital do nordeste do Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.
32. Zanetti CHG. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativa de massa. *Ação Coletiva, AOSC, Brasília*, ano 2, 1(6):11-24, 1999.

33. Botazzo C. Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru: EDUSC, 1999.
34. Teixeira CF, Paim JSL. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: Vieira-da-Silva LM. (Org.). Saúde Coletiva: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, p. 19-34, 1994.
35. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press; 2010.
36. Brasil. Ministério da Saúde. CNES. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
37. Martelli PJJ, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV; Monteiro IS, Silva SF. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, 15(supl.2): 3243-3248, out. 2010.
38. Conselho Federal de Odontologia. Perfil do cirurgião-dentista no Brasil. Extraído de [[http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil\\_CD.pdf](http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_CD.pdf)], acesso em [10 de novembro de 2009].
39. Machado MH. Programa Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC, p 125-132. 2002.
40. Conselho Federal de Odontologia. Sistema de cadastro. Extraído de [[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/municipios\\_brasil.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/municipios_brasil.pdf)], acesso em [04 de junho de 2010].
41. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório - Programa Saúde da Família em Salvador. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2007.
42. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD (org.). Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, p221-256, 2002.
43. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública, 23(5):1119-1131, 2007b.
44. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, p. 187-220, 1994b.

**ARTIGO II**

---

**Dando voz aos cirurgiões-dentistas na ESF: práticas assistenciais e de gestão na atenção em saúde bucal do município de Salvador, Bahia.**

Augusto Cesar Costa Cardoso & Leny Trad<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Correspondência para:

Augusto Cesar Costa Cardoso

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Rua Basílio da Gama S/N CEP- 40110-040 Canela, Salvador, Bahia, Brasil - CEP:  
40110-040

e-mail: cardosoacc@hotmail.com ☎(071- 3263-7409/7410 Fax: +5571-237-5856

## RESUMO

Este artigo focaliza a prática odontológica no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Salvador, contemplando, particularmente, a atuação dos cirurgiões-dentistas (CD) em equipe multiprofissional nas áreas da gestão, assistência e promoção da saúde. Foram consideradas no estudo dimensões simbólicas (percepção sobre o processo de trabalho no ESF, modelo de saúde bucal) e estruturais (infra-estrutura das unidades/condições de trabalho) do trabalho. A trajetória metodológica está amparada em abordagem de natureza qualitativa, integrando quatro grupos focais, entrevistas em profundidade e observação direta junto a uma amostra de oito CD, além de visitas regulares às Unidades de Saúde da Família (USF). Tomou-se como referência para a análise dos dados o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001) no tocante às “Atribuições específicas do cirurgião-dentista e as comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF”. Os resultados apontam a insuficiência da interdisciplinaridade no trabalho das equipes de Saúde da Família. Com referências à atuação dos CD ou da equipe de saúde bucal foram constatadas dificuldades no desenvolvimento de ações intersectoriais, além de distorções ou fragilidades que se expressam no conjunto das práticas de saúde desenvolvidas nas diferentes modalidades: preventivas, de promoção da saúde, de gestão e assistenciais- curativas. A partir do que foi revelado nas narrativas dos CD, descortinam-se, ainda, contradições entre o que pensam e o que fazem, além da existência de práticas atípicas em função de problemas tanto estruturais internas à USF como também na área. A deficiência de planejamento é marcante e a naturalização do pronto-atendimento, generalizada, principalmente após a ampliação do tempo dedicado a assistência individual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família. Saúde Bucal. Avaliação de Serviços de Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Prática Profissional. Competência Profissional.

## ABSTRACT

This article focuses on dentistry practice in the scope of the Family Health Strategy (ESF) in the Municipality of Salvador, contemplating, specifically, the performance of dentists in multi-professional teams in the areas of health management, care and promotion. For the study, symbolic dimensions were considered (perception on the work process at the ESF, oral health model). The methodological trajectory is supported in an approach of qualitative nature, integrating four focal groups, in-depth interviews, and direct observation of a sample of eight dentists as well as regular visits to the Family Health Units (USF). The reference used for the data analysis was the commendation of the Ministry of Health (Brazil, 2001) in relation to the “Specific attributes of the dentists and those common to oral health professionals at the PSF”. The results point out to the insufficiency of interdisciplinary actions in the work of the Family Health teams. With reference to the performance of the dentists or of the oral health teams, difficulties were evidenced in the development of cross-sector actions as well as distortions or weaknesses expressed in the health practices as a whole, developed in the different modalities: preventive, health promotion, management and curative healthcare. From what was revealed in the conceptions of the dentists, there are contradictions disclosed between what is through and what is executed, apart from the existence of atypical practices due to internal problems in the USF’s as well as in the area. The planning deficiency is outstanding and the naturalization of the emergency care is generalized, with even more intensity after the increase in the amount of time dedicated to individual care.

**KEY WORDS:** Family Health. Oral Health. Health Service Evaluation. Health Policies, Planning and Management. Professional Practice. Professional Competence.

## INTRODUÇÃO

De um lado a crescente expansão dos serviços de atenção primária e a valorização deste âmbito de atenção vêm possibilitando a abertura de novas oportunidades de trabalho na esfera pública<sup>1-4</sup>. Por outro lado, a ampliação e a reorganização da atenção primária apontam para a necessidade de reconhecer e aperfeiçoar as interfaces e a articulação entre gestão e o complexo promoção/prevenção/assistência.

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, o qual foi posteriormente redefinido como Estratégia de Saúde da Família - ESF (a partir de 2000) insere-se no bojo do processo de reorganização dos modelos de atenção e práticas de saúde no Brasil. Com o foco no cuidado à família, propõem-se novas práticas visando maior resolutividade e integralidade, orientadas pela epidemiologia, como diretriz estruturante das ações coletivas<sup>5</sup>.

Dentre as diretrizes da ESF, destaca-se o trabalho em equipe multidisciplinar em articulação com a comunidade, desenvolvimento de ações no território, objetivando a redução dos riscos à saúde, a melhoria da qualidade de vida e a ampliação da autonomia dos usuários para além dos serviços de saúde, produtores diretos das ações assistenciais.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no âmbito da ESF se deu a partir de 2000 e foi regulada através das Portarias 1.444<sup>6</sup> e 267<sup>7</sup>. Os princípios norteadores do cuidado em saúde bucal na ESF são baseados na apropriação de tecnologias adequadas ao planejamento e execução de ações não somente curativas ou preventivas, com ênfase nos determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais. Para tanto, ressaltam o imperativo de ir além dos conhecimentos biomédicos e, principalmente, de realização do trabalho em equipe.

A assistência com base no binômio prevenção-promoção, no trabalho em equipe e na intervenção que abrange o espaço comunitário e domiciliar introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a concepção tradicional de prática odontológica: um modelo essencialmente centrado no alívio da dor, através de ações curativo-restauradoras, com ênfase na assistência individual e realizada com exclusividade por um sujeito individual, o cirurgião-dentista (CD), no restrito ambiente clínico-cirúrgico do consultório odontológico e com livre demanda.

Entretanto, quando observada a realização das práticas no cotidiano do trabalho dos CD, na ESF, identificam-se dificuldades em extrapolar o trabalho para além das ações assistenciais com as características apontadas acima.

Vale ressaltar que alguns desafios e limitações observados nesse processo de integração da saúde bucal no âmbito da Saúde da Família refletem fragilidades que afetam o escopo mais amplo de implantação desta estratégia no cenário nacional. Destacam-se aqui os seguintes problemas: dificuldades quanto ao perfil profissional, déficits na formação e na capacitação dos trabalhadores de saúde, demanda acumulada na atenção a saúde bucal, fragilidades na rede de serviços, precariedade nas modalidades de contratação, irregularidade no pagamento de salário e expectativa de foco na assistência à doença por parte dos usuários<sup>8-10</sup>.

Por outro lado, embora tenha herdado problemas que antecedem a sua implantação, o PSF (ou ESF) tem apresentado de forma mais contundente problemas relativos à vulnerabilidade de vínculo empregatício e, conseqüentemente, alta rotatividade dos profissionais<sup>11-13</sup>. O que se explica, na maioria dos municípios brasileiros, em função da terceirização.

Este estudo aborda as práticas na gestão, assistência e promoção da saúde bucal no âmbito da ESF em Salvador-BA, aliando a observação do cotidiano do

trabalho nas Unidade de Saúde da Família (USF) com a análise de narrativas de CD que atuam nos contextos observados. Foram consideradas no estudo dimensões simbólicas (percepção sobre o processo de trabalho no ESF, modelo de saúde bucal) e estruturais (infra-estrutura das unidades/condições de trabalho).

Destacam-se como perguntas de pesquisa: Como se caracterizam as práticas desenvolvidas pelo CD no âmbito da ESF? O que significa para os CD o trabalho na ESF, considerando suas diretrizes e condições concretas de operacionalização dos serviços? Inclui-se ainda, em uma perspectiva mais exploratória, a seguinte questão: considerando a cultura<sup>(III)</sup> profissional desta categoria, a inserção do CD na ESF vem contribuindo para produzir mudanças significativas nas práticas de saúde bucal?

### **Processo de trabalho em saúde: peculiaridades de suas práticas e relações**

São reconhecidas como características básicas do trabalho em saúde a diversidade, a complexidade e a heterogeneidade que se expressam nos diferentes espaços de atuação, sujeitos e práticas realizadas. O campo da saúde constitui, portanto, um contexto no qual se desenvolvem as mais variadas práticas de saúde configuradas em processos de trabalho específicos<sup>15-16</sup>.

“Processo de trabalho” pode ser definido como o momento no qual se articulam todos os elementos da ação para sua produção: o agente, os meios e o objeto, dentro de um espaço apropriado e anteriormente definido<sup>17</sup>. Mendes-Gonçalves<sup>15</sup> desdobrou o conceito de processo de trabalho em saúde no que chamou de três momentos essenciais do trabalho: o objeto do trabalho, a atividade humana portadora de uma finalidade (o trabalho em si mesmo) e os meios ou instrumentos de trabalho para desenvolvê-la (funcionam como modo de aproximação

---

<sup>(III)</sup> “Acreditando como Max Weber, que o homem é um animal amarrado às teias de significado que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo estas teias e a sua análise (...) como uma ciência interpretativa, à procura de significado. A cultura como um contexto que, por sua vez, vai conferir sentido e dá significados para o objeto estudado”<sup>14</sup>.

ao objeto de trabalho, estando relacionados à tecnologia não-material – saberes específicos – e a “material”: instrumentos e equipamentos).

Considera-se, então, que nas equipes de saúde os trabalhadores atuam em diferentes processos, com objetos próprios, saberes e instrumentos que conformam as especificidades<sup>17</sup>. Entretanto, o processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas numa rede de processos que se alimentam reciprocamente<sup>18</sup>. As práticas engendradas neste processo devem ser compreendidas a partir do enquadre social onde o sujeito opera a transformação do objeto e a reprodução social; é a reprodução das relações sociais que a moldura<sup>19</sup>.

O modo como as práticas de atenção à saúde se organizam é também condicionado por contextos conjunturais específicos. Tais práticas não só influenciam como são influenciadas pela política institucional, pela organização e administração interna da instituição, além de sua ideologia institucional. Essas conjunturas revelam políticas sociais que se estabelecem na formação social ao longo da sua própria história, a partir das relações entre Estado e sociedade, e, particularmente, em função dos distintos projetos político-sociais em luta pela hegemonia<sup>15,20</sup>.

Uma vez que as práticas de saúde ocorrem no âmbito de determinadas instituições, necessita-se apreender o contexto institucional, seja na esfera privada ou pública. São nestes espaços, onde os trabalhadores interagem, que ocorre a mediação, entre sua trajetória social e profissional.

Campos<sup>21</sup>, ao pensar o trabalho no campo da saúde como algo de fato diferenciado, mais criativo e liberto, propõe, então, um conceito ampliado de trabalho que transcende o de postos de emprego oferecidos pelo mercado, o que implica a criação ativa de espaços de trabalho que considerem tanto o desejo e interesse do

agente produtor, quanto as suas necessidades sociais. O processo de trabalho em saúde envolve, especialmente, o que se concebe como “trabalho vivo”, “vitalidade” que deve se configurar também como força (motriz) para mobilizar os sujeitos/equipes em torno da reflexão/intervenção em seu próprio fazer<sup>22</sup>. Isto é diferente do que se convencionou chamar de tecnificação do ato odontológico que acresce cada vez mais incorporação de tecnologia em todas as manobras operatórias, privilegiando o ato mecânico artesanal, relegando a um plano secundário o componente educativo da ação de saúde, ou simplesmente não reconhecendo o fazer odontológico como um processo educativo<sup>23</sup>.

Para Santos-Filho<sup>22</sup> o trabalhador da saúde, ao desempenhar sua ação de cuidados aos usuários (âmbito da atenção), o faz a partir de um modo de organização do trabalho, modo que se deseja construído em um coletivo (equipe de saúde), configurando um processo de trabalho no qual tenha voz ativa (processo desejado como democrático e participativo de gestão). A atenção e a gestão são permeadas por vínculos e devem possibilitar vínculos entre trabalhadores (equipe) e entre esses e os usuários. No dizer de Campos<sup>21</sup>, o coletivo organizado para a produção, definido, em consequência, como um ser constituído com uma finalidade que transcende cada um dos sujeitos que o integram, ou ainda uma rede de relações entretecida entre os sujeitos que o compõem e destes com o contexto.

## **ITINERÁRIO METODOLÓGICO**

A trajetória metodológica está amparada em abordagem de natureza qualitativa. Esta abordagem foi considerada a mais adequada aos objetivos deste segmento da pesquisa que procurou compreender os significados e valores atribuídos pelos CD, nas suas narrativas, às práticas assistenciais e de gestão na atenção à saúde bucal no contexto da ESF em Salvador. Exploramos a prática

através de seus praticantes, das experiências vividas a partir de possíveis permanências e transformações envoltas nas subjetividades do trabalho, como um esforço constante para uma compreensão cada vez mais elaborada do real.

Para Bruyner<sup>24</sup> o objetivo da compreensão é exhibir as significações internas dos comportamentos, tendo como fundamento o sujeito enquanto lugar privilegiado da apreensão das significações da ação. O empenho é em investigar fenômenos singulares ou únicos, sendo que um acontecimento não é analisado enquanto caso particular, subsumido por uma lei geral, mas é apreendido enquanto elemento original e específico. Busca-se apreender e explicar o sentido da atividade social individual e coletiva enquanto realização de uma intenção. A explicação interpretativa, no dizer de Geertz<sup>25</sup>, concentra-se no significado que instituições, ações, imagens, elocuições, eventos, costumes têm para seus proprietários.

Entre novembro de 2009 e maio de 2010 ocorreram inúmeras visitas às cinco USF, localizadas em cinco Distritos Sanitários (DS) do município de Salvador, além dos quatro grupos focais, o que possibilitou inúmeros encontros com os CD que integram a amostra deste componente da pesquisa. Vale registrar que esta foi a segunda oportunidade de interação entre o doutorando e informantes. Em uma etapa anterior do estudo, que teve como objetivo conhecer o perfil sócio-demográfico e profissional dos trabalhadores da ESF em Salvador, os informantes já haviam sido abordados.

Para a produção de dados da pesquisa foram utilizadas diversas técnicas, em função da pertinência aos objetivos e adequação à etapa da investigação. A saber: grupo focal, entrevistas individuais em profundidade, observação direta e análise do documento: Relatório do PSF do Município de Salvador, Bahia. O roteiro das entrevistas e dos grupos focais foi elaborado a partir de categorias definidas

previamente, mas foi refeito a partir do início da realização do trabalho de campo. Preliminarmente, haviam sido pensadas como categorias orientadoras: motivações para trabalhar em equipe e no setor público, práticas dentro do consultório e ações coletivas. A partir do campo abriu-se a possibilidade de inserção de novas categorias de estudo (*êemics*).

A observação direta com anotações em diário de campo serviu para acompanhar e registrar os movimentos, as narrativas e ações dos trabalhadores, ou seja, para apreender a continuidade das cenas nas atividades dos CD e das USF em suas múltiplas expressões. Além de atendimentos individuais ou trabalho de grupo, foram observadas reuniões de planejamento de equipe ou junto à gerência e visita à área junto com profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Fora da USF, se privilegiou a observação no trabalho em escolas.

O foco central das observações foram as dimensões relacionais, organizacionais e profissionais, com aproximação às relações interpessoais, na participação em espaços coletivos, na rotina dos dias típicos, além dos improvisos dos atípicos, mas também quanto ao comprometimento com as diretrizes e com os horários de chegada e saída.

No diário foram registradas de forma sistemática as impressões, imprecisões e interpretações iniciais do “cenário” vivenciado a cada dia. A idéia foi registrar tudo que viesse à mente, sem a preocupação quanto a julgamentos posteriores. As abordagens etnográficas, em particular, não dispensam as etapas de observação e convivência de campo, tendo em vista que o ensinamento fundamental desta abordagem é a comparação da fala com a observação de condutas e dos costumes, e com a análise das instituições<sup>26</sup>.

Num primeiro momento foram realizados quatro grupos focais, conduzidas por um dos pesquisadores, com o apoio de um relator. Como critérios de inclusão dos informantes, foram estabelecidos: trabalhar na ESF municipal e ter participação na primeira etapa da pesquisa. Cada grupo teve em média 7 participantes, totalizando 25 mulheres e 2 homens, com faixa de idade entre 30 e 60 anos, o que representou a inclusão de 8 DS do total de 12 da cidade de Salvador, Bahia (DS Cajazeiras e DS Subúrbio Ferroviário, DS Brotas, DS Barra/Rio Vermelho, DS Centro Histórico, DS Itapagipe, DS São Caetano/Valéria e DS Pau da Lima).

Também foram entrevistados oito CD, sendo cinco mulheres e três homens, lotados em cinco USF. Cada uma das unidades localizada no território de um DS. Três USF estão localizadas em área periférica da cidade (DS Itapagipe, DS Cajazeiras e DS Subúrbio Ferroviário) e duas em área central (DS Centro Histórico e DS Barra/Rio Vermelho). Deste total, voltou-se a entrevistar, em sessão posterior, dois dos informantes para complementar e/ou esclarecer informações, após a análise das primeiras entrevistas.

Procurou-se focar, por meio de entrevistas individuais, gravadas em MP4 e posteriormente transcritas, nas narrativas dos sujeitos e seus pontos de vista, os sentidos atribuídos pelos CD ao seu trabalho na ESF. As informações obtidas foram interpretadas de acordo com as dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material e seu confronto com a base teórica do estudo.

A idéia foi tornar o momento de entrevista o mais favorável possível para escuta dos sujeitos, deixando que o entrevistado narrasse no seu próprio ritmo, valorizando suas informações, repetições, expressões e silêncios. Para isso, foi utilizado um roteiro-guia de entrevistas (cobrindo os temas centrais), para precisar as

informações e garantir a abordagem de temas que não foram espontaneamente abordados.

Paralelamente, foram analisados alguns documentos impressos (Relatórios e Planos Municipais de Saúde referentes ao período de 2000 a 2010) relativos à Saúde da Família do município de Salvador; dados sobre a política de saúde bucal e história da ESF, levando-se em conta as diretrizes da ESF<sup>7</sup> quanto às *Atribuições específicas do cirurgião-dentista (CD)* e as *Atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal no PSF* (Anexo 2).

Ressalta-se que o caderno de campo foi um instrumento privilegiado, levado em todas as incursões para contatos e/ou entrevistas. Nele, foram anotadas todas as informações que não constam em outros instrumentos e principalmente as pertinentes à observação direta.

A análise dos resultados foi guiada pelas seguintes categorias: práticas assistenciais curativas; práticas assistenciais preventivas e educativas; as ações no território; práticas cotidianas e atípicas na atenção a saúde bucal (agendamento, protocolos, acolhimento); sentidos atribuídos pelos CD ao vínculo; planejamento e avaliação; a intersetorialidade e a educação permanente.

Levou-se em conta que todo discurso é uma prática social e que, como tal, trata-se de práticas discursivas: regras anônimas, históricas, determinadas temporal e espacialmente<sup>27</sup>. Durante a transcrição e análise foi fundamental deixar claro o que pertence ao narrador e o que é revelado da expressão pessoal do investigador<sup>28</sup>.

Cabe ressaltar que os dados foram apresentados utilizando-se códigos de forma a preservar a identidade dos informantes. A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS), como preconizado na

Resolução CONEP nº 196/96 e aprovada pelo Comitê de Ética do ISC/UFBA, registro: CAAE 0013.0.069.000-09, protocolo nº 013-2009.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As cinco USF que foram visitadas durante as entrevistas são bastante diferentes entre si. Destas, apenas uma não foi construída inicialmente como unidade de saúde, sendo posteriormente adaptada, mas permanecendo com uma das menores unidades em toda a rede de serviços. Entretanto, as outras quatro unidades não seguem um padrão arquitetônico, sendo que duas apresentam dois pavimentos e estão entre as mais bem estruturadas, uma terceira que se localiza na área mais central do município, mas apesar disso com pouca visibilidade e difícil acesso, além de pequeno número de profissionais. A quarta segue o padrão da maioria das unidades, com um pavimento e é a mais distante do centro.

Quanto aos quatro grupos focais, três foram realizados na Faculdade de Medicina da UFBA, em momentos que antecederam as “sessões de estudo para concurso” (frequentadas pelos CD da ESF de Salvador) e uma foi realizada na sede do Conselho Regional de Odontologia-BA. Pode ser considerada a possibilidade de contaminações nas narrativas quando há um coletivo reunido para falar de questões comuns ao grupo. Nesta situação de tensão em virtude do concurso anunciado e dos problemas descritos estes encontros funcionaram como momentos de explanação de dificuldades e facilitadores nas distintas realidades vividas pelos informantes.

### **Práticas assistenciais curativas: a Odontologia equipamento-dependente**

Alguns trechos da narrativa permitem ressaltar a relevância da desproporcionalidade na sobrevalorização das tecnologias materiais sofisticadas em

relação às não-materiais, principalmente nas dimensões relacionais, e suas implicações em muitos aspectos do trabalho: na formação dos profissionais, no saber, na realização do trabalho, na atenção em saúde bucal, todas direcionadas a atendimento individualizado para a realização de procedimentos curativos-restauradores na boca dos usuários que estão enfermos.

“Em um dia atípico de trabalho, hoje, por exemplo, com a cadeira do jeito que tá aí (quebrada) faço profilaxia, raspagem (...) fico somente dando orientações e dando aula (risos)”. (R7)

“Tem a história dos 70% do tempo dentro do consultório em atendimento (assistência individual), mas aqui não porque temos uma cadeira funcionando: a outra não sobe nem desce o recosto. Então somente é possível fazer restauração de dentes inferiores, tirar um raio X. Mesmo sem o sugador fazemos extração, periodontia e restauração. O apoio da cabeça da cadeira não é flexível e isso cansa mais ainda no atendimento. Temos adesivo vencido de mais de um ano (...) aí agente fala com o paciente: o senhor aceita fazer a restauração como se fosse uma espécie de provisório? em geral aceitam e digamos que 70% dos casos ficam e 30% caem, fazemos assim para não deixar de fazer” (C1)

“Então assim, é muito triste saber que gosto do que eu faço, mas não é possível trabalhar com prazer. No meu consultório eu tenho RX digital, duas turbinas, ar condicionado com tudo direitinho! Não tenho pouco instrumental, dá pra atender bem. Você tem noção do que é saber que tem tudo isso, mas que não está tendo condição de trabalhar como deveria?”. (C4)

“Flúor tá faltando há um ano. Do Brasil Sorridente veio creme dental... dá pra escovar. Passamos muito tempo comprando sugador (descartável) porque senão parava de atender por causa de uma coisa tão barata. Compramos sugador, material de proteção individual, máscara, gorro com nosso dinheiro, mas chega uma hora que você cansa”. (C1)

“(...)consultório quebrado e não ter empresas para consertar é um problema de gestão sim! nós somos a porta de entrada... os pacientes quando chegam se voltam pra gente”. (C4)

É indignante para a maioria dos profissionais a falta de equipamentos e/ou insumos para trabalhar, e não se quer negar aqui a importância de infra-estrutura adequada para a realização de procedimentos clínico-cirúrgicos com qualidade na assistência individual e da necessidade de atenção integral. O que pode ser avaliado também nestas circunstâncias é que a ênfase crescente da ESF em ações reabilitadoras para atender à grande demanda gera a dependência de equipamentos, instrumentais e materiais odontológicos mais caros e sofisticados. Estes além de mais dispendiosos necessitam de constante manutenção preventiva,

ocasionando que quando da sua falta ou avaria, dificulta a realização do trabalho dos CD focado em ações curativas.

Rodrigues e Assis<sup>29</sup> concordam sobre as dificuldades para a realização de atenção na saúde bucal com qualidade em muitos municípios e em sua pesquisa apontam os problemas gerados pela inadequada infra-estrutura e suas repercussões no trabalho e na saúde da população.

Outros autores<sup>8-11,13,30-32</sup> chamam a atenção para as distorções e os equívocos, principalmente nas dimensões organizacionais e profissionais das práticas, desde a implantação da ESF, resultantes na manutenção de problemas recorrentes desde os modelos assistenciais hegemônicos anteriores ao SUS. No caso da saúde bucal, o foco recaía nas práticas clínico-cirúrgicas com ênfase nas ações voltadas à cura das doenças através do uso de tecnologias materiais sofisticadas e de alto custo.

Foi narrado pelos informantes, mas também observado neste estudo que a inconstância na manutenção de equipamentos odontológicos impede o atendimento durante parte expressiva do ano, na maioria das USF. Este fato foi narrado em tom de denúncia e insatisfação, uma vez que implicava no impedimento de realização de ações clínico-cirúrgicas. Exemplos como este, de precarização dos serviços, representavam o principal fator de frustração com o trabalho na ESF para muitos profissionais. Foram recorrentes os desabafos dos informantes ao comparar a situação da USF com o padrão de qualidade encontrado na esfera privada. Toca-se aqui, talvez, em um dos poucos consensos entre a classe de CD: sem bons equipamentos, insumos e instrumentais não se realiza Odontologia decente e de qualidade. Este é um modelo hegemônico não superado na história da profissão.

Importante recordar que na primeira etapa da pesquisa as percepções dos CD sobre as dificuldades na atenção na saúde bucal destacaram, entre outros aspectos, problemas de infra-estrutura, principalmente na qualidade e manutenção irregular de equipamentos, na estrutura física de muitas USF, na falta de fornecimento de insumos e materiais na rede, e no controle inadequado de compras para o setor odontológico.

Foi, no mínimo, “triste” ouvir de informantes que “diante de adversidades neste campo material, com muita frequência”, eles explicam aos usuários que “o que deveria ser um procedimento definitivo poderá ser provisório devido à inexistência de algum produto, insumo ou equipamento que é indispensável”. E isto está respaldado pela necessidade de construir comunicação transparente e na manutenção de confiança na relação profissional-usuário, além de servir de denúncia em muitos casos.

Uma ressalva necessária no que concerne às práticas clínicas e cirúrgicas diz respeito à reconhecida demanda reprimida na atenção a saúde bucal. Com a oferta de assistência odontológica, quando da sua inserção no PSF, é esperado que a procura seja ampliada. Entretanto, observa-se que era usual até os anos recentes que dois CD alternassem seu tempo em um consultório odontológico e em consequência ocupassem metade do tempo para a realização do trabalho em ações de planejamento, promocionais, educativas, preventivas e de educação permanente.

Cabe, pois alguma reflexão sobre a obrigatoriedade na ESF de 70% do tempo de trabalho dentro do consultório, destinado a atendimento de usuários (assistência individual), levando-se em conta tanto os que foram agendados, quanto os que chegam para pronto-atendimento a partir de alguma queixa. Ao que parece,

segundo o relato dos CD, tanto a comunidade quanto os gestores não parecem acreditar em proteção, promoção e prevenção e cobram pelas ações curativas.

Porém, tudo isso somente fortalece o modelo histórico de práticas dependentes de tecnologias materiais e que distancia a Odontologia da promoção e da Vigilância da Saúde. Com relação às ações de saúde mais complexas do que as realizadas na ESF, incluindo as bucais, evidencia-se a fragilidade de oferta na rede pública do município de Salvador. Assim como registrada na pesquisa de Rodrigues e Assis<sup>29</sup>, realizada em Alagoinhas, aponta-se, em muitos casos, complementaridade por parte de serviços privados, conveniados ou não.

Observa-se que parcela significativa de usuários com capacidade de pagamento tem recorrido a estes serviços e depois retornado para a USF. Estes serviços privados também estão encadeados à rede e interferem no processo de trabalho dos profissionais. É sabido que isto é uma consequência direta da baixa cobertura e resolutividade dos serviços de saúde pesquisados.

Segundo a proposta do Ministério da Saúde, os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) foram criados para atender à demanda de ações de saúde bucal mais complexas do que as realizadas na ESF, entretanto foram narrados entraves no processo de referência e contra-referência entre as USF e os cinco CEO existentes no município de Salvador.

### **Práticas assistenciais preventivas e educativas na USF**

Apesar das diferenças no tamanho das USF no município pesquisado, foi apontado, pelos informantes, que a falta de espaço é um dificultador importante para a realização de ações educativas e preventivas, principalmente as que aglomeram maior número de usuários. Sem contar que entre as unidades visitadas que tinham

algum espaço, mesmo que improvisado, muitas vezes faltava água por dias seguidos, o que impedia também o cumprimento do cronograma planejado.

As ações coletivas são sempre associadas ao território fora da USF. O trabalho de sala de espera não foi reconhecido como importante para a finalidade de democratizar informações ou aproximar trabalhadores de usuários, nem mesmo quando havia alguma tecnologia material, mais comumente TV e DVD, que propiciasse as ações.

“Nós temos o grupo de gestante que acontece aqui uma vez por mês. Criamos o grupo de homens (...) que envolve hipertensos, diabéticos, né? Tem também atividades quinzenas com nutricionista (NASF) ou qualquer profissional que vai rodando, né? Esse é o grupo qualidade de vida de homens, é um grupo novo que tá dando certo. Temos o grupo de adolescente que a gente tá agora trabalhando em cima dele com atividade pro ano que vem”. (C1)

“O espaço da unidade é pequeno (...) a escovação eu faço naquela área livre da Unidade, nas 2 pias do banheiro externo. Faço orientação de higiene bucal 2 vezes na semana; cada semana é uma área...são 12 ACS. Tem áreas que tem umas 40 crianças na faixa etária de 6, 7, 8 anos e outras com 70, 80 crianças dos 5 anos até 12,14. Planejamos um escovódromo daquele lá na ABO, aquele todo bonitinho...depois jogaram fora o projeto, na reforma”. (R7)

“Eu sou totalmente contra termos 70% da agenda para ações de reabilitação porque o princípio do PSF é promoção e prevenção de saúde. Eu acho que isso não é feito em consultório. Me desculpe! quem criou isso deve ter sua justificativa. Então não precisa PSF! Coloca um bocado de consultório ai e é atendimento o tempo todo...25% de prevenção numa semana são quantos turnos? Não chega nem a seis turnos, né? Dois turnos e meio”. (M5)

Existem, assim mesmo, algumas ações educativas esporádicas, principalmente no momento da realização do trabalho assistencial, no espaço dos consultórios odontológicos ou em banheiros para a realização de escovação supervisionada e aplicação tópica de fluoreto, o que é corroborado na pesquisa de outros autores<sup>10,13,31</sup>. Estas se restringem, na maioria das vezes, à transmissão de informações sobre fatores de risco das doenças cárie dentária e doença periodontal e/ou higiene bucal, além do uso de fluoretos.

Quando do agendamento de ações coletivas, os espaços possíveis são os de sala de reunião ou externo (quintal ou corredor). Para isso contam com prévio planejamento e seguem algum tipo de cronograma. A prioridade do primeiro espaço

é para a realização de palestras pelos CD, com temáticas, na maioria das vezes, de saúde bucal, como parte de um trabalho que envolve a equipe de Saúde da Família, o que os informantes conceituaram como abordagem multiprofissional, voltadas para grupos prioritários: usuários na terceira idade, gestantes, adolescentes, diabéticos e hipertensos.

No caso de realização de atividades de evidenciação de placa, escovação dental e/ou aplicação tópica de flúor (géis ou solução através de bochechos) em algumas USF são utilizados espaços externos, principalmente que tenham pias e que sejam de fácil limpeza.

Aliás, a necessidade de improvisação é motivo de queixa freqüente entre os entrevistados, justificada, principalmente pela precariedade ou ausência de tecnologias materiais para realizar qualquer nível de atividade. Mesmo no que se refere aos materiais de custo mais baixo: fluoretos, pôsteres, macro-modelos odontológicos, espelhos de banheiro, ou em menor frequência de cremes e escovas dentais, sem contar os mais caros, tipo TV e DVD.

Frente a isso, há um discurso que mescla compromisso e frustração de alguns CD. Por exemplo, ao relatarem a iniciativa de compra de algumas tecnologias materiais com recursos próprios para garantir a realização de determinadas atividades, em função da carência de recursos materiais. Alguns ressaltaram que em outro momento já haviam comprado materiais que faltavam na unidade com recursos próprios, mas, que abandonaram tal expediente porque perderam o estímulo.

Outro aspecto que merece ressalva é que não há intenção explicitada de democratização do saber sobre conteúdos de saúde bucal, nem para trabalhadores técnicos da ESB, nem tão pouco para a capacitação ou orientação de colegas de equipe pertencentes à outra categoria profissional, visando algum nível de

transmissão de informação. O que foi descrito pelos informantes como abordagem multiprofissional contribui para a separação dos campos disciplinares e vai de encontro ao trabalho interdisciplinar que prevê para os CD na ESF<sup>7</sup>: coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, além de capacitar as equipes de Saúde da Família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.

“O ACS é quem mais acompanha nosso trabalho de comunidade. Acompanham as palestras, escovação supervisionada...quer dizer, só não aprende se não quiser, né? Só não repassa o aprendizado porque não se interessa. E com eles eu não tenho autoridade nenhuma” (M5).

Entre alguns profissionais a opinião é de que o ACS deve ser o principal agente no trabalho de informação e prevenção de saúde bucal. Entretanto, o que se observa nos oito DS pesquisados é baixa adesão dos ACS a estas ações, além de que os CD reproduzem a hegemonia do saber e fazer na saúde bucal construída nas práticas clínicas, típicas da Odontologia de mercado na esfera privada. Silveira<sup>33</sup> aponta o paradoxo destas constatações na ESF, uma vez que o perfil dos profissionais definido nas diretrizes curriculares dos cursos de Odontologia é de um indivíduo com formação generalista, técnica, científica e humanista, com capacidade crítica e reflexiva, preparado para atuar, pautado por princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção.

### **As ações no território: em espaços comunitários ou junto às famílias.**

Segundo os informantes, o foco das ações coletivas ou individuais no território está restrito, em geral, às ações educativas e preventivas junto a escolares. Um dado que é confirmado por outros autores<sup>10,11,13,34</sup>, ao enfatizarem em seus estudos a predominância das atividades com maior atenção aos escolares, através de ações coletivas e educativas, além de individuais direcionadas à orientação de higiene bucal e de aplicação tópica de flúor, constatando-se que as práticas preventivas

direcionam-se à cárie dentária, sendo necessária ampliação para diferentes problemas bucais, grupos e espaços sociais.

“Agora a gente tem enfrentado dificuldades no sentido de carro. Tem profissional que quando não tem carro não vai pra área. Não posso dizer que é uma coisa regular porque não é o que está acontecendo, entendeu? E tem áreas que realmente não dá pra ir sem carro (eu tenho micro áreas distantes, né?). Às vezes vou com meu carro, mas tenho evitado.” (C1)

“Nas escolas e creches, às vezes, vamos sem o ACS, tem o pessoal da UFBA que temos parceira...mas para adentrar nas casas das pessoas não vamos sem o agente comunitário não. Eu na minha área não tenho nenhuma igreja para trabalhar” (C1)

“Temos atividade em uma Escola em parceria com a Odonto da UFBA. Fiz levantamento epidemiológico na quinta série. Não temos como abraçar a escola toda. A UFBA priorizou algumas turmas. Solicitamos ao Distrito que essa Escola fosse contemplada no Programa Saúde do Escolar (PSE), porque aí eles vão receber os materiais e nós vamos fazer nossas atividades no decorrer do ano, né? Tentaremos a inserção desses alunos no atendimento clínico, né? Nós fazemos o ambulatorial, os universitários e ACS ajudam no preventivo”. (C1)

Foi também constatado que existem, em algumas áreas, atividades realizadas com crianças em creches, e com adultos em associações de bairro e entidades religiosas. A partir de parcerias com universidades públicas e privadas são planejadas as atividades semestralmente para que os estudantes de Odontologia realizem a parte prática de disciplinas ou estágios supervisionados sob supervisão dos CD, e mais esporadicamente de Técnicos de Saúde Bucal (TSB) e ACS. Para isto, é adequado o cronograma de trabalho dos CD da ESF ao dos universitários.

As temáticas mais freqüentes abordadas nessas atividades são: placa bacteriana, dieta cariogênica, uso de flúor, cárie dentária, doença periodontal e maloclusões. E, mais comumente, utilizam-se estratégias educativas do tipo palestras ou atividades lúdicas (jogos ou encenações) em sala de aula, escovação dentária e aplicação tópica de flúor em espaços abertos ou banheiros. Foram relatados em menor número os levantamentos epidemiológicos em escola e creche (sala de aula ou pátio aberto), o que está em acordo com os achados de Chaves e Vieira-da-Silva<sup>35</sup>, além do interesse por temáticas de saúde com abordagem mais geral e não apenas bucal, sendo que diabetes, hipertensão, higiene do corpo são as preferidas.

Deve-se destacar a falta de questionamento dos informantes ao fato de que são reproduzidas acriticamente as práticas educativas e preventivas dos programas tradicionais da Odontologia voltados a escolares (como grupos priorizados), além de pouca ênfase à saúde da família ou a temáticas que envolvam determinantes outros que não apenas os biomédicos: culturais, econômicos, políticos etc. Cabe refletir aqui sobre a pouca ênfase dada a estas temáticas mais abrangentes quando da formação dos CD desde a graduação.

As ações de atenção a saúde bucal realizadas nas escolas e creches seguem os mesmos limites das desenvolvidas no espaço da USF. A diferença neste caso está na parceria com os estudantes de Odontologia. Mas, em ambos os contextos (USF/Território) as fragilidades revelam que há uma clara lacuna em capacitações das equipes de Saúde da Família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal.

Por outro lado, a despeito das limitações nos processos formativos, a temática de Saúde da Família não é alheia aos egressos de Odontologia. Segundo o estudo de Villalba, Madureira e Barros<sup>36</sup> realizado em Campinas, pode-se perceber que os CD, apesar de reconhecerem predominantemente que tiveram defasagem de conhecimento da área da saúde coletiva em sua graduação, detêm importantes noções sobre o SUS e a ESF.

No que se refere ao trabalho junto aos ACS, na área, a atuação dos CD limita-se a algumas visitas domiciliares que são realizadas com a finalidade de atender indivíduos com impossibilidade de deslocamento até a USF. São citadas ainda algumas ações educativas e preventivas, junto a outras organizações sociais, indivíduos ou grupos. Estas são pouco frequentes e ocorrem em parceria com

grupos religiosos, principalmente, em igrejas católicas e evangélicas, e centros espíritas ou, mais esporadicamente, em terreiros de candomblé.

As perspectivas de fortalecimento do eixo preventivo-promocional na ESF local não são muito animadoras. Os relatos dos informantes convergem na percepção de que as mudanças em andamento na ESF do município de Salvador estão dificultando a ênfase nas práticas promocionais, preventivas e educativas e comprometem claramente a integralidade da atenção. São mudanças que privilegiam o tempo de trabalho destinado ao pronto-atendimento na assistência curativa, inviabilizando a agenda planejada pela equipe nas reuniões coletivas.

### **Práticas cotidianas e atípicas na atenção a saúde bucal**

Neste tópico serão analisados: agendamento; arranjos de protocolo; improvisações no cotidiano das práticas e acolhimento.

#### Agendamento

Os CD percebem o planejamento da agenda a nível municipal (para atender ao preconizado pelo MS) como uma tarefa complexa. A variação do número de equipes e de gabinetes odontológicos resulta na seguinte proporção: uma ESB para atender uma ou duas equipes de Saúde da Família. Prevê-se assim a alocação de um ou dois CD para cada consultório odontológico, na dependência da singularidade de cada USF.

“Trabalhamos pelo que é preconizado pelo Distrito e SMS. Tivemos reunião com os (novos) apoiadores: são 7 turnos de atendimento, 2 turnos de atividade coletiva. Não tendo solicitação de visita atendemos também. Umhas semanas com 8 de consultório. Há também 1 turno de programação na EC. Não fazemos 1 turno só pra reunião em cada semana! Seria bom, mas achamos inviável. No final da atividade educativa ou da EC a gente se reúne” (M8)

“Em um dia típico quando chego pego os cartões para ver quem está lá. Pode chegar paciente de urgência que está sentindo dor. Tento intercalar os pacientes. Agora está atípico por causa do consultório quebrado. Marcamos poucos pacientes! Agendamos 4 ou 5 pacientes e as urgências. No consultório funcionando normal, num dia típico, trabalho com tratamento concluído e não marco tantas urgências pra poder agilizar estes tratamentos”. (C4)

“Estão sendo pedidos 7 turnos para assistência individual, porque 2 turnos são para as escolas, apesar de não terem infra estrutura pra fazer escovação e fazemos sempre a

palestrinha. O outro turno é pra reunião da equipe às 11:00h e visita domiciliar, apesar da odontologia participar muito pouco das visitas, mas não é uma demanda constante”. (A6)

“As reuniões não estão acontecendo sempre, e a parte educativa, fazemos, pelo menos, 2 vezes na semana, em 2 turnos. E quando você trabalha com duas equipes é um pouquinho complicado, tem tanta gente com problema. A parte educativa é maravilhosa, da pra fazer duas atividades: um com as crianças e outra com um grupo. Faz falta a reunião...”. (C4)

“Teve uma época que atendíamos 5 turnos semanais no consultório, depois mudou pra 7. Não vejo risco de virar UBS... você mantendo a atividade educativa... se precisar de algum outro turno pra fazer uma atividade com a unidade inteira agente readequa, fecha a agenda...”. (M8)

Destarte, para a realização do trabalho, que por seu turno, tem o propósito de responder às demandas dos possíveis necessitados por cuidados, há motivações diferenciadas, entre os CD, que podem influenciar na construção da agenda e que não se referem sempre ao atendimento das necessidades de usuários dos serviços. Supõe-se que exista mais identidade e satisfação de uma parcela de profissionais para lidar com tecnologias materiais, e no trabalho clínico-cirúrgico na USF e de outros para ações coletivas na área, assim como compromissos individuais para a participação em reuniões de planejamento, avaliação e de capacitação. Esta constatação contribui na explicação da construção de agenda mais individualmente do que coletivamente.

Foi relatada muita desconfiança quanto ao risco de perda de qualidade e de resolutividade das equipes, a partir do que se considera fragilidade da ESF. Observou-se neste contexto contradições na narrativa dos CD: ao falar de responsabilidade ora refletem sobre a importância de padronizar, de seguir as diretrizes, assim como os novos protocolos, ora discordam das atuais propostas de mais tempo na assistência individual, além de culparem os gestores pelo que consideram retrocesso e descaminho da ESF.

#### Arranjos de protocolo: improvisações no cotidiano das práticas.

Na ausência de capacitação sistemática para os CD que atuam na ESF, o mais comum é a transmissão das tarefas pelos mais antigos da USF. Entretanto,

mesmo entre os mais experientes não há consenso sobre muitas ações. Isto acarreta falta de padronização em diferentes níveis, distorções e erros, principalmente nas ações coletivas, no acolhimento e preenchimento de ficha.

Durante as reuniões de planejamento nas equipes de Saúde da Família acompanhadas pelo pesquisador, foram referidos pelos CD e, às vezes, por outros profissionais erros no preenchimento de fichas, na alimentação de bancos de dados e na realização de procedimentos que precisavam ser corrigidos. Evidenciou-se nestes fóruns a descrença generalizada na qualidade das informações disponíveis e/ou a queixa quanto à escassez de informações atualizadas e de qualidade que sirvam de evidências sobre a realidade territorial. Os problemas apontados indicam fragilidades crônicas no planejamento e avaliação das equipes, sendo constatada também a ausência de protocolos consistentes e validados pela equipe.

Conseqüências plausíveis da falta de protocolo podem ser a deficiência de planejamento, a valorização da demanda espontânea e o acirramento dos conflitos entre trabalhadores.

“Em geral não há protocolo na odontologia aqui no PSF a não ser sobre o número de primeiras consultas por mês, 1 odontograma anual por paciente atendido. Com o SIAB nos 2 últimos anos melhorou, mas houve a necessidade de aprender sobre os novos códigos para tentar padronizar, esclarecendo inclusive alguns itens que são passíveis de interpretação diferente no BPA. São os procedimentos coletivos, visitas domiciliares e reuniões”. (C3)

“Somos quarenta horas. Não temos liberação pra estar no horário de trabalho fazendo compras. Gastando meu dinheiro e tempo livre para trabalhar. Essa semana eu já to usando a máscara normal, tem o saquinho pra proteger no atendimento e a parte de esterilização a gente fez um plano operacional que a SMS solicitou. Tá se tentando padronizar, né?” (C1)

“Temos que atender à comunidade mesmo faltando insumos e materiais. Fica difícil com os equipamentos quebrados. Mas é necessário tentar improvisar em respeito à população, mesmo com tudo contra o nosso trabalho”. (Grupo Focal)

“não tem protocolo na saúde bucal, não foi feito protocolo até hoje. Eu acho que existe o preenchimento, às vezes, até super notificado, ok? Porque se você quiser pode aumentar sua produtividade ou também deixar de fazer, e até esquecer se não fizer de imediato...”. (R7)

É relatado que a falta de protocolo dificulta muito o trabalho dos profissionais iniciantes no PSF e causa dificuldade na organização dos diversos níveis de

atenção. De fato, um estudo que discute um protocolo na atenção a saúde bucal<sup>37</sup> sugere que o mesmo contribua para a reorientação dos procedimentos odontológicos e para a realização com qualidade e eficácia do trabalho em equipe multidisciplinar, na ESF.

O aprofundamento do campo evidenciou que na rotina dos serviços da ESF do município de Salvador há constante dúvida sobre o preenchimento de fichas, acarretando erros na alimentação de SIAB e de BPA (e até mesmo na assistência individual). Sobre este último ponto, Loivos *et al*<sup>38</sup> destacam em seu estudo que o despreparo ou negligência, acarretam sistematicamente sub ou sobrenotificação dos procedimentos odontológicos individuais e coletivos. Entretanto, foi percebido confusão nas narrativas dos CD entre protocolos e o preenchimento de fichas e alimentação de bancos de dados.

O conflito clássico evidenciado entre o controle dos gestores contra a autonomia profissional e dos sujeitos pode servir como ponto de partida para a reflexão que envolve responsabilidade, resolutividade e integralidade. É consensual a necessidade de diretrizes e normas que gerem protocolos para adequar interesses de trabalhadores com atendimento às necessidades de usuários de serviços de saúde.

### Acolhimento.

Para Rivera e Artmann<sup>39</sup> existem compreensões distintas sobre o tema do acolhimento, apesar de a dimensão dialógica estar presente em todas, e destacam, entre alguns conceitos, o acolhimento dialogado:

“que possui uma dimensão primária de aceitação moral de uma demanda do paciente e a dimensão de um diálogo voltado para o reconhecimento das necessidades trazidas pelo paciente e das formas de intervenção (...). Neste sentido, o acolhimento é uma conversa que objetiva também a distribuição do paciente pelos vários pontos de atenção”. A idéia de “um sistema de acolhimento dos pacientes marcado por um relacionamento ético e por uma perspectiva receptiva e integradora” (Rivera e Artmann<sup>39</sup>).

Nos múltiplos enfoques sobre acolhimento encontramos como aspectos comuns na definição do termo, sempre alguma referência à negociação a partir da escuta, cooperação, intercâmbios comunicativos e, principalmente, compromisso social. Concordamos com estas abordagens ao não vislumbrar neste estudo práticas minimamente aproximadas ao acolhimento, nem mesmo que garanta interconexão entre os serviços e conseqüente encaminhamento do paciente para o nível de complexidade tecnológico mais adequado.

Nos depoimentos abaixo ficam patentes as limitações do acolhimento que se desenvolve nas USF estudadas, o qual se revela fortemente vinculado ao modelo tradicional da biomedicina e da Odontologia com a reprodução acrítica de práticas assistenciais tradicionais, ainda distantes para atender à Saúde da Família.

“Também temos o acolhimento na unidade, mas está restrito aos enfermeiros e médicos porque se refere ao paciente que eles atendem e não direcionam... não temos participado do acolhimento. Terminamos fazendo o acolhimento todos os dias na urgência odontológica. O preconizado é perguntar o que está acontecendo? do que está precisando? Depois encaminha pra um profissional que tenha uma vaga e referenciar, liga pra outra unidade e dar uma resposta pro paciente. Não conseguimos encaminhar para serviço especializado” (M8)

“Atendo até treze, quinze pacientes... quando o preconizado são oito e mais dois...isso ai é o mínimo, né? Eu tinha hoje na minha agenda nove pacientes, mas desses nove vieram sete, mas ao contrário tem dias que chegam muitas urgências, cada dia mais, não sobra tempo para conversar muito com o paciente”. (C1)

“Geralmente não há referência, mas quando existe é para os CEO e como estas unidades não têm condição de atender à demanda porque são poucas e limitadas, encaminhamos para unidades hospitalares. Contra-Referência não existe! Acho que no momento o secretário tá investindo no serviço da SAMU. Pode ser por conta da precarização do contrato dos profissionais de saúde, então o atendimento no PSF tem sido de pouca produtividade”. (A6)

Observa-se a distorção no conceito de acolhimento exposto acima. Expressa a compreensão de que o acolhimento se limita a atender à solicitação de atendimento de urgência de um usuário. Além disso, é importante salientar que os CD não são incluídos no processo de acolhimento, como é preconizado. O que ocorre, em grande parte, porque a demanda reprimida na saúde bucal os obriga a permanecer dentro do gabinete odontológico para a realização de procedimentos individuais.

Esta distorção implica em dois problemas: o primeiro é a falta de tempo para o trabalho em equipe e integração com outros profissionais, e um segundo é a valorização do pronto-atendimento como solução de mais um problema.

Os achados dos estudos de Santos *et al*<sup>40</sup>, Rodrigues e Assis<sup>29</sup> coadunam com os da presente pesquisa, ao considerarem os CD pouco valorizados para realizar acolhimento. São em muitos locais aliçados mesmo do processo. O discurso dos gestores quanto a não participação da ESB no acolhimento é comumente reiterado pelos médicos e enfermeiros, os quais referem à necessidade de foco na assistência individual para atender à demanda reprimida por muitos anos de atenção a saúde bucal.

Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge<sup>41</sup>, ao avaliarem o acolhimento conduzido pelos profissionais da ESF frente aos responsáveis pelas crianças atendidas, identificaram uma elevada frequência de queixas referentes às dificuldades de comunicação, apesar da postura profissional ter sido bem avaliada (70%) pelos entrevistados. Conjecturou-se que este segundo resultado pode ter ocorrido em função da hierarquia nas relações.

Deve-se destacar, contudo, que esta realidade não se repete em todos os contextos onde a ESF encontra-se implantada. Os resultados de Nascimento *et al*<sup>13</sup> divergem dos apresentados: ao pesquisarem dois modelos de atenção à Saúde Familiar (Método Paidéia em Saúde da Família - Campinas e Estratégia de Saúde da Família - Curitiba) apontaram que houve progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes, concluindo que ambos apresentam importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização do cuidado em saúde. Deve ser ressaltado, porém, que a experiência exitosa narrada pelos autores

ocorreu em dois municípios que apresentam positivo histórico de avanços nas práticas de gestão e assistenciais, diferentemente do município de Salvador.

Rivera e Artmann<sup>39</sup>, ao refletirem sobre as estratégias para superar as fragilidades no acolhimento nos serviços de saúde, apontam a necessidade de conectar a política de humanização com uma cultura e enfoque de gestão comunicativa capazes de reforçar o desenvolvimento de coletivos participativos:

“o conceito de acolhimento como rede conversacional corresponde à possibilidade de interconexão entre saberes, categorias profissionais e pontos de atenção em saúde, que condensam conversações especializadas ou recorrentes e diferenciadas. O acolhimento não se refere apenas à relação profissional-usuário, mas se refere ao acolhimento entre profissionais e serviços, como dinâmica de vínculos dialógicos” (Rivera e Artmann<sup>39</sup>).

### **Sentidos atribuídos pelos cirurgiões-dentistas ao vínculo.**

Como se apreende das narrativas de alguns informantes, o vínculo é facilitado pelo aprofundamento das dimensões relacionais, em especial entre profissionais e pacientes seja no consultório ou na comunidade. Alguns consideram que a equivalência entre o número de equipes de saúde bucal e de Saúde da Família seria um elemento potencializador na construção de vínculos.

“Essas equipes aqui já estão montadas desde 2004. Trabalhar com a comunidade envolve vínculo, né? Então não é ter somente o serviço de Odontologia dentro de USF, né? Uma coisa que está totalmente superada tanto no programa quanto na realidade que a gente está vivenciando... o PSF é trabalhar realmente com a comunidade”. (L2)

“Há profissionais que, sabendo que podem não continuar no PSF, estão buscando outros trabalhos, inclusive fora da cidade. O concurso garante uma estabilidade que pode reforçar cada vez mais o vínculo com a comunidade, principalmente se não houver mudança de área para os que já estão trabalhando. Isso acusa a falta de conhecimento dos gestores com relação ao princípio essencial do vínculo com a comunidade... isso é realmente grave”. (R7)

O fato narrado no segundo depoimento reforça a informação de que existe uma intensa mobilidade dos profissionais de saúde entre municípios vizinhos. O fator decisivo para este trânsito parece ser a remuneração financeira, seguido dos arranjos de horário, como o não cumprimento das quarenta horas exigidas. Este último permitiria a existência de mais de um vínculo de trabalho no próprio PSF, em um segundo município, ou a somatória da esfera pública com a clínica privada.

Desta forma, o vínculo através de relações interpessoais entre profissionais e usuários, umas das diretrizes básicas da ESF, é comprometido quando da mobilidade entre municípios. Este processo de mobilização (implicando em mudança de equipe e área), tal como relatado, foi negativo e gerador de perda do vínculo com a comunidade e famílias.

Segundo os informantes é fundamental o estabelecimento de um vínculo entre o profissional e o paciente, no qual ambos se reconheçam. O que se observa é que na atenção ao usuário há a negação do aspecto emocional, em nome de um saber e de uma responsabilidade terapêutica que vê diante de si uma doença a ser vencida e não uma pessoa doente a ser compreendida e cuidada. A negação desse aspecto dificulta a integralidade do cuidado (no decorrer da assistência ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal), impossibilitando um efetivo acolhimento e a produção do vínculo.

A deficiência na organização da assistência no sistema municipal de saúde apresenta-se como outro fator que coopera para a fragilidade de vínculos. A baixa cobertura da ESF no município entre 12 e 17%<sup>39</sup>, além de algumas deficiências nos serviços oferecidos tem contribuído para a resistência da população em aderir à proposta. Em alguns DS encontramos, inclusive, a reivindicação da comunidade de substituição de USF por Unidade Básica de Saúde entendendo que esta seria uma estratégia de redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde. São reivindicações por celeridade e contrárias à falta de retaguarda para as ações de urgência em algumas USF.

Entretanto, uma consequência direta da adesão ampla ao pronto-atendimento, a qual predomina na atenção básica tradicional, é a redução do espaço de comunicação acarretando inevitável perda de vínculo, fato corroborado por diferentes

estudos<sup>10,11,13,32</sup>. Preocupa, portanto, a denúncia de alguns CD de que a pressão pelo pronto-atendimento tem se difundido com força nos últimos anos e a urgência odontológicas tem se tornado mais comum.

Outro aspecto importante a ser destacado na construção de vínculos da equipe com a população da área adstrita refere-se ao trabalho do ACS, o qual é reconhecido por ser um forte elo de articulação ou mediação com os usuários, trabalhadores e gestores. Este papel do ACS na equipe é facilitado pelo fato do mesmo atuar, via de regra, na mesma comunidade onde reside, o que facilita o trânsito e a interlocução com a população local.

A existência de outros vínculos de trabalho torna a presença limitada e por isso repercute sobre o envolvimento e participação dos profissionais nas ações da unidade. Ademais, o vínculo do profissional junto aos membros das famílias sob seus cuidados tende a se tornar mais burocrático e distante. Urge uma ação de gestão para resolver o descumprimento pelos profissionais da ESF da carga horária prevista em contrato. Existem municípios que pagam salários baixos e, para compensar este fato, os profissionais negociam arranjos na carga horária de trabalho, com sua redução. O recomendável seria enfrentar ambos os problemas.

### **Os momentos e ferramentas de planejamento e avaliação**

São muitos os aspectos que contribuem para a baixa qualidade das práticas de gestão, aqui traduzidas como de planejamento, gestão e avaliação. No contexto pesquisado, dois fatores merecem destaque: a falta de conhecimento das necessidades locais, resultantes da ausência de diagnóstico situacional, e a descontinuidade das reuniões de equipe em quase todas as ESF da rede. Além disso, apesar do discurso da totalidade dos CD de que essas ações têm valor, na prática houve redução do tempo disponível na agenda das equipes estudadas.

“Com relação aos problemas de informações, relatórios (...) eles fizeram agora no Distrito reuniões de esclarecimento. Agora devolvem relatórios pra USF semestral e anual. Enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem usam a reunião para planejar, avaliar, apesar de que eu acho que ainda continua muito focado principalmente nas questões de campanha. Foram duas ou três reuniões de H1N1, agora vem vacina do idoso, meningite etc. Eu faço o meu planejamento: foquei o atendimento pras crianças, mandei os adultos aguardarem”. (A6)

“Falta um protocolo no planejamento. Meu colega que entrou agora não tinha experiência para preencher BPA ou outro SIS. Sentei com ele e ele faz mais ou menos como eu. Tem procedimento que a gente faz lá no SIS que não é contemplado, então se improvisa. O que preocupa em relação ao SIS é que cada um marca dando uma solução inclusive à falta de procedimentos, mas isso não é uniformizado e compromete a qualidade das informações. Quando entrei no PSF tinha supervisora. Na parte de Odonto tirava e levava dúvidas”. (C4)

“O SIAB tem emitido dados falsos, que não corresponde com a realidade. Se não tem treinamento é difícil (...) os dentistas novos do REDA não sabiam preencher nada. Com as mudanças de códigos e sem treinamento aumenta o risco de erros. Os médicos também não sabem. As enfermeiras que sempre preencheram decidiram não preencher mais. Os agentes administrativos é que estão preenchendo para os médicos e ASB para dentistas”. (A6)

Na fala dos informantes foi explicitada preocupação com a qualidade das informações produzidas na ESF do município, através de sub ou sobrenotificação nos SIS, o que dificulta sobremaneira o conhecimento das necessidades locais. Foi observada a falta de rotina na realização de reunião para planejamento, com exceção do relato de um profissional ao informar que, apesar de pouco tempo, semanalmente a equipe de saúde discute problemas e encaminhamentos.

Um trecho da narrativa destacou a insatisfação com o foco do planejamento da equipe voltado às doenças transmissíveis, além das condutas de julgamento e decisão diante de projetos que devem ser mais coletivos e menos individualistas.

A ação demonstra que, neste caso específico, o CD explicitou a sua discordância e agiu com autonomia, estando presente na reunião que supostamente funcionaria para a tomada de decisões coletivas. Mas, no discurso da maioria dos entrevistados, fica evidenciada a irregularidade na realização de reuniões entre trabalhadores das equipes de Saúde da Família, mas também destes junto aos gestores do DS ou da SMS.

Entre as muitas competências almejadas na ESF<sup>7</sup> para a realização do trabalho dos CD são apontadas algumas mais desafiadoras, visto que presentes nas

interfaces da gestão e assistência, destacando-se entre elas a de participação do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Vale lembrar que parte da crítica contra o modelo assistencial hegemônico de saúde no Brasil foi calcada na ausência de planejamento e permissividade com a demanda espontânea. No atual cenário de práticas de saúde no município pesquisado, muito se denuncia pela fragilidade do trabalho em equipe pela não priorização de reuniões.

Os avanços observados nos serviços de saúde brasileiros nas três últimas décadas, como consequência direta da Reforma Sanitária, ressaltam a importância do compromisso dos trabalhadores de saúde para com a reorganização das práticas. Segundo Teixeira e Paim<sup>43</sup>, a institucionalização da prática de planejamento e programação é um objetivo a ser perseguido pelos DS, até mesmo como forma de construir um novo modo de pensar que supere a rotina, a inércia burocrática e a falta de motivação para o trabalho. No campo específico da Odontologia, Zanetti e Lima<sup>44</sup> enfatizam que o compromisso com os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) contribuiu para o desenvolvimento da programação com ênfase promocional na Odontologia.

A rotina de planejamento e avaliação em espaços coletivos representa um eixo para a mudança do modelo de atenção. Entretanto, planejar exige uma ação comunicativa, isto é, participar de um diálogo permanente com os representantes dos órgãos governamentais e não governamentais, dos grupos sociais e com as pessoas, de um modo geral<sup>45</sup>.

### **A intersectorialidade na ESF.**

A implementação de ações intersectoriais nas equipes de saúde diante da rede social, de setores e sujeitos envolvidos nos problemas territoriais é uma das inovações da ESF. Teixeira e Paim<sup>46</sup> explicam que as propostas de ação intersectorial estão inseridas no contexto da busca de alternativa à crise do setor saúde, cujas raízes

encontram-se parcialmente estruturadas na reprodução de concepções e práticas cada vez mais insuficientes e inadequadas face às mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das sociedades contemporâneas.

O que foi descrito pelos informantes como articulação intersetorial se restringiu aos trabalhos desenvolvidos em parceria com organizações do setor educacional. Tais ações de saúde bucal de caráter coletivo, realizadas em parceria, estão focadas, em geral, na educação, informação e prevenção de agravos entre crianças e adolescentes escolares.

“É preconizado pelo SUS, que se crie parceria, mas é opcional de cada profissional aceitar ou não o trabalho da universidade. Aqui dentro tem desde as particulares fazendo uma visita esporádica, as escolas técnicas, de pós-graduação e tem faculdade de Odontologia da UFBA, medicina, além de internato de medicina e internato da enfermagem da UFBA”. (C1)

“Já perguntei aos coordenadores como é que se pontua todo o trabalho social realizado por nós no PSF, mas não obtive resposta. É uma coisa que demanda muito tempo, comprometimento e depende do relacionamento intersetorial que não existe no PSF. Nós conseguimos pela amizade e não pelo diálogo de vários setores de governo! Não existe o pedido do DS pra esse paciente que não anda, soro positivo, usuário de drogas etc., tem que ir com acompanhante no local e tentar. Não vejo o diálogo com outros setores”. (A6)

Em menor número são realizadas ações pontuais de atenção a saúde bucal para esta clientela no espaço da USF visando assistência individual curativa. No ano de 2010 a ênfase nesta parceria cresceu com o avanço do PSE em alguns territórios selecionados no município pesquisado. Na maioria das vezes, segundo os informantes, estas experiências se restringem ao espaço da escola e estão de acordo com os achados de Rodrigues e Assis<sup>29</sup> ao relatarem a intersetorialidade na ESF com a Secretaria Municipal de Educação, contando com a contribuição dos professores que se tornam responsáveis pelo acompanhamento das crianças.

É considerável a articulação com entidades de ensino superior, através de convênios para que alunos de graduação e de pós-graduação façam estágios, com destaque a Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual da Bahia, além de outras Faculdades e Escolas Técnicas. Em ações esporádicas os estudantes são

encaminhados às USF. Apesar da possível contribuição das mesmas na prevenção de enfermidades bucais, aponta-se que estas estratégias estão muito aquém do almejado estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial e à participação, desejado na ESF, para melhorar as condições de saúde<sup>7</sup>.

A complexidade dos problemas relacionados à atenção em saúde bucal do município estudado aponta a necessidade de novos mecanismos de organização do coletivo de trabalho que favoreçam as ações de planejamento pautadas na vigilância à saúde. Supostamente ações de suporte da gestão aos profissionais e às práticas na atenção básica ampliariam os espaços de diálogo, construindo novos pactos entre trabalhadores, gestores e comunidade em prol de maior acesso e resolutividade dos cuidados ofertados.

A construção de diálogo neste cenário da ESF objetiva, dentre outras questões, romper com a costumeira distância que separa a realidade do vivenciado nas práticas assistenciais, a partir da responsabilidade e dos interesses dos trabalhadores, da intenção de controle das regras e diretrizes do trabalho pelos gestores, comumente com resultados desfavoráveis às necessidades dos usuários.

Na pesquisa de Silva e Rodrigues<sup>47</sup>, realizada em Belo Horizonte (MG), apesar dos resultados apontarem a existência de uma ampla rede social, as práticas intersetoriais para a promoção de saúde são incipientes, pontuais, esporádicas e desprovidas de planejamento sistemático. As autoras apresentam como desafio para a intersetorialidade a formação de profissionais que sejam capazes de perceber a complexidade dos problemas manifestos na sociedade e, por conseguinte, reconheçam a necessidade de ações intersetoriais para intervir em tais problemas. Em cenários complexos, muitas vezes, torna-se necessário que os profissionais de saúde tenham suas ações viabilizadas pelos gestores ou outros trabalhadores.

## **A descontinuidade na educação permanente**

O conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) como processo de aprendizagem no trabalho multiprofissional e transformação das práticas para a solução de problemas de saúde pode ser entendido enquanto política pública de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na rede do SUS<sup>48</sup>.

Segundo Ceccim<sup>48</sup>, a EPS não se restringe ao prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde: a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada nas reflexões críticas sobre as práticas reais, dos profissionais reais, em ação.

Ressalta-se, a necessidade de repensar a gestão de serviços e pessoas, levando-se em conta que a formação no campo da saúde, voltada aos danos e na determinação bio-fisiológica das enfermidades, acarreta a hegemonia das práticas assistenciais clínico-cirúrgicas, focadas na cura de doenças, em detrimento da ênfase nas ações de proteção e promoção da saúde.

A fragilidade nas práticas educativas de saúde bucal vêm sendo evidenciada em diversas pesquisas<sup>10,11,13,49</sup>. Além disso, segundo Campos e Belisário<sup>50</sup> é preciso estar atento ao fato de que parte dos conhecimentos e técnicas, recomendáveis hoje, estará em desuso dentro de uma década, e que, portanto, mais importante que transmitir conhecimento, é criar hábitos e métodos que valorizem o auto-aprendizado, a abordagem crítica dos conhecimentos e a permanente inquietação.

“Não existe EC no PSF, o que tem é alguma coisa pontual, tem curso de meningite, de H1N1... são ultimamente todas no final do ano. Tem até duas no mesmo dia, para o mesmo

profissional (risos). Dentista não é mais convidado para capacitação, EC no PSF, a não ser por conta do PSE ou porque é amigo. Não somos convidados para temáticas que não as de saúde bucal. São para médico e enfermeiro. Não tem tido de saúde bucal. Para o programa de saúde do adolescente, programa do Ministério da Educação, nós temos capacitação”. (A6)

“(...) eu tô fazendo o curso de vigilância epidemiológica com nove módulos, lá no Garcia. A escolha foi por sorteio, um dos dentistas sorteado fui eu”. (C1)

“Eu acho que a prefeitura hoje não está investindo nos trabalhadores do PSF. Se não for tema de saúde bucal dentista não é convidado. Médico tem um calendário mais permanente, algumas das atividades são mais pra enfermagem. Desde as últimas gestões que não há educação continuada, reciclagem, capacitação (...) suspenderam! Nesse ano de 2009 acho que só fiz uma atualização. Foi sobre anemia falciforme. Uma palestra de 2 ou 3 horas”. (R7)

As narrativas explicitam insuficiência, nos últimos anos, para capacitação de CD, mesmo com temáticas de saúde bucal, além da insatisfação com a ocorrência de reciclagem e atualização com maior frequência para médicos e enfermeiros. Entretanto, a partir do PSE tem sido ampliada a participação dos profissionais em capacitações, apesar das mesmas estarem restritas às equipes de Saúde da Família incluídas no programa. Como relatado adiante, observa-se que há, pontualmente, Educação Continuada (EC).

De fato, na primeira etapa da pesquisa, quase 10% dos CD entrevistados relataram que a falta de capacitação e EC eram dificultadores para a realização do trabalho na ESF, além do sentimento de discriminação com respeito à maior frequência de convites para médicos e enfermeiros participarem de reciclagem.

Quanto ao que deveria ser a EPS na ESF do município de Salvador, observou-se contradições nas narrativas. Parte dos informantes relata a falta de convite para os CD participarem de cursos que não envolvem a saúde bucal. Outros denunciam que há um grupo de profissionais com privilégios que sempre são convidados. Embora a totalidade dos entrevistados concorde que havia, no passado, mesmo que com pouca frequência, cursos que incluíam temáticas de saúde bucal ficam evidentes a pouca ênfase na EPS. Ainda que esta seja considerada por muitos autores como um dos eixos mais urgentes na direção da valorização profissional e para a mudança de paradigma das práticas sanitárias tradicionais.

No contexto observado a EPS é um ponto frágil na Saúde da Família local ao não priorizar a rede pública de saúde como uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Na visão de Ceccim<sup>51</sup>, a EPS deve funcionar com uma formulação concreta da política de educação na saúde, superando a programação da capacitação e atualização de recursos humanos, sendo que a importância maior da proposta é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde. Ademais, o que está em jogo é a formação de perfis profissionais e de serviços, assim como a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação e mudança institucional.

Na verdade, o que se tem nas equipes pesquisadas é alguma EC por categoria profissional, e não EPS, da equipe e em serviço, na forma de supervisão pelo NASF, por exemplo. A EC é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento. Além disso, é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional<sup>52</sup>.

Deve-se esclarecer que os NASF são considerados estratégicos na consolidação da Saúde da Família e foram criados também com o objetivo de funcionarem como eixo da educação permanente, mas em algumas experiências municipais, especula-se que são até mesmo alocados na assistência individual.

Para Ceccim<sup>51</sup>, a EPS pode corresponder à Educação Continuada quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de

carreiras por serviço em tempo e lugar específico, assim como corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Outra questão que merece atenção se refere à falta de capacitação dos ACS para atuação com ações de saúde bucal (de promoção, educativas e preventivas) na ESF. Foi referido que não são incluídos conteúdos específicos desta área na capacitação dos ACS quando da sua entrada na ESF do município, nem tão pouco atribuída esta competência aos CD, das ESB, pela capacitação posterior daqueles. Para agravar esta situação, os entrevistados relataram que após a regulamentação do trabalho do ACS houve empoderamento destes profissionais de nível técnico e que os mesmos, frequentemente, se negam a acrescentar tais conteúdos e práticas às suas rotinas na área, sob argumento de que não é escopo do trabalho.

Negam-se, inclusive, a trabalhar junto à ESB ou barganham para favorecimento próprio como lideranças comunitárias quando requisitados a participarem de ações no campo. Entretanto, a maioria dos entrevistados admitiu que o cenário mais comum na ESF sempre foi o de tratar os ACS como categoria submissa aos outros trabalhadores, incluindo, algumas vezes outros de nível técnico: auxiliar de Enfermagem ou de Odontologia. Desta forma observa-se que é recente a valorização de parte dos profissionais de formação universitária pela escuta e participação dos ACS no planejamento das práticas de saúde.

Observa-se comumente nas equipes de saúde que os CD consolidaram-se como os detentores do saber e fazer na saúde bucal e não capacitam os demais profissionais no que concerne aos conteúdos odontológicos, com exceção do auxiliar de saúde bucal (ASB) para procedimentos na assistência individual. Preservam-se

como agentes exclusivos na coordenação, direção e realização das ações de saúde bucal em todos os níveis, embora explicitem que cabe aos ACS a realização de ações de saúde bucal preventivas e educativas junto à comunidade, principalmente em território externo à USF.

Certamente, seria o caso também de rever a formação dos CD nos cursos de graduação, entendendo que o conhecimento em saúde bucal está para além do orofacial e diante da necessidade em formar profissionais comprometidos com questões sociais e com o SUS<sup>10,11,13,32,53</sup>, além de investimento amplo das SMS na EPS.

## **CONCLUSÕES**

Na narrativa dos entrevistados, explicitou-se que os CD têm conhecimento de que as práticas na ESF devem ser orientadas através de trabalho em equipe, com ênfase no acolhimento, na proteção e promoção da saúde, mas sem perder qualidade na assistência individual, inclusive de pronto-atendimento. Entretanto, a observação das práticas evidencia que outra realidade: diante do preconizado na ESF, as ações coletivas são focadas em grupos prioritários (escolares, adolescentes, gestantes, hipertensos, diabéticos) e as individuais representam, em média, 70% do trabalho, sendo em sua maioria procedimentos curativos e cirúrgicos, na lógica de pronto-atendimento, sob a responsabilidade exclusiva do CD.

Os informantes demonstraram satisfação com relação à liberdade na montagem da agenda, porém é importante frisar que os critérios para o agendamento variam em cada ESB, inclusive na distribuição de tempo e do número de pacientes. Além disso, houve divergências, entre os CD, a respeito do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Coordenação da ESF e de Saúde Bucal, na SMS do município de Salvador.

As narrativas dos CD revelam muitas críticas a respeito da insuficiência de protocolos tanto nas práticas de gestão como assistenciais, dificuldades na alimentação de dados nos SIS e realização de ações de planejamento e avaliação. De fato, a percepção geral é de que não há planejamento coeso para o cotidiano das práticas. Cada CD conduz a ESB e organiza as práticas de forma particular, de acordo com as singularidades locais ou, em menor número, a partir da gerência na USF. Existem ainda outras críticas associadas à crescente demanda pelo pronto-atendimento, fragilidade do sistema de referência e contra-referência, falta de médico e incompatibilidade entre o número de domicílios a serem visitados e a disponibilidade de equipes.

Por seu turno, os CD explicitaram que improvisações na assistência são recentemente mais corriqueiras em função tanto de problemas estruturais internas à USF (avarias ou falta de equipamentos, insumos e instrumentais, e com menor frequência devido à falta de água, banheiros quebrados e paredes infiltradas) como também na área. Nestas últimas, devido à dificuldade de deslocamento até os domicílios ou agendamento, inclusive por falta de carro, além da escassez de flúor, escova dental, creme dental, macromodelos, dentre outros para as ações protetoras.

É flagrante a incipiência na construção da intersetorialidade no escopo da atenção em saúde bucal. As parcerias se limitam às escolas e, mais esporadicamente, às entidades religiosas.

A SMS do município parece que enfrenta dificuldades para a institucionalização de práticas de atenção tanto individuais como coletivas no campo da Saúde Bucal. Urge neste sentido, além da melhoria de qualidade de gestão, mais reflexão quanto à identidade dos CD no trabalho em equipe. Torna-se necessário compreender os seus projetos coletivos, fomentar a participação destes

trabalhadores nos processos decisórios em saúde e construir estratégias que possam repercutir em mudanças no sentido de trazerem para o trabalho em saúde coletiva mais motivação, além de possibilidades de construção de práticas que tenham a marca dos trabalhadores e não os conduzam a uma ação mecânica e automática. Um caminho necessário é o da participação nas práticas de gestão.

Apesar de todas as adversidades e distorções do modelo de atenção na Saúde Bucal as ESB estudadas parecem contribuir para a melhoria da saúde bucal no município, uma vez que nos últimos dez anos é crescente o número de equipes distribuídas nos territórios mais carentes de serviços de saúde, edificando-se como uma opção às práticas mutiladoras ofertadas historicamente em UBS.

Para concluir, destaca-se a necessidade de se refletir sobre os descaminhos da política de saúde no que tange aos processos de planejamento e gestão da ESF como um todo. No que se refere especificamente à inserção da equipe de saúde bucal na Saúde da Família, concorda-se com Moysés<sup>54</sup> que “afinal o Brasil deverá enfrentar a questão central de definir a atenção à saúde bucal de seus cidadãos como parte de uma política de Estado, devidamente valorizada e financiada”. Para tanto, como enfatiza este autor será preciso avançar na conceituação da saúde na esfera da atenção primária e de sua integração com a rede de cuidados de modo a ampliar a resolutividade em saúde bucal, apostando em tecnologias custo-efetivas e eficazes no enfrentamento da complexidade inerente aos perfis epidemiológicos na atualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Pierantoni CR, Varella T, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Cadernos de RH, 1:29-40, 2006.
2. Bezerra O. Dinâmica e características do mercado de trabalho do setor saúde. In: Castro JL, organizador. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, p. 201-216, 2007.

3. Castro JL. *et al.* Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. In: Castro JL (org.) Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, p. 17-42, 2007.
4. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.309-330, 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Extraído de [<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>], acesso em [01 de dezembro de 2010].
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 29 dez. 2000. Seção 1. p. 85.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área técnica de Saúde Bucal. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, março de 2001. Extraído de [<http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivoamplo/portaria267.htm>], acesso em [01 de dezembro de 2010].
8. Rabello SB, Corvino MPF. A inserção do CD no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Odontol, 58(6):366-367, nov./dez. 2001.
9. Fortuna RFP. Promoção de saúde bucal no SUS: possibilidades e limites do programa de saúde da família. Dissertação de Mestrado, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.
10. Palú APN. A inserção da saúde bucal no PSF, perspectivas e desafios: a visão de odontólogos do Paraná. Dissertação de Mestrado, UEL, Londrina, 2004.
11. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Publica, 24(9):2131-2140, set. 2008.
12. Loivos C, Groisman S, Knupp R, Curvino M, Rocha NSM. Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário. Rev Bras Odontol, 66(2):263-269, jul./dez. 2009.
13. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico. Rev Saúde Publica;43(3): 455-462, May-June 2009.

14. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1989. p.4
15. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: Raízes sociais do trabalho médico. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São Paulo, 1979.
16. Souza DS. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Divulgação em Saúde Para Debate, 6:4-9, out. 1991.
17. Coelho TCB. Processo de trabalho em saúde. Revista de Saúde Coletiva UEFS, 1(1):121-127, 2002.
18. Rodrigues AAAO, Santos AM, Assis MMA. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, 15(3):907-915, jan./may. 2010.
19. Ruf A. Mas, afinal, quem é o sujeito das mudanças ? Uma análise da dimensão tecnológica e intersubjetiva das práticas de saúde do PSF. Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2006.
20. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, p. 187-220, 1994a.
21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2ª. ed., 2005. 237 p.
22. Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humaniza SUS: o cotidiano do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB. (Org.). Trabalhador da saúde – muito prazer ! Ijuí: Ed. Unijuí, p. 73-96, 2007.
23. Valença AMG. A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista. Niterói: EdUFF, 1998, 108 p.
24. Bruyne P. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica, Rio de Janeiro: F. Alves, 1991.
25. Geertz C. O saber local. Petrópolis: Vozes, 1983. p.37
26. Minayo MCS, Sanches O. Qualitativo-quantitativo: oposição ou complementariedade ? Cad. Saúde Pública, 9(3):239-62, 1993.
27. Iñiguez L. A análise do discurso nas Ciências Sociais: variedades, tradições e práticas. In: Iñiguez L (Coord.). Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais. Petrópolis: Vozes, p. 50-160, 2004.
28. Poirier J, Clapier-Valladon S, Raybaut P. Histórias de vida: teoria e prática. Queiras/Portugal: Celta Editora, p. 49-94, 1999.

29. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: Edições, 2009.
30. Rocha, KB. Trajetória do PSF em Goiás e análise de suas viabilidades em grandes centros urbanos. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, 2005.
31. Souza DMS. A incorporação da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. Dissertação de Mestrado, UFRGN, 2005.
32. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad. Saúde Pública, 24(2):241-246, fev. 2008.
33. Silveira JLGC. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia: Historicidade, Legalidade e Legitimidade. João Pessoa: Pesq Bras Odontop Clin Integr, 4(2):151-156, mai./ago. 2004.
34. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF. Educative practices and attitudes within the pre-school environment: evaluating the education professionals. Braz oral res, 22(4):340-345, 2008.
35. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública, 23(5):1119-1131, 2007.
36. Villalba JP, Madureira PR, Barros NF. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Inst Ciênc Saúde, 27(3): 262-268, 2009.
37. Macêdo DN, Carvalho SS, Lira SS, Sena CA, Bezerra EAD. Proposta de um protocolo para o atendimento do idoso na atenção básica. RCRO Odontol. Clín.- Científic, 8(3):237-243, jul/set. 2009.
38. Loivos C, Groisman S, Knupp R, Curvino M, Rocha NSM. Acesso às ações de saúde bucal versus indicadores do SIAB/SIASUS: um diálogo possível e necessário. Rev Bras Odontol, 66(2):263-269, jul./dez. 2009.
39. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento, gestão em saúde: histórico e tendências com base numa via comunicativa. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2265-2274, 2010. p.2271
40. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, 23(1):75-85, jan. 2007.
41. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das

- equipes de saúde da família. Cad. Saúde Pública, 26(12):2316-2322, dez. 2010.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Extraído de [[http://200.214.130.35/dab/historico\\_cobertura\\_sf/relatorio.php](http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/relatorio.php)], acesso em [01 de dezembro de 2010].
  43. Teixeira CF, Paim JSL. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: Vieira-da-Silva LM. (Org.). Saúde Coletiva: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, p. 19-34, 1994.
  44. Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo. Saúde em debate, 13:18-35, 1996.
  45. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. In: Teixeira CF (org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, p. 23-57, 2002. 128 p.
  46. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: Teixeira CF (org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, p. 58-78, 2002.
  47. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm, 63(5):762-769, set./out. 2010.
  48. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva, 10(4):975-986, out./dez. 2005a.
  49. Reis DM *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciênc. Saúde Coletiva, 15(1):269-276, jan. 2010.
  50. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 5(9):133-142, ago. 2001.
  51. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9(16):161-177, fev. 2005b.
  52. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de

Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13(30):121-134, jul./set. 2009.

53. Anacleto KL, Cutolo LRA. Contribuições para discussão sobre a formação do odontólogo a partir da inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Arquivos Catarinenses de Medicina, 36(4):76-83, 2007.
54. Moysés SJ. Saúde bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.705-734, 2008. p.732

### ARTIGO III

---

#### **Autonomia, poder e hierarquia nas equipes de Saúde da Família: Narrativas dos cirurgiões-dentistas em Salvador, Bahia**

Augusto Cesar Costa Cardoso, Leny Trad<sup>1</sup> & Àngel Hernaez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Saúde Coletiva / Universidade Federal da Bahia (UFBA)

<sup>2</sup>Universidade Rovira i Virgili (URV)

Correspondência para:

Augusto Cesar Costa Cardoso

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Rua Basílio da Gama S/N CEP- 40110-040 Canela, Salvador, Bahia, Brasil - CEP:  
40110-040

e-mail: [cardosoacc@hotmail.com](mailto:cardosoacc@hotmail.com) ☎(071- 3263-7409/7410 Fax: +5571-237-5856

## RESUMO

Analizamos nesse artigo as narrativas de oito cirurgiões-dentistas (CD) que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Salvador, Bahia, acerca das relações com os demais profissionais membros da estratégia. Procurou-se apreender as concepções de autonomia, poder e hierarquia que permeiam sua integração no trabalho em equipe multiprofissional. As informações foram obtidas por intermédio de entrevistas em profundidade, grupos focais e observação direta do trabalho, além de visita às Unidades de Saúde da Família (USF). Os resultados apontam para dificuldades na inserção do CD na equipe, assumindo uma postura coadjuvante na organização do trabalho em um contexto de privilégios de algumas profissões em detrimento de outras, o que favorece conflitos, disputas de poder, além do comprometimento da autonomia e da cooperação entre os CD e os demais trabalhadores da equipe. Os entrevistados referiram uma percepção de exclusão por colegas de outras profissões, em especial pelos médicos, e sentimentos de desvalorização relacionados aos problemas de infra-estrutura e gestão que dificultam o cotidiano de trabalho e a resolutividade das ações. Uma análise mais apurada explicita também que há incompatibilidades entre os propósitos normativos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as condições objetivas para o exercício da prática profissional da Odontologia no município, levando-se em conta o contexto de precarização do trabalho e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Neste cenário são identificadas tendências de adaptação ou alienação sem, contudo, realizar-se uma tematização explícita sobre os tensionamentos e divergências, objetos de crítica no âmbito institucional. Acredita-se que descortinar tais problemas poderá contribuir para o avanço das relações dentro da ESF com conseqüente melhoria do planejamento e satisfação dos profissionais e usuários do serviço. Nesta direção, faz-se necessário implementar estratégias que propiciem o diálogo nas instituições de saúde com o intuito de melhorar a integração no contexto de trabalho em equipe e de organização dos serviços, amenizando-se o desencontro entre os objetivos predefinidos pelos gestores e as práticas efetivamente realizadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Família. Saúde Bucal. Prática Profissional. Autonomia Profissional. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

In this article we have analyzed the narratives of eight dentists who worked in the Family Health Strategy (ESF) in the Municipality of Salvador, Bahia, in relation to the other professionals, members of the strategy. We aimed to obtain an understanding of the concepts of autonomy, power and hierarchy that permeate multiprofessional team work integration. Information was obtained by means of in-depth interviews, focal groups and direct observation of the work as well as visits to the Family Health Units (USF). The results indicate the difficulties of the insertion of dentists in the teams, taking over a supporting position in the work, in a context of privileges of some professions in detriment of others, which favors conflicts, power disputes as well as compromising autonomy and cooperation between the dentists and other workers of the team. The interviewed parties referred to a perception of exclusion by face of other professions, especially medical doctors, and the sense of devaluation in relation to infrastructural problems and management that make the daily work activities difficult and the resolution of actions. A more refined analysis also demonstrates that there are incompatibilities between the normative purposes of the ESF and objective conditions for exercising the Dentistry professional practice in the Municipality, taking into consideration the precariousness of the work and the management of the Municipal Health Department (SMS). In this scenario, the trends towards adaptation or alienation are identified without, nevertheless, realizing an explicit thematization about the tensioning and divergences, objects of criticism in the institutional ambit. It is believed that unveiling such problems could contribute towards an advance in the relations within the ESF and a consequent improvement of planning and satisfaction of professionals and users of the service. In this direction, it is necessary to implement strategies that propitiate dialogue in the health institutions with the purpose of improving integration in the context of team work and organization of the services, permitting dialogue within the health institutions, aiming towards improving integration in the context of team work and organization of the services, decreasing discordance between objectives predefined by leaders and what is effectively put into practice.

**KEY WORDS:** Family Health. Oral Health. Professional Practice. Professional Autonomy. Health Policies, Planning and Management. Health Management.

## INTRODUÇÃO

Seja no âmbito comunitário ou nas Unidades de Saúde da Família (USF), as equipes de Saúde da Família devem desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva<sup>1</sup>. O cirurgião-dentista (CD) teve sua inserção normatizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2000, tendo como um dos principais desafios o trabalho em equipe e a coordenação do campo de saúde bucal junto aos outros profissionais. A ênfase em ações integrais e de redução do risco à saúde baseou-se em diretrizes distintas da Odontologia tradicional, historicamente centrada em práticas individuais e curativas.

Desta forma, concomitante à expansão da saúde bucal na esfera pública ocorreu aumento significativo do número de CD inseridos na ESF na última década<sup>(IV)</sup>, na situação de assalariados, trabalhando em equipe e submetidos ao controle e procedimentos próprios das organizações de saúde que atuam na atenção primária. Dados do Ministério da Saúde apontam que até outubro de 2010 foram implantadas 95 ESB (Modalidade I) e nenhuma na Modalidade II, no município de Salvador, e em todo o Brasil, no mesmo período, 18.545 ESB na Modalidade I (CD e ASB) e 1.650 na Modalidade II (CD, ASB e TSB)<sup>2</sup>.

Segundo diversos autores<sup>3-5</sup>, o trabalho em equipe ocupa uma posição de destaque na ESF, como um importante recurso de trabalho por representar distintas possibilidades de relações e significados. Os desafios que se apresentam para os profissionais estão associados à necessidade do diálogo, de convivência compartilhada no mesmo espaço físico, do respeito à diversidade e na realização do trabalho conjunto numa abordagem interdisciplinar.

---

<sup>(IV)</sup> Dados do Ministério da Saúde apontam que até outubro de 2010 foram implantadas 95 ESB (Modalidade I) e nenhuma na Modalidade II, no município de Salvador, e em todo o Brasil, no mesmo período, 18.545 ESB na Modalidade I (CD e ASB) e 1.650 na Modalidade II (CD, ASB e TSB)<sup>2</sup>.

A interdisciplinaridade favorecerá a melhoria dos serviços a partir das diferenças técnicas, entendida como fundamental para romper o paradigma tradicional da saúde, calcado, entre outros aspectos, na fragmentação do conhecimento.

Entretanto, a análise do trabalho em equipe põe em evidência que, em grande parte das instituições, os gestores não levam em conta o lugar do sujeito e as singularidades de cada trabalhador<sup>6</sup>. Atuam a partir da ótica da racionalidade gerencial hegemônica. Neste sentido, a finalidade primordial é cumprir normas e protocolos e passam a exigir que os trabalhadores tenham saberes, desejos e interesses semelhantes, gerando perda de criatividade, participação e autonomia no trabalho em equipe<sup>7,8</sup>.

Existem, todavia, subjetividades na forma de cada sujeito pensar sua relação com o trabalho, produzir interpretações de sua situação e de suas condições, permitindo reconstrução de identidades ao agir sobre o processo de trabalho e, em alguns casos, promover a evolução nas relações sociais de trabalho e construção de equipes como coletivos<sup>7,9-11</sup>.

Desta forma, na divisão do trabalho são necessários sujeitos capazes de linguagem e da ação, posto que emergem da intersubjetividade. No entender de Habermas<sup>12,13</sup> é necessário desnudar o mundo subjetivo a partir da vivência dos interlocutores e na aquisição da linguagem, na possibilidade de ter vivenciado interações isentas de coação e na reflexividade. Ao darem conta de seus atos de linguagem e ação, os sujeitos estão intimamente vinculados e viabilizam o agir comunicativo.

A Teoria da Ação Comunicativa (TAC) defendida pelo autor sugere a necessidade de apoio ao entendimento e ao consenso nos processos políticos, além

de fortalecer a capacidade de escuta, de interação e negociação. No trabalho das equipes da ESF, é fundamental a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e população<sup>14</sup>.

Entretanto, na compreensão de Almeida Filho<sup>15</sup>, a aprendizagem, a reciprocidade e o enriquecimento mútuo dos trabalhadores da equipe não se efetua por simples adição ou mistura de saberes, mas por uma recombinação de elementos internos que implicam, entre outros, em uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, na identificação de problemática comum e plataforma de trabalho conjunto. A busca da interdisciplinaridade, mais do que a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade, favoreceria a tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos e agentes implicados no cotidiano das práticas.

A necessidade de trabalhadores diversificados e especializados para atender à dinâmica das práticas em saúde impõe, de alguma medida, novos arranjos. No trabalho coletivo coexistem múltiplas possibilidades de interação entre os profissionais e a comunidade com potencialidade de conflitos, disputas ou cooperação, o que permite distintas relações intersubjetivas de afeto, autoridade, hierarquia e poder, mas também a recomposição dos trabalhos, seja ao interior de uma mesma área profissional, seja na relação inter-profissional<sup>6-8,16,17</sup>.

De qualquer forma, tanto a autonomia, quanto o poder relativo de cada profissional sofrem influência das corporações e por isso o controle institucional pretendido pelos gestores costuma ser exercido de maneira desigual diante dos diferentes trabalhadores. As propostas de avanço para o SUS desde a Reforma Sanitária Brasileira esbarraram, muitas vezes, nos conflitos ou impasses na divisão

de tarefas e de poder dentro das equipes de saúde, além de serem dificultadas pela oposição: demasiado controle institucional versus a autonomia profissional de algumas classes de trabalhadores ou de sujeitos.

Para Campos<sup>7</sup>, além desta oposição não há autonomia ou controle absoluto, pois os sujeitos somente adquirem autonomia relativa, já que se vive em redes de poder, em sistemas de dependência relativa. No seu entender, a autonomia de uma pessoa ou de um coletivo é indicada pela capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações impostas pelo contexto de um lado e pelas características próprias de cada sujeito por outro lado.

É certo que o movimento de institucionalização do trabalho cria uma série de constrangimentos ao livre exercício do mesmo porque os profissionais precisam cumprir regras institucionais referentes aos fluxos, respeitar e adaptar-se à cultura institucional, aos valores e tradições da instituição<sup>18</sup>.

No entender de Freidson<sup>19</sup> torna-se, de fato, necessário limitar a autonomia da prática profissional na área da saúde também pelo interesse social, entendendo que o caráter técnico do trabalho possibilita a liberdade profissional na esfera pública, ainda quando a mesma dependa do Estado. Nesta direção, Schraiber e Nemes<sup>20</sup>, ao avaliarem o trabalho enquanto processo de intervenção como ações técnicas e assistenciais, apontam para as tensões internas à racionalidade dessa intervenção e analisam que as bases mais relevantes das tensões situam-se na autonomia técnica, dela derivando a relação hierárquica entre os profissionais.

Quanto aos paradoxos da hierarquia no campo da saúde, Freidson<sup>19,21</sup> esclarece que nesse campo a divisão do trabalho que rodeia a atividade da cura, altamente profissionalizada, se organiza pela profissão dominante, seguindo um modelo que Almeida-Filho<sup>15</sup> chamaria de “interdisciplinaridade auxiliar”. Entende que

há distinção entre contextos e que algumas especialidades históricas, a exemplo da Odontologia, sobreviveram bastante independentes na divisão paramédica do trabalho, embora não seja tão prestigiosa como a Medicina. É dizer que a divisão do trabalho tem que ser analisada como um processo de interação social que funciona limitado por uma moldura: a organização da sociedade, tanto de uma perspectiva micro quanto macro.

Baseado no exposto torna-se imperativo conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais<sup>3</sup>.

Importante ressaltar que as práticas de saúde se apresentam como técnicas e sociais, quando se estabelecem entre os agentes dessas práticas e o seu objeto (pacientes, usuários, classes sociais) ou entre diversas categorias de agentes (CD, médicos, enfermeiros). Como relações sociais, são ao mesmo tempo econômicas, políticas (diferenciais de poder ou subordinação entre categorias dos agentes e entre estes com os usuários) e ideológicas, destacadamente com o domínio de certos saberes sobre outros<sup>22</sup>.

Segundo Holanda, Barbosa e Brito<sup>23</sup>, no contexto da ESF cenários que favorecem conflito e baixa integração da equipe de trabalho deixam de proporcionar: planejamento de serviços, estabelecimento de prioridades, geração de intervenções mais criativas, redução da duplicação dos serviços, das intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais e da rotatividade, resultando, dentre outras coisas, no aumento de custos e na baixa resolutividade.

No cotidiano do trabalho da equipe de Saúde da Família estão imersas questões mais complexas do que o previsto pelos gestores da ESF<sup>24</sup>. Por isso a necessidade de problematizar a prática dos seus agentes em espaço e tempo onde

as mesmas acontecem não como algo dado por uma norma ministerial, descolada da dimensão humana, mas como qualquer outra ação social, sujeita às inúmeras questões que ultrapassam as fronteiras da dimensão técnica dos serviços de saúde.

Trabalhar em equipe nestes cenários é atuar através da tecnologia e do saber visando um resultado, mas num espaço de enfrentamentos<sup>25</sup>, onde as interações entre profissionais, comunidade e gestores delimitam o principal espaço de ação no campo da saúde pública.

É a construção de um novo processo de trabalho em saúde distanciado do modelo tradicional, buscando-se a unidade perdida pela fragmentação derivada da divisão técnica e social do trabalho<sup>26</sup>. Trata-se do que esta mesma autora vem colocando como um dos pilares para a reforma de sistemas de saúde no mundo contemporâneo: o profissionalismo que inclui aspectos éticos, técnicos e políticos.

Neste sentido, pensar o CD integrado no trabalho em equipe multiprofissional significa conectar diferentes práticas (individuais e coletivas) envolvidas na atenção primária, com base no conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados. É também construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira adequada de atingi-los. Além disso, a interação entre os agentes envolvidos deve ser focada na busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e da autonomia técnica<sup>27</sup>.

O trabalho pretende analisar as relações interpessoais, hierárquicas e de poder estabelecidas entre os CD e os demais trabalhadores da equipe, segundo a ótica da comunicação, da integração, da autonomia e da valorização no trabalho, nas equipes de Saúde da Família no município de Salvador.

Destacam como perguntas de pesquisa: O que significa para os CD o trabalho em equipe? As relações de poder, processos comunicacionais, bem como, a divisão de trabalho na equipe favorecem mudanças significativas no seu processo de trabalho?

### **ITINERÁRIO METODOLÓGICO**

Foram utilizadas diversas técnicas de produção de dados, em função da pertinência aos objetivos e adequação à etapa da investigação: grupo focal, entrevistas em profundidade, observação direta do trabalho (na USF e no campo), com anotações em diário de campo, todas norteadas pelo pensamento de que o campo é soberano e somente após profunda imersão do pesquisador emergem as categorias principais. Utilizamos critérios de “saturação” para a definição de cada etapa.

Juntamente com a observação direta do trabalho e das anotações no diário de campo foram definidos temas, sub-temas, categorias e subcategorias analíticas para a construção do texto.

Num primeiro momento foram realizados quatro grupos focais, conduzido por um dos pesquisadores com o apoio de um relator. Como critérios de inclusão dos informantes foram estabelecidos: trabalhar na ESF municipal, ter participação na primeira etapa da pesquisa, quando foram entrevistados oitenta profissionais, a partir de visita a quarenta e cinco Unidades de Saúde da Família (USF) de doze Distritos Sanitários de Saúde (DS), com o objetivo de conhecer o perfil sócio-demográfico e percepções dos CD que trabalham na ESF municipal.

Cada grupo focal teve em média 7 participantes, totalizando 25 mulheres e 2 homens, com faixa de idade entre 30 e 60 anos. O que representou a participação de 8 Distritos Sanitários do total de 12 da cidade de Salvador, Bahia.

Prosseguiu-se a pesquisa com a realização de 8 entrevistas em profundidade com CD, em mais de uma sessão quando necessário, com 5 mulheres e 3 homens de 5 Distritos Sanitários, sendo 3 em área periférica e 2 em área central.

Entre os oito CD, quatro trabalhavam na mesma USF, localizada em área central da cidade. Esta opção foi em decorrência desta ser a única com quatro profissionais e até pouco tempo era considerada modelo. Além disso, este grupo de entrevistados era composto de dois homens e duas mulheres, sendo que nenhum contemporâneo do outro durante a formação. Sem contar que nesta USF ainda existiam duplas para alternar o trabalho dentro de dois consultórios odontológicos que serviam a quatro CD. As duplas eram fixas para esta divisão de turnos e isto permitiu algumas situações de cumplicidade, contradição ou de crítica a algum profissional, além de participação em reunião na USF com a presença de dois colegas.

Os outros quatro profissionais, todos pertencentes a unidades distintas, foram incluídos levando em conta três áreas consideradas problemáticas e uma não problemática, pelo pesquisador, após a visita à totalidade na primeira etapa. Enquanto que três áreas eram periféricas, uma foi em um bairro central, sendo esta USF uma das mais complexas pela heterogeneidade da clientela que convive em espaços degradados socialmente, mas turísticos.

Preliminarmente, foram pensadas algumas categorias orientadoras: motivações e comunicação dos CD na interação com outros trabalhadores; autonomia e poder profissional; hierarquia no trabalho em equipe. As categorias de

análise foram: autonomia profissional; poder; hierarquia; integração na equipe de trabalho e forma de inserção no PSF.

A imperiosa necessidade de visitar distintas unidades permitiu a passagem por realidades que perpassaram a expectativa do que é trabalhar em USF levando em consideração heterogeneidade dos grupos e suas peculiaridades. Assim, conheci a USF que possuía o maior número de CD, considerada a maior em infra-estrutura e em área central, como também outra que, embora localizada em área central destacava-se pela complexidade, salientada pelos CD, que tinham que lidar com aspectos relativos a vulnerabilidade social, mais especificamente drogadição, violência, e alta prevalência de DST/AIDS.

Partiu-se do pressuposto de que todo discurso é uma prática social e que, como consequência, trata-se de analisar práticas discursivas: regras anônimas, históricas, determinadas temporal e espacialmente<sup>28</sup>. Devendo-se colocar em relevo que as informações obtidas foram interpretadas de acordo com as dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material e seu confronto com a base teórica do estudo.

Foram analisadas as narrativas dos sujeitos e seus pontos de vista levando-se em conta as dimensões organizacionais e profissionais, assim como os significados e valores atribuídos pelos CD às ações assistenciais e de gestão, além do cumprimento de diretrizes e atribuições para a realização do seu trabalho na ESF de Salvador.

A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS), como preconizado na Resolução CONEP nº 196/96 e aprovada pelo Comitê de Ética do ISC/UFBA, registro: CAAE 0013.0.069.000-09, protocolo nº

013-2009. Cabe ressaltar que os dados serão apresentados de forma a preservar a identidade dos informantes. Uma das formas encontradas de retorno aos sujeitos da pesquisa foi convidar os CD da ESF do município de Salvador para a defesa de tese.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Adentrar no mundo dos profissionais que trabalham na ESF teve muitos significados para o pesquisador de campo: um deles foi a possibilidade de maior imersão no cenário de trabalho, levando-se em conta a complexidade desta empreitada, principalmente, nas áreas mais periféricas do município de Salvador. Uma experiência inquietante e desafiadora por inúmeras questões, inclusive pela oportunidade de vivenciar cenas inusitadas, facilitadas por um processo dialógico junto a informantes, usuários e trabalhadores de saúde, que a cada encontro mostravam-se dispostos a intermediar contactos com novos interlocutores.

A organização do trabalho em equipe na ESF de Salvador põe em evidência as múltiplas relações de conflito, cooperação, disputa e negociação que subsistem entre as profissões no cotidiano das práticas. A própria inserção do CD na equipe está associada a uma postura coadjuvante na hierarquização da organização do trabalho. Aponta para a tensão existente entre a individualidade e a integralidade nos processos de trabalho em equipe, além de evidenciar a busca de maior autonomia por parte dos CD em conflito com as diretrizes da ESF e da gestão municipal da saúde, em função do controle exercido por estas sobre as dimensões técnicas e sociais do trabalho.

### **Autonomia profissional.**

A falta de autonomia no trabalho do CD na equipe de Saúde da Família, envolta com as distintas profissões inseridas na ESF, foi definida pelos informantes

como prova da desvalorização da profissão frente à sociedade, assim como o foram a falta de infra-estrutura adequada para a realização de ações individuais e coletivas, precarização do trabalho, além de demanda crescente por atividades assistenciais curativas.

“Autonomia depende das condições de trabalho (ideal): se falta infra-estrutura não se realizam as ações. É tomar decisões e ter liberdade para realizar o trabalho, ao contrário da imposição. Médico e enfermeiro tem mais poder e autonomia conquistados junto a gestores e comunidade. É também autonomia da equipe, mas tudo isso com responsabilidade. Para ampliar a autonomia todos os trabalhadores tem que trabalhar em equipe” (Grupo Focal).

Além disso, foi relatado que para tomar decisões e ter liberdade para realizar o trabalho o profissional não deve sofrer imposições, entretanto houve a ressalva de que a autonomia profissional pode dificultar o trabalho em equipe se não houver responsabilidade e compromisso.

“Autonomia é algo conquistado com o bom trabalho. É ser soberano dentro do planejamento das ações de saúde bucal e na agenda do consultório. Ter liberdade para realizar o trabalho individual e coletivo. A autonomia profissional pode dificultar o trabalho em equipe se não houver responsabilidade e compromisso, inclusive para cumprir carga horária” (Grupo Focal).

Foram apontadas como fatores dificultadores da autonomia a falta de recursos e organização dos serviços, envolvendo, principalmente: inconstância de reuniões no último ano, falta de manutenção dos equipamentos, carência no fornecimento de medicamentos, assim como difícil processo de agendamento, limitações no sistema de referência/contra-referência, insuficiência de treinamento, falta de transporte para a área, de material didático, de espaço físico na USF e dificuldades para o desenvolvimento de ações coletivas na área.

“Eu tento manter certa autonomia na minha agenda de trabalho, mas não é tranquilo. É desgastante, principalmente, com uma enfermeira que é mais antiga e se sente chefe. Também há privilégio de carga horária aqui na unidade para alguns profissionais: os médicos só trabalham pelo turno da manhã e às vezes querem mandar mais que os outros” (A6).

O debate sobre autonomia em organizações no campo da saúde implica tensões a partir da inter-relação entre gestores que objetivam concretizar diretrizes, por meio de normas previamente estabelecidas e trabalhadores que têm em princípio

a autonomia como base de sua atuação, historicamente estabelecida na soberania dos sistemas profissionais sobre as práticas.

Alguns gestores avaliam que numa lógica de mercado, em um processo social com raízes políticas, culturais e econômicas, a incorporação tecnológica evidencia um ambiente de pressões junto a interesses institucionais, muitas vezes contrários à necessidade de ações que contribuam para a humanização na saúde<sup>29-32</sup>.

A valorização dos sujeitos no trabalho em saúde, potencial geradora de espaços coletivos propiciadores de criatividade, educação continuada, agir comunicativo, assim como de participação no planejamento, avaliação e tomada de decisões é comprometida, segundo alguns autores<sup>7,9,10,32</sup>, pelo controle rígido instituído por gestores, no discurso do trabalho com responsabilidade, com a finalidade maior de reduzir a liberdade dos trabalhadores, obrigando-os a cumprir normas, regras, diretrizes e protocolos.

Nestes cenários, o que sobressai é a pretensa dominação das subjetividades, assim como do campo de interesses e dos desejos dos trabalhadores da ESF polarizada entre a busca de autonomia e a auto-realização no trabalho.

Alguns estudos apontam também para a existência de relações subalternas dentro de equipes de saúde<sup>19-21</sup>, historicamente instituídas no sistema de cuidado oficial, a partir das normatizações que privilegiam hierarquia de uma profissão em detrimento de outras. Os CD entrevistados neste estudo associaram as relações hierárquicas como negativas e à perda de autonomia.

A busca desmedida pela autonomia pode ter repercussões na esfera pública na medida em que toda classe profissional anseia por mais liberdade, menos controle e busca incessantemente a combinação de melhores salários com maiores benefícios. Além disso, é outorgado aos trabalhadores empregados em um sistema

estratificado, no campo da saúde, menos prestígio às outras profissões de que ao concedido ao médico<sup>21</sup>.

Outro debate sobre hierarquia no campo da saúde refere-se à criação de monopólio profissional. Convém lembrar o que Weber<sup>33</sup> chama de situação “estamental” a uma pretensão, tipicamente efetiva, de privilégios positivos ou negativos na consideração social, fundada, dentre outros, em um prestígio hereditário ou profissional. Praticamente se expressa esta situação “estamental” em: apropriação monopolista de probabilidades aquisitivas privilegiadas ou estigmatização de determinados modos de adquirir.

Entretanto, seu conceito de *status* que aponta para a utilização das avaliações coletivas pelos grupos de modo a legitimar a exclusão legal ou costumeira não é muito útil para compreender como as mesmas avaliações coletivas são utilizadas para criar ou sustentar a desigualdade entre indivíduos formalmente iguais competindo em mercados abertos.

Sem dúvida, isto contrapõe sobremaneira a idéia de Parsons<sup>34</sup> de que a estampa geral da profissão médica é a de uma total segregação a partir das práticas de preço e mercados do mundo de negócios, de maneira que em sua maior parte separa o médico de muitas imediatas oportunidades de ganância financeira que são consideradas legítimas para homens de negócio. Para este, o termo *status* é então usado como equivalente de posição e o de estratificação para se referir ao ordenamento concreto das posições de acordo com um sistema comum de valores.

#### **Poder: individual e de classe.**

A percepção dos informantes é de desprestígio da Odontologia na SMS de Salvador, identificada na falta de poder e autonomia da “Coordenação de Saúde Bucal” para solucionar problemas relativos à atenção na saúde bucal. Foram explicitados dois problemas principais na “Coordenação”: a falta de condições de

trabalho na assistência individual e a exigência desproporcional de produtividade. Esta última agravada, recentemente, pela cobrança de cumprimento do trabalho por parte do Secretário Municipal.

“Há total desprestígio da área de saúde bucal na SMS... quando vamos até a coordenação de saúde bucal, sentimos que ela quer ajudar, mas ela mesma fala que não tem poder, autonomia e não tem mesmo”. (M8)

Ademais, a referida “Coordenação de Saúde Bucal” tem o *status* de Área Técnica de Saúde Bucal e está alocada na Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde (COAPS), dentro da estrutura organizacional da SMS, sendo o cargo de gestão uma coordenação técnica.

De acordo com Freidson<sup>19</sup>, a autonomia profissional constitui um atributo relevante para o poder de uma profissão. O *status* das profissões viria dessa autonomia, que precisaria ser preservada, apesar de seu prestígio ser uma delegação dada pela sociedade, pela clientela ou pelo Estado.

“O SINDMED é organizado, estruturado. Eu conheço, participei de reunião com os médicos lá. Não me sinto médico, sou dentista, tá? Sou formado em Odonto e não tenho nenhuma pretensão de ser médico. Admito que o SINDMED e o CREMEB são muito bem organizados, entendeu? Vínculos que eles tem com o SINDSAÚDE, outros sindicatos, políticos (...) quer dizer é uma estrutura que eles tem muito bem organizada e há mais tempo”. (L2)

Na explicitação das deficiências da Odontologia na SMS, um entrevistado faz alusão de que o SINDMED e o CREMEB são organizações com boa articulação e poder, o que justificaria as regalias da profissão médica. Esta questão necessita ser destacada porque as organizações de classe odontológicas são historicamente percebidas como ausentes dos principais debates, tanto na esfera pública como privada. Isto pode ter refletido na escassa participação e debate de lideranças quando da inclusão da ESB na Saúde da Família, com conseqüências indesejáveis.

Além disso, o modo como o capital econômico está concentrado e organizado influencia o poder que as profissões possuem como organizações corporativas e a

autonomia que os profissionais individuais exercem em seu local de trabalho. Na imersão ao campo foi possível entender melhor questões relativas à autonomia, hierarquização, disputas e divisões do trabalho, entre os distintos trabalhadores de saúde, considerando-se a possibilidade de atuação mais intelectual (lideranças e no papel de gestor, supervisor e coordenador) ou mais material (a maioria comumente subserviente e mais exigida fisicamente). Estes são os que executam, sem nem mesmo terem, na maioria das vezes, possibilidade de opinar e serem ouvidos.

Como exemplo deste poder, o mesmo Freidson<sup>21</sup> cita a profissão médica, que paralelamente ao desenvolvimento de adequado fundamento científico ou técnico do trabalho, estabeleceu-se amparada por uma base social, visando criar uma profissão tão bem estabelecida na sociedade, que qualifique as pessoas para trabalhar, com competência para determinar os conteúdos apropriados e os métodos efetivos para a realização do trabalho.

“Faltam condições de trabalho e exige-se muito do dentista, inclusive, cobrança de produtividade sem condições adequadas de trabalho. Dizem que o dentista não quer trabalhar. Vive-se à mercê de quem está no poder, mas não há representação da classe odontológica. O paciente também desvaloriza a gente e ouvimos do secretário da SMS que está sobrando dentista. Isso é chantagem e violência psicológica. É para ficar decepcionado com a desvalorização do dentista frente aos outros colegas!”. (Grupo Focal)

De certa forma, há semelhanças com o que acontece com a Odontologia nas últimas décadas, no Brasil, pois aumentou o número de CD e a profissão ganhou maior visibilidade social por força, em particular, do reconhecimento da sua imprescindibilidade para as organizações de saúde, públicas e privadas, e do protagonismo político mais amplo dos seus membros. Paralelamente, as instâncias de representação política da profissão desencadearam ações com o objetivo de fortalecer sua ordem profissional. Alguns profissionais avaliam que este movimento induziu a uma maior representatividade e evidência dos CD ao nível da trama das relações profissionais e sociais, outros analisam que a classe detém pouco poder.

Assim, ter poder foi associado à obtenção de benefícios de uma profissão sobre as outras, no contexto da instituição de saúde do município de Salvador, no que se refere principalmente ao cumprimento de carga horária e diferenciação salarial.

“Talvez exista o médico com mais poder. Enfermeiro e dentista têm menos poder porque todos aceitam que médico não trabalhe 40 horas e seja diferente de todos os outros. Sei que são quarenta horas semanais e os pacientes sabem disso. Então eu não queimo trabalho porque estaria assim bagunçado e eu não sou disso. Mas eu também não me sinto bem de estar numa unidade que eu vejo que trabalha todo muito do jeito que quer e como quer” (C4).

Porém o debate sobre poder pode também ser direcionado pela divisão social do trabalho, não se restringindo a divisão técnica, uma vez que o aparato do Estado e o reconhecimento social se dão em um dado contexto social e histórico expresso no trabalho menos ou mais valorizado, podendo envolver a separação entre o trabalho manual e intelectual (quem pensa, quem gerencia e quem executa).

Desta forma, desenvolvem-se as mais variadas práticas de saúde configuradas em processos de trabalho específicos que podem ser mais bem compreendidos se observados os seus componentes: o objeto do trabalho em saúde (o sujeito histórico portador de necessidades de saúde), os meios ou tecnologias disponíveis para a atuação sobre o objeto, a atividade realizada (o trabalho), os agentes desse trabalho e as relações técnicas e sociais estabelecidas entre os mesmos<sup>35</sup>.

Como consequência, para se pensar divisão do trabalho, no campo teórico, destaca-se a autonomia profissional (liberdade e baixa submissão junto a gestores, a outras profissões, ao Estado e à sociedade). Há o poder da corporação na exigência de maiores salários, regalias e condições adequadas de trabalho, diferentemente da teoria marxista da alienação (e subsunção) no processo de trabalho (condição psicossociológica de perda da identidade individual ou coletiva decorrente de uma situação global de falta de autonomia). Está última encerra, portanto, uma dimensão objetiva -

- a realidade alienante - e a uma dimensão subjetiva - o sentimento do sujeito privado de algo que lhe é próprio.

Apesar de comumente se conceituar como trabalho alienado quando da divisão do trabalho, seja qual for a forma em que a sociedade ou a economia estiverem organizadas, existem discordâncias conceituais diante de profissões que adquiriram autonomia e poder junto ao Estado e a sociedade, inclusive no setor saúde. Segundo Marx<sup>36</sup>, quando pensamos no trabalho desalienado pensamos no homem produzindo para si mesmo e para os seus, tendo o entendimento e o controle completo de sua atividade, e feliz com sua atividade criativa. Esta concepção é compatível com o trabalho relativamente simples que podemos encontrar em comunidades baseadas na "solidariedade de identidades", mas é claramente incompatível com sociedades altamente tecnificadas.

Segundo Schraiber<sup>37</sup>, a padronização do processo de trabalho levou à alienação do trabalhador no que diz respeito a este processo, quer na sua divisão em operações parcelares, erigidas em novos trabalhos e atribuídas a outros tantos trabalhadores diretos, quer na desapropriação do conhecimento particular e próprio em que se fundava a ação deste trabalhador direto.

Quatro principais aspectos da alienação são analisados por Marx nos seus Manuscritos de 1844: a alienação dos seres humanos em relação à natureza; à sua própria atividade produtiva; à sua espécie, como espécie humana; e de uns em relação aos outros. As formulações de Marx<sup>36</sup> de que a alienação do trabalho está na base de todas as demais formas de alienação, além de funcionar enquanto "liga" entre a totalidade da alienação e o sistema monetário estão apoiadas na tese de que o trabalho alienado está na raiz do modo capitalista de produção.

Marx<sup>36</sup> demonstra a existência de dois tipos principais de alienação no trabalho. Primeiro, do produto do trabalho, que não lhe pertence e no qual não se reconhece (cuja própria força do trabalho é uma mercadoria posta à venda) e segundo, em relação ao próprio ato de produção porque esta atividade é vivida como sofrimento, e não como prazer e alegria.

Nesta idéia de cooperação e divisão de tarefas, onde o trabalho é uma ação em que muitos trabalham juntos, de acordo com um plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos, para Marx<sup>36</sup> o efeito do trabalho combinado não poderia ser produzido pelo trabalho individual e por isto a cooperação está fundada na divisão do trabalho, seja ela social ou técnica. No trabalho em equipe de Saúde da Família está explicitado que é necessário conectar distintos processos e ao mesmo tempo respeitar as singularidades de cada profissão.

No entender de Habermas<sup>12,13</sup>, para a divisão do trabalho são necessários sujeitos capazes de linguagem e da ação, que emergem da intersubjetividade e que buscam o agir comunicativo. Tais sujeitos têm como telos de sua ação o dar conta de seus atos. Neste dar conta, linguagem e ação estão intimamente vinculadas e a educação é propiciadora da comunicação.

Rivera e Artmann<sup>38</sup>, ao historiarem sobre o planejamento comunicativo, explicam que o agir comunicativo seria uma forma de coordenação da ação baseada no entendimento linguisticamente mediado que nos auxilia na compreensão de como os agentes sociais coordenam a ação e se organizam como sociedade, possibilitando mais reflexão e definição de projetos comuns entre trabalhadores. As equipes de Saúde da Família, apesar de multidisciplinares e de propiciarem possibilidades de interação entre os trabalhadores, não desenvolvem um trabalho

interdisciplinar, ocorrendo comumente justaposição de saberes e pouca troca de conhecimento e conseqüentemente, muitos conflitos e pouca cooperação.

Uma possibilidade é tentar compreender estas relações de forma dinâmica, a micropolítica envolta, já que, além das relações de poder e de disputas no interior das equipes serem históricas, há sua conseqüente reprodução no interior do trabalho, o que também permite, por outro lado, que a equipe esteja sempre com possibilidade de nova construção. O mais adequado seria superar a hegemonia histórica da classe médica e, às vezes, da enfermagem sobre as outras profissões na equipe da ESF, no que tange a gerência, coordenação, supervisão e liderança.

### **Hierarquia: facetas da subordinação.**

Na percepção dos entrevistados as diferenças de ganhos salariais entre diferentes classes profissionais podem ser explicadas em função da existência de hierarquia na equipe de trabalho em saúde. É explicitada a inconformidade com a situação de que profissionais de nível superior ganhem salários diferentes pra trabalhar na ESF. Além disso, as narrativas são de que no trabalho na ESF seria mais justo que, uma vez existindo diferenças de salário entre classes profissionais, as enfermeiras fossem as maiores beneficiadas em função de suas ações e competências. Isto denota sentimento de injustiça com o ganho mais elevado dos médicos em comparação com os ganhos de CD e enfermeiros.

“Já teve até períodos no PSF de Salvador que o médico ganhava cinco, agente ganhava igual. Hoje o médico ganha R\$ 6.500,00 e dentista R\$ 5.200,00. Não é justo profissionais de nível superior ganharem salários diferentes pra trabalhar. O médico não trabalha quarenta horas pra ganhar R\$ 6.000,00. Ele pode ganhar muito mais que isso se quiser. Tem carência destes profissionais. Na odontologia não acontece isso”. (R7)

“Você tem seis tipos de profissionais, cada um vai ganhar um salário diferente. O médico é melhor que a enfermeira, que o dentista? Eu acho enfermeira mais importante que o dentista, médico etc porque ela surgiu antes de nós é a nossa mãe. Eu acho que os médicos são mais organizados do que os dentistas e que as enfermeiras, entendeu? Organização termina gerando uma coisa de poder. Mas eu não entendo. Nunca fui centrado na área política”. (L2)

Reflieto aqui sobre a tensão observada na relação entre CD e gestores, analisando em que medida as trocas de acusações e os argumentos de ambas as partes procedem e que pistas fornecem para desnudar as várias facetas da problemática de estudo. Ao iniciar o campo houve a acusação de um gestor municipal aos CD, alegando indolência dos mesmos e excesso destes profissionais no mercado. Por outro lado, a narrativa dos entrevistados é que o grande problema que limita seguir as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde é a precarização do trabalho, definida aqui pela falta de contrato que garanta estabilidade, regularidade no pagamento do salário e inadequadas condições de infra-estrutura.

Entender a autonomia obriga a compreender o caráter da organização ocupacional formal e sua relação com os sistemas políticos do Estado. Isto explica também porque a Medicina desenvolveu um controle oficial sobre seu trabalho que chegou a ser completamente operativo, uma vez que o tornou desejável e atrativo para a população em geral<sup>19</sup>.

Observou-se, além disso, situações em que a autonomia e o poder não estão representados por uma categoria ou corporação profissional. Pode ser o papel desempenhado por trabalhadores contratados com regalias, principalmente quanto à flexibilidade de horário. Enquanto coletivo, na maioria das situações, o discurso foi de que a classe médica é a única detentora de regalias, conforme narrado acima.

A autonomia vincula-se à organização social introduzindo o problema da divisão do trabalho na área de saúde, que envolve controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos. Estes fatores hierarquizam as demais ocupações do campo, incluindo as paramédicas, que dependem dos conhecimentos da Medicina para seu exercício cotidiano<sup>19</sup>. Isto permite questionar a visão de que as profissões de saúde convivem democraticamente umas com as outras. Porém, não

se deve confundir a autonomia profissional com a capacidade criativa e intelectual de todo trabalhador enquanto ser humano, pois aquela significa o exercício destas capacidades conjugado ao poder de formular o projeto de trabalho, detendo assim o domínio sobre ele<sup>20</sup>.

### **Integração na equipe de trabalho: multiprofissionalidade sem interdisciplinaridade na ESF.**

A ESF tem a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar como um dos seus principais desafios. Para mudar o modelo de atenção, segundo o modelo preconizado pela ESF, pressupõe-se, entre outros fatores, a existência de equipes de saúde capacitadas para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, que articulem os conhecimentos necessários de modo a responder aos problemas de saúde que se colocam, além de atuarem efetivamente na promoção da saúde<sup>39</sup>.

Foi narrado que equipe de saúde integrada é aquela que planeja e compartilha projetos comuns, além de valorizar o diálogo e o trabalho de outros profissionais, embora a percepção seja a de que na ESF local não parece existir integração no cotidiano das práticas, mas alguma forma de articulação entre profissionais devido ao tempo de trabalho mais longo numa mesma equipe.

“Há integração num sentido de se falar aos outros alguma coisa que faz no trabalho, mas se exigir demais não tem (...) não adianta que não tem! Há uma adaptação com o tempo de trabalho juntos”. (M5)

“Equipe integrada pode ser representada como uma equipe que trabalha em conjunto, ela vai ter um trabalho continuado, dialogado. Montamos um projeto e o gerente da unidade foi correr atrás, isso gera satisfação na equipe. Um médico está mandando um paciente que estava em situação difícil, meu trabalho é importante. Um paciente está em tratamento e um agente comunitário de saúde (ACS) vai à casa. Pode cada um fazer sua parte, mas não integrar. Isso não é legal. O planejamento seria vital e a gente não tem feito, infelizmente!”. (C4)

É também discurso dos CD que a hierarquia no trabalho em saúde dificulta a integração além de estimular a individualidade na organização do trabalho da ESF.

Além de a autonomia profissional ser relacionada com hierarquia e poder, pode-se

associá-la a questões de integração entre profissionais que trabalham em equipe de saúde. A construção de projetos conjuntamente pode propiciar o pensar e o fazer sob a ótica das trocas de aprendizagem, facilitadas quando do foco na educação permanente e no trabalho em equipe. Neste sentido, a interdisciplinaridade suporta muitas conexões com a integração de trabalhadores em espaços coletivos, conforme relatado abaixo.

A integração dos profissionais em cada equipe depende, segundo os informantes, do grau de cooperação e união, quando não de camaradagem. Predomina no grupo estudado a compreensão de que o trabalho em equipe multiprofissional é condição importante ou facilitadora para uma abordagem mais integral e resolutive.

“A minha equipe não tem problema nenhum de relacionamento (...) todos se dão bem. Tem uma integração boa (...) não há alguém querendo ser melhor, superior, impor algo. A minha enfermeira inclusive ficou seis meses de licença e eu assumi supervisão dos ACS”. (C1)

“Equipe integrada é ter sintonia, bom relacionamento, entrosamento. É existir trabalho em conjunto e em equipe, e também se reunir, planejar e avaliar conjuntamente. É atingir objetivos em comum, estimular o outro, ter cumplicidade, entender que ninguém é superior e que todos têm papel importante. Tem que ter respeito aos outros profissionais. Também é fazer com que todos os profissionais trabalhem qualquer tema de saúde”. (Grupo Focal)

“Falamos em Odontologia como uma profissão de saúde, entendeu? Porque a partir do momento que trabalhamos com médicos e enfermeiros, saímos da boca para ver o cidadão, o ser humano e passamos a ser um profissional de saúde. Não é a questão que Odontologia é melhor do que Enfermagem ou Medicina, é só o fato de ser valorizado (...) é o fato de você se integrar (...) a partir do momento que você se integra você automaticamente também está sendo valorizado. Trabalhar junto: junte-se aos bons, serás também um deles”. (L2)

A atitude dos profissionais como educadores em saúde foi explicitada como fundamental no processo de promoção de saúde. A articulação dos conhecimentos para responder aos problemas de saúde está em consonância com o descrito por profissionais de saúde na pesquisa realizada por Scherer e Pires<sup>39</sup>, na qual a interdisciplinaridade foi vista como um jeito novo de ver o cuidado com o outro, pois mira no ser humano em todas as dimensões, apresentando-se desta forma diretamente relacionada à integralidade.

“Nós estamos jogando a semente no campo que vai fertilizar e provavelmente vai dar grandes frutos, entendeu? Porque no fundo qual é o objetivo? É educar a população, a comunidade. Então a revolução é esta, centrada exclusivamente em ensinar. Não estamos aqui só como profissionais técnicos. Estamos juntos como profissionais educadores de saúde”. (L2)

“(...) a chegada do NASF foi muito positiva porque há proposta de trabalho interessante, participo de um grupo para saúde mental e há estímulo para pensar novidades a partir de outros profissionais que não existiam junto à equipe do PSF. Falta articular melhor”. (C3)

Importante frisar que a divisão geral ou social do trabalho como característica de todas as sociedades conhecidas, que as divide entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção, muito bem esclarecida, segundo autores marxistas<sup>35,40</sup>, contraria, em certa medida, tanto a divisão do trabalho em pormenores como também a exigência da hierarquia entre profissões como determinante para o trabalho em equipe.

Ao contrário, o caráter hierárquico da divisão do trabalho pode repercutir na integração dos trabalhadores nas equipes de saúde, como demonstrado em dois estudos realizados no Brasil. O estudo de caso realizado por Silva e Trad<sup>3</sup> em um município do estado da Bahia, evidenciou um grau satisfatório de articulação entre as ações realizadas pelos diferentes integrantes da equipe do PSF, refletida principalmente, no interesse de conhecer o trabalho do outro. Segundo as pesquisadoras, de modo geral, a articulação ocorre durante o próprio atendimento do usuário e tem como objetivo produzir o melhor resultado das investigações técnicas, o que é relevante e desejável.

Por outro lado, constatou-se que a articulação entre as ações se expressava de forma diferenciada entre as distintas categorias profissionais. Deste modo, a troca de informações se revelou mais efetiva entre enfermeiro, médico e os agentes comunitários.

“O ACS deveria estar fazendo o trabalho de informação de saúde bucal para a população. Deveria por que eles foram capacitados por nós dentistas por mais de uma vez. Já a ASB é uma peça chave. Só não repassa o aprendizado quem não se interessa. A gente não se sente

nem mais a vontade de cobrar deles. Porque se gerar uma situação que ele chegue e diga: eu não vou fazer! Não vai fazer e pronto” (M5).

Em contrapartida, observou-se uma conexão ainda tênue entre as ações desenvolvidas pelas auxiliares de Enfermagem e CD com aquelas realizadas pelos agentes comunitários de saúde. No caso das auxiliares de Enfermagem e CD ocorre mais frequentemente uma emissão-recepção de mensagem, o que não resulta propriamente em articulação.

Nesta mesma direção, a pesquisa conduzida por Rodrigues e Assis<sup>6</sup> em outro município do Estado da Bahia, revela a crença de que as ações da equipe são realizadas através da integração de vários profissionais, mas nas suas avaliações revela-se fragmentada. Este problema precisa ser enfrentado pelos gestores, profissionais e usuários porque o nível de envolvimento preconizado desde a criação do SUS objetiva modificar a situação que prevaleceu sempre nos serviços de saúde no Brasil. Esta reflexão é essencial, levando-se em conta que foi devido à necessidade de ampliar o acesso da população brasileira, quer em termos de proteção e promoção, ou de recuperação que surgiu a decisão de reorientar as práticas de atenção à saúde bucal a partir de sua inclusão na ESF<sup>1</sup>.

No campo da saúde coletiva ao viabilizar o trabalho envolvendo múltiplas áreas profissionais encontra-se nas necessidades de saúde um ponto de confluência. A imagem da interdisciplinaridade neste multiprofissionalismo é a de uma rede, na qual estão encadeados distintos processos de trabalho, diferenciados pela sua peculiar conexão entre os elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e que se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar.

Na fala dos entrevistados fica evidente a importância dada ao trabalho multiprofissional. Entretanto, mesmo quando se fala de articulação de práticas,

levando-se em conta a diversidade de profissionais envolvidos não fica claro se há conhecimento e intenção de interdisciplinaridade. Corroborando com estes achados, na pesquisa de Leite e Veloso<sup>5</sup> realizada em Campina Grande-PB, a integração no trabalho em equipe na Saúde da Família é representada como uma convivência compartilhada no mesmo espaço físico, numa abordagem multiprofissional, sem que seja evidenciada a interdisciplinaridade. O desafio que se apresenta para os profissionais, segunda as autoras, reside em romper o paradigma tradicional da saúde, calcado na fragmentação do conhecimento.

No dizer de Almeida Filho<sup>15</sup>, para que uma efetiva comunicação interdisciplinar se estabeleça será imprescindível um compartilhamento de linguagem e de estruturas lógicas e simbólicas. Tomando-se como exemplo o campo da saúde, na prática, ocorre, comumente, o oposto, com a fragmentação e não compartilhamento de saberes entre especialidades e profissões. Outro aspecto que merece destaque como elo de práticas coletivas e com elevada participação é o eixo da educação em saúde, enquanto ação social e comunicativa<sup>12</sup> entre trabalhadores multiprofissionais e usuários de serviços de saúde.

Segundo Araújo *et al*<sup>11</sup>, a questão da formação de profissionais de saúde envolve, diretamente, as oportunidades advindas do mercado de trabalho, o perfil profissional e a satisfação das demandas populacionais. Embora o SUS constitua um significativo mercado de trabalho para os profissionais da Odontologia, a partir da inserção da ESB, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação, historicamente, voltado às especialidades de caráter biomédico e sem a inovação da integralidade das práticas.

A divisão social do trabalho, aparentemente inerente ao trabalho humano, tão logo ele se converte em trabalho social, distingue os produtores nos diversos ramos

do trabalho. Podem-se associar tais divisões no setor amplo da saúde, à existência de distintas profissões com seus objetos singulares, apesar de sempre referidas ao mesmo âmbito de carecimentos humano, à mesma esfera da vida humana, à saúde: a Odontologia, a Medicina, a Enfermagem, dentre outras, incluindo as categorias de nível técnico.

Tomando-se como exemplo o trabalho da ESB, observa-se que nas ações assistenciais individuais a cooperação é muito restrita entre os trabalhadores. O técnico de saúde bucal (TSB) apenas auxilia o CD, mas não existe participação de outros trabalhadores externos à ESB para dividir tarefas. Cabe ao CD, de forma exclusiva, a direção, coordenação e realização do trabalho na boca dos usuários, seja ele individual (prevenção ou reabilitação) ou coletivo (prevenção e educação). Entretanto, os TSB, além de auxílio ao CD na assistência individual, podem realizar trabalhos coletivos de grande importância, junto a outros profissionais e comunidade. Ressalta-se nesse contexto que não há divisão técnica que mereça consideração. Porém, entre médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem há divisão técnica do trabalho durante a realização em muitas ações de caráter assistencial individual, onde não há participação da ESB.

Além das questões de ordem técnica há que se analisar a divisão social do trabalho. Nesta temática, a relevância recai sobre questões que dizem respeito a relações entre profissionais, assim como ao exercício de hierarquia e poder no trabalho em equipe.

Em uma primeira análise, inclusive histórica, a profissão médica apresenta mais *status* e reconhecimento social, além disso, os médicos e enfermeiros apresentam mais tradição (e competência?) nos papéis de gerência, supervisão, coordenação, liderança quando comparados aos outros profissionais, incluindo os

CD. Em conseqüência, supõe-se que divisões sociais podem implicar em regalias, inclusive melhor salário e qualidade de trabalho para a profissão de maior destaque.

É compreensível que os gestores trabalhem com diretrizes, normas, regras e que cobrem dos trabalhadores responsabilidade, entretanto quando falta diálogo e as corporações mais fortes defendem mais liberdade a tendência é que se estabeleça o conflito entre os trabalhadores, e destes com os gestores e com os usuários dos serviços.

Mas, nos modelos de gestão autoritários, a participação é reduzida e compromete momentos coletivos como oficinas, reuniões etc. Por outro lado, quando não há controle nem sempre a liberdade é exercida com responsabilidade.

Na prática, a ESB passa a se responsabilizar exclusivamente pelos problemas da boca, não estabelecendo interconexões e complementaridades com as práticas desenvolvidas pelos outros trabalhadores que atuam na ESF, constituindo-se em um anexo ao programa. Soma-se a isso o fato de que, nos serviços de saúde bucal, existe uma enfática resistência dos trabalhadores especializados a se adequarem à mudança da organização do trabalho pela queixa de gerar sobrecarga.

Dessa forma, apresenta-se uma desintegração e desarticulação entre as equipes. Cabe ressaltar que questões como responsabilidade pela integridade do trabalho, compromisso com a utilidade pública, motivações e valores, todos essenciais ao desenvolvimento das práticas no PSF, são, na maioria das vezes, de difícil domínio das instituições de saúde sobre os profissionais. Apontam-se entraves para a institucionalização de processos de trabalho individual e coletivo, principalmente quando se trata de corporações com amplo poder e grande autonomia, com destaque no campo da saúde à profissão médica, e nesta pesquisa à Odontologia.

### **Precarização do trabalho na ESF: facetas de mercado.**

Na narrativa dos CD apreendeu-se muita crítica e desaprovação à gestão da SMS do município de Salvador, sendo que a precarização do trabalho, irregularidades no pagamento de salários e na manutenção de equipamentos causam constantemente interrupções no atendimento na USF. Cabe ressaltar que parte dos problemas relatados se repete na história dos serviços de saúde locais<sup>42-45</sup>.

“Mesmo com bons secretários de saúde, alguns com conhecimento de saúde pública, parece que aqui em Salvador a coisa é histórica e não se avança muito; somente em 2000 iniciou o PSF. Me sinto muito valorizada pela comunidade, gostaria que fosse igual a valorização pelos colegas, principalmente médicos da minha USF. Também acho que o DS reconhece meu trabalho, o problema está no nível central, na má gestão, na falta de condições de trabalho de uns tempos para cá. O problema é maior por conta da política, mais que econômico” (C3)

A falta de reconhecimento pelos “colegas” e gestores do nível central, além das dificuldades para a realização do trabalho na ESF no município de Salvador, foi associada, à precarização do trabalho, à dificuldade de gestão na SMS e aos problemas políticos. Entretanto, foi destacado que a comunidade e a coordenação dos DS valorizam o trabalho do CD.

Abaixo são apontadas insatisfações de CD com a precarização do trabalho na ESF, amplificadas, principalmente, pelo descontentamento com a infra-estrutura e a falta de estabilidade, apesar de admitirem que esta esfera pública de mercado seja a alternativa que propicia melhor remuneração frente à crise na esfera privada.

“Gosto muito da atenção básica, de trabalhar com os meus pacientes, mas vejo que vai demorar muito para o PSF ser do jeito que eu gostaria que fosse e então posso atuar na área educativa numa boa, trabalhar com esta parte me interessa também bastante, eu gosto. Eu estou estudando, tenho aula toda noite e estudo também durante o dia. Adoro PSF, participar, de procurar material educativo, que a gente nunca teve na realidade (...) só tem aquele kit que é a escova, modelo de gesso (...) então ai eu procuro os congressos, compro algumas coisas, compro livros de historinhas (...) mas trabalho com toda a limitação que existe”. (C4)

“Sabemos que tem dentistas com nove anos de PSF em Salvador e alguns que começaram estão em fim de carreira e há muita crítica disso. Para mim são desbravadores. Pelo contrário devem ser a nossa referência. Agora tem os recém formados. É como na medicina. No mercado de trabalho eles estão tendo oportunidades técnicas e profissionais e vão embora, entendeu? Cabe ao programa se adequar ao mercado de trabalho. Já o dentista se juntar os trabalhos em cada lugar não ganha como o médico na semana (...) então vai ficando”. (L2)

“Quem procura o PSF busca, logo ao se formar, uma base salarial pra começar! Dentista quer trabalhar no PSF mais pelo dinheiro, o salário de PSF é atrativo. Tem profissional sem

comprometimento. Segundo porque não precisa se tornar um especialista. Pra dentista a questão também é o excesso de dentista no mercado, a produção das faculdades aumentou, então você tem uma demanda anual que é quase 400 dentistas jogados no mercado. Entre procurar um salário fixo e aventurar ganhar com um bom consultório, despendioso é melhor um salário fixo. Quando me formei tinha duas faculdades e hoje tem 8 ou 9. Isso ajuda a explicar a procura recente pelo PSF. A consequência é a pessoa descomprometida, despreparada, desqualificada e sem interesse. Ele pode ser até bom tecnicamente, mas não quer sair do consultório pra fazer ação coletiva. Acho que isso favorece a ação só curativa e talvez eles gostem dessa idéia da prefeitura de que 70% de trabalho é no consultório". (R7)

"Acho que existe um risco de acontecer interesse pelo PSF por causa de salário bom e estabilidade mais agora do que quando eu me formei. Acaba atraindo mais gente (...) porque o salário de R\$5200,00 pode ser um bom salário e a pessoa não ganha isso fácil na esfera privada! Eu diria dos estudantes que não vejo perfil para PSF(...) eu não sei (...) o pessoal quer fazer implante, endodontia, mas fazer saúde coletiva quase ninguém quer (...) eu acho que maioria dos estudantes que estão na universidade almejam aquele consultório lindo e maravilhoso. Eu tive uma colega que falou em gente bonita e cheirosa, né?". (C1)

"Eu gostaria que nós tivéssemos no Brasil cem mil dentistas, mas hoje tem duzentos e cinquenta mil. Desejaria que um terço ou até metade trabalhasse no SUS/PSF porque aí esses empresários da odontologia veriam que os dentistas não precisam deles. Mesmo montando não sei quantas faculdades de fundo de quintal sabemos que a intenção é apenas formar mão de obra. Sou formado pela Federal, você também e a gente sabe que é outro nível de educação. Com certeza o PSF abriu mercado de trabalho para os dentista e é bom que os dentistas vão pra saúde pública, expanda o SUS, PSF... O SUS tá fazendo um benefício maravilhoso, essa é a odontologia que eu gosto, eu tô falando a que eu gosto!". (L2)

"Desmotiva-nos a fragilidade do vínculo e a insegurança no trabalho. Soube agora que todos os trabalhadores do PSF serão demitidos em dezembro de 2010 e que não há condições de ter concurso este ano. Nem sempre a falta de materiais e/ou equipamentos quebrados repercute no comprometimento do trabalho, mas também não é somente cumprir a carga horária de trabalho. É participar e estar integrado no trabalho em equipe. Também se identificar com o que faz, além de se envolver não somente com o trabalho da Odontologia. Para trabalhar com Saúde coletiva tem que ser escolha, tem que ter perfil". (Grupo Focal)

Para alguns dos informantes a procura pelo trabalho na ESF, logo ao se formar, serve como uma base salarial para iniciar a carreira profissional, principalmente quando o salário pago torna-se mais atrativo que o trabalho na esfera privada. Neste estudo, há concordância, entre os entrevistados, de que o atual salário na Saúde da Família de Salvador é uma remuneração satisfatória para os moldes do mercado odontológico. Uma das explicações está na exploração dos empresários de planos de saúde odontológicos que remuneram insatisfatoriamente tirando proveito do excedente de mão-de-obra no mercado.

Apesar da explicitação de interesse pelo salário e trabalho na saúde pública, alguns dos entrevistados apontaram a fragilidade do vínculo e a insegurança no trabalho como desmotivadores no trabalho da ESF. Importante levar em conta o

relato dos entrevistados de que a seleção pública prevista na SMS de Salvador não garante a permanência na função dos que trabalham atualmente na ESF. Um dos CD atribui como causa desta tensão a precarização do trabalho na SMS e o número elevado de profissionais egressos de Cursos de Odontologia no Brasil, o que suscita a concorrência.

Em uma das narrativas apontou-se que um número considerável de CD, mais antigos na ESF municipal, foi premiado internamente, na SMS de Salvador, portando mais de um vínculo e à espera apenas do tempo da aposentadoria. O discurso destes trabalhadores e a observação de suas práticas demonstram, entretanto, que há uma parte deles que estimula as ações coletivas e amplia a crítica de que falta autonomia porque não podem trabalhar dignamente com assistência individual curativa, uma vez que falta manutenção preventiva de equipamentos e de insumos e materiais adequados para realizar boa Odontologia, nos moldes tradicionais.

Para estes, isso não é problema porque, já cansados da Odontologia tradicional, se amparam na novidade das ações coletivas, em especial de palestras e escovações com ou sem aplicação de flúor tópico. Estão demonstrados aqui discursos divergentes que destacam as dificuldades dos que foram pioneiros no PSF estudado e a resistência diante das adversidades para a realização do trabalho de saúde bucal.

Entre os entrevistados é marcante o discurso de identidade pelo trabalho no setor público. Uma parte argumenta que trabalhou em consultório privado próprio ou de terceiros e, por opção, trocou de trabalho. Embora, alguns admitam que continuem trabalhando no setor privado para complementar renda e fazer procedimentos especializados que não estão contemplados na atenção primária da ESF, a explicação em momento nenhum foi de arrependimento, mas de

desmotivação pela dificuldade de realizar o trabalho com qualidade (principalmente na assistência individual) e a insegurança da continuidade em função do vínculo precário.

Para alguns CD, é necessário buscar alternativas à atual modalidade de contratação na ESF porque há um temor forte de não continuar após a realização do concurso. Em função disto, um informante admitiu estudar para algum concurso, inclusive em outras áreas de atuação, e dois explicitaram que mantêm consultório privado próprio mesmo trabalhando na ESF.

Existe o discurso de muitos CD de que é melhor ser bem remunerado na ESF e trabalhar em tempo integral no programa. Um argumento fortemente utilizado por muitos profissionais para justificar o não cumprimento da carga horária estabelecida na ESF é que em decorrência da baixa remuneração para um trabalho de responsabilidade e risco, correspondente a quarenta horas semanais, torna-se necessário negociar folgas para viabilizar as outras inserções de trabalho.

Entretanto, entre os entrevistados no município este não é um sentimento da maioria que admite receber uma boa remuneração podendo, inclusive, ser superior à média do setor privado no município estudado ou na comparação com o setor público em outras localidades.

Vale registrar que o processo de expansão da ESF se fez, inicialmente, abrangendo municípios de pequeno porte, sofrendo uma inflexão a partir do ano de 2000 com a adesão de municípios de médio e grande porte e expansão para grandes regiões metropolitanas, caracterizando cenários diversos e complexos. No caso de municípios maiores, como o exemplo de Salvador, a adoção do PSF parece exigir, necessariamente, um esforço de reorganização da rede básica<sup>46,47</sup>, levando-se em conta desde o financiamento, a partir de recursos próprios municipais, até os

desafios relativos à precarização do trabalho, falta de vínculos e intensa mobilidade dos trabalhadores entre distintas ESF.

A partir das muitas experiências, percebem-se avanços em alguns municípios, mas também diversas lacunas da proposta de Saúde da Família<sup>48</sup>. Entre os pontos de maior relevância, destaca-se o fato de que o processo de expansão em quase todos os municípios se deu sem assegurar os direitos dos trabalhadores. No caso específico do estado da Bahia o que se vê, na atualidade da ESF, segundo pesquisas recentes, é a combinação de dois males: uma expansão pequena e interrompida da ESF (a pior cobertura do Nordeste) com relações precárias de trabalho, política de pessoal que não valoriza o profissional e o baixíssimo investimento em educação permanente das equipes, em uma situação pior que a maioria dos estados brasileiros<sup>49</sup>.

Souza<sup>50</sup> salienta que não se pode negar a importância da inclusão da saúde bucal na ESF para a reorganização da saúde bucal na atenção básica, mas também ressalta que é preciso enxergar os traços do corporativismo odontológico nessa inclusão, visando, provavelmente, mais do que resolver os problemas da população, criar novas possibilidades de emprego para os CD.

Corroborando com esta análise, Valença<sup>51</sup> adverte que a prática odontológica no Brasil, desenvolveu-se com base no profissional liberal, conforme os modelos da prática individualizada, de grupo ou empresarial. Ideologicamente, isto significa que o profissional é preparado no sentido de oferecer certos tipos de trabalhos em troca de um pagamento determinado. Ele vende o serviço a quem pode pagar.

Temos, assim, que o processo de trabalho, também na saúde bucal, somente pode ser apreendido enquanto tal, se considerados, simultânea e articuladamente, os seus componentes. E, ainda, que um dado processo de trabalho não ocorre

isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente. Daí compreender qual é o modelo de formação e trabalho que atende a um modelo de atenção integral em saúde baseado em novos saberes e práticas, além de novos padrões cognitivos e culturais, diferente da forma dicotômica e polar com que, por exemplo, a clínica e a saúde coletiva são tradicionalmente tratadas.

Entretanto, tais modelos hegemônicos em saúde bucal, da mesma forma que os de saúde, apoiaram-se na Medicina Científica, a qual determinou mudanças substanciais na conceituação do objeto da prática médica, o que justifica o fato de as ações caracterizarem-se pela prática curativa e na assistência ao indivíduo doente, realizada individualmente pelo CD, no espaço restrito da clínica.

Percorrendo-se a trajetória dos modelos assistenciais em saúde bucal, percebe-se que a lógica de atendimento à livre demanda da esfera privada foi transportada acriticamente para a esfera pública. No que diz respeito à formação de recursos humanos, este aspecto é por demais crítico no contexto atual, onde se processa a implementação do SUS, entendido como o conjunto integrado, e contínuo das ações e serviços de proteção, promoção e reabilitação<sup>50,51</sup>.

## **CONCLUSÕES**

Inicialmente o discurso geral é de satisfação com o trabalho em equipe, na ênfase em ações preventivo-educativas e com a remuneração atual, embora não se esconda o descontentamento com a falta de estabilidade salarial, principalmente por não serem funcionários públicos concursados e com estabilidade. Enquanto grupo profissional, merece destaque uma reflexão sobre a identidade e o lugar social dos CD em função de sua inserção em um novo contexto de trabalho assalariado, sob controle da gerência e da prestação de serviços na esfera pública, diverso da

expectativa inicial de uma atuação profissional liberal, onde idealmente seriam detentores de total autonomia.

À medida que se aprofundou a imersão no campo, os CD revelaram frustrações quanto às dificuldades de relação com colegas de outras profissões e suas aspirações profissionais, tanto no que diz respeito à elevada concorrência do mercado para a prática liberal tradicional como em relação à insatisfação com as condições encontradas para a prática de trabalho na esfera pública, na ESF.

O discurso de que falta autonomia é acentuado entre os profissionais mais velhos que tiveram consultório privado no passado e relataram a dificuldade de realizar assistência individual curativa com qualidade na USF devido à falta de infraestrutura. Apesar das condições inadequadas observadas na maioria das USF, esta ênfase pode ser reveladora da menor identidade com as ações coletivas e a priorização da assistência individual curativa tanto por parte dos CD quanto pelos gestores. A maioria, ao falar de desmotivação, se referiu à insegurança da continuidade no município de Salvador em função do vínculo de trabalho precário.

Uma análise mais apurada explicita também que há incompatibilidades entre os propósitos normativos da ESF e as condições objetivas para o exercício da prática profissional em Odontologia no município, levando-se em conta o contexto de precarização do trabalho e o discurso dos profissionais perante a gestão da SMS de Salvador. Neste cenário são identificadas tendências de adaptação ou alienação sem, contudo, realizar-se uma tematização explícita sobre os fundamentos das divergências, objetos de crítica no âmbito institucional.

Um destaque importante na narrativa dos CD foi a percepção de exclusão na equipe, diante dos colegas de outras profissões, em especial pelos médicos, historicamente com mais poder hierárquico e autonomia no campo da saúde. Além

disso, em menor escala, situações de conflito com colegas enfermeiras, auxiliar de saúde bucal e com ACS. Estas e outras questões necessitam ser reavaliadas pelos planejadores da ESF, do SUS tanto federais como locais.

Pode-se ainda avaliar que como a implantação da ESF no município de Salvador se deu tardiamente, a partir de 2000, há que se considerar este fator como mais um dificultador para a integração dos profissionais de saúde bucal às equipes da ESF, além da referida falta de protocolo e programação das ações odontológicas que poderiam dar mais solidez à sua rotina.

Percebe-se que parte das narrativas que culpam a má gestão pela precarização do trabalho, baixa resolutividade, pouco reconhecimento profissional, falta de autonomia e de liberdade em alguns aspectos precisam ser mais bem aprofundadas. Ademais se observa a polarização com a intencionalidade dos gestores em controlar ações, tarefas e práticas, além de associada ao agravamento da falta de rotina de planejamento, avaliação e ação coletiva, como também repressora aos interesses e desejos de cada sujeito.

O cenário atual da ESF aponta que, não raro, trabalhadores trocam de município em busca de melhores salários ou em escala menor, de propostas de práticas de trabalho mais adequadas, colegas de equipe mais cooperativos, dentre outros motivos. Em algumas situações, à ESF em distintos municípios ou durante as “folgas” em trabalhos na esfera privada. Isto acarreta uma profunda distorção nas bases desta estratégia, contrariamente a institucionalização da prática de planejamento e programação, necessários aos avanços desejados na esfera pública.

Em suma, a fragmentação das práticas na ESF de Salvador foi observada em todos os níveis do trabalho em equipe: seja na divisão social do trabalho (diversidade de profissões), na separação entre o trabalho manual e intelectual (quem pensa,

quem gerencia e quem executa), na divisão em ações curativo-individuais e preventivo-coletivas, nas relações de poder, hierarquia e subordinação.

Deve-se, pois, rearticular as ações de planejamento no contexto de trabalho na ESF tendo como foco as estratégias de diálogo entre os profissionais de saúde com o objetivo de reduzir conflitos, ampliar a cooperação e integralidade das práticas na formulação de políticas específicas de saúde como forma de recriar o trabalho em equipe com resolutividade. Vertentes do planejamento estratégico-comunicativo e da vigilância da saúde representam estratégias teóricas e metodológicas que podem subsidiar ações assistenciais e de gestão ao fortalecerem o agir comunicativo e o trabalho em equipe na rotina dos serviços de saúde.

Para isto, recomenda-se rever a racionalidade pouco democrática da gestão em saúde que apregoa responsabilidade através do máximo controle das tarefas, porém sem garantir a criação de espaços coletivos, de participação e de condições de trabalho na rotina dos serviços.

Além disso, algumas estratégias comunicacionais e cursos de capacitação podem subsidiar as práticas com o intuito de capacitar tanto profissionais de saúde quanto gestores para uma ação mais dialogada e participativa que favoreça o trabalho em equipe, além do planejamento como ferramenta fundamental para a tomada de decisões.

Apesar de alguns problemas narrados pelos CD serem apontados em todas as regiões, como exemplo da insuficiência de financiamento na ESF e no SUS, necessita-se analisar mais apuradamente o contexto do trabalho em cada localidade. Deve-se, pois interpretar as narrativas e as ações aos quais recorrem os sujeitos para dar sentido às suas práticas cotidianas no tempo e espaço, onde as mesmas acontecem, sejam em USF ou em outros territórios.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Extraído de [<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#historico>], acesso em [16 de dezembro de 2009].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Extraído de [[http://200.214.130.35/dab/historico\\_cobertura\\_sf/relatorio.php](http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/relatorio.php)], acesso em [01 de dezembro de 2010].
3. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre profissionais, Interface-Comunic. Saúde, Educ, 9(16):25-38, set. 2004/fev. 2005.
4. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. Saúde Coletiva, 12(2):455-464, 2007.
5. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. Psicol. Ciênc. Prof, 28(2): 374-389, jun. 2008.
6. Rodrigues AAAO, Assis MMA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: Edições, 2009.
7. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005. 236p.
8. Cappelle MCA, Brito MJ. Trabalho, gestão e poder: disciplina e auto-regulação humana. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. 92 p.
9. Dejours C, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Betiol MIS (Coor.). Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas, p. 119-145, 1994.
10. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1):63-72, 2001.
11. Minayo MCS. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 6(1):7-19, 2001.
12. Habermas J. Teoria de la accion comunicativa. Madrid: Taurus, 1987. 2 v.
13. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. 2. ed., Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2003.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Extraído de [<http://200.214.130.35/dab/atencaobasica.php>], acesso em [01 de dezembro de 2010].

15. Almeida filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, III(1/2): 5-20, 1997.
16. Santos-Filho SB. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humaniza SUS: o cotidiano do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho SB, Barros MEB (org.). *Trabalhador da saúde – muito prazer !* Ijuí: Ed. Unijuí, p. 73-96, 2007.
17. Machado MH. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.309-330, 2008.
18. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado em saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas na UNICAMP, Campinas, 1998.
19. Freidson E. *Renascimento do profissionalismo*. São Paulo: Edusp, 1998. 280 p.
20. Schraiber LB, Nemes MIB. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. São Paulo: Cadernos Fundap, p. 106-121, 1995.
21. Freidson E. *La profesión médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978. 373 p.
22. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, p. 187-220, 1994.
23. Holanda ALF, Barbosa AAA, Brito EWG. Reflexões acerca da atuação do agente comunitário de saúde nas ações de saúde bucal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14:1507-1512, 2009.
24. Sobrinho EJMA, Sousa MF. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In: Sousa MF (org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, p. 155-170, 2002.
25. Ruf, A. Mas, afinal, quem é o sujeito das mudanças ? Uma análise da dimensão tecnológica e intersubjetiva das práticas de saúde do PSF. [Tese de Doutorado]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
26. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 27(65):257-277, 2003.
27. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, 20(2):438-446, mar./apr. 2004.

28. Iñiguez L. A análise do discurso nas Ciências Sociais: variedades, tradições e práticas. In: Iñiguez L (Coord.). Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais. Petrópolis: Vozes, p. 50-160, 2004.
29. Pinheiro R, Mattos RA. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed., Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.
30. Camargo Jr KR, Villela WV, Araújo EC, Ribeiro AS, Cuginotti AP, Hayana ET *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad. Saúde Pública, 24(suppl.1):558-568, 2008.
31. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Ciênc. Saúde Coletiva, 13(1):195-206, jan./feb. 2008.
32. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, 13:531-542, 2009.
33. Weber M. Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva. México: Fondo de Cultura Económica. 1983. 1237p.
34. Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In: Parsons T. El sistema social, 3ª. ed, Madrid: Alianza Editorial, p. 399-444, 1984. 528p.
35. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p. (cadernos da CEFOR – Textos 1).
36. Marx K. Manuscritos Econômico-Filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2005.
37. Schraiber LB. O médico e seu trabalho. Limites de liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
38. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento, gestão em saúde: histórico e tendências com base numa via comunicativa. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2265-2274, 2010.
39. Scherer MDA, Pires D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de Saúde da Família, na percepção dos profissionais de saúde. Tempus-Actas de Saúde Coletiva, 3(2):30-42, abr./jun. 2009.
40. Braverman H. Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX. 3ª. ed, Rio de Janeiro: LTC, 1987.
41. Araujo ME, Zilbovicius C, Junqueira SR, Martins JS. Avaliação das estratégias pedagógicas da área de saúde bucal da residência multiprofissional em saúde da família da Casa de Saúde Santa Marcelina. Cad Saúde Pública, 24:2012-2015, 2008.

42. Teixeira CF, Paim JSL. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: Vieira-da-Silva LM. (Org.). Saúde Coletiva: textos didáticos. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, p. 19-34, 1994.
43. Soares CLM. A política nacional de saúde bucal no âmbito municipal. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.
44. Cerqueira SCC. O processo de incorporação do plano municipal de saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.
45. Ribeiro PCA. Espaço social e práticas de saúde bucal na estratégia de saúde da família, em uma capital do nordeste do Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.
46. Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: HUCITEC, p. 135-151, 2002.
47. Rocha KB. Trajetória do PSF em Goiás e análise de suas viabilidades em grandes centros urbanos. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2005.
48. Teixeira CF. Saúde da Família: dilemas e desafios atuais. In: VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2006, Rio de Janeiro. Saúde Coletiva em um mundo globalizado. Anais. Rio de Janeiro : ABRASCO, 2006.
49. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Desprecarização dos vínculos e seleção dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Cartilha. – Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2007.
50. Souza DMS. A incorporação da saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [Dissertação de Mestrado], UFRGN, 2005.
51. Valença AMG. A educação em saúde na formação do cirurgião-dentista. Niterói: EdUFF, 1998.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa traz alguns elementos para a compreensão do trabalho dos cirurgiões-dentistas (CD) na esfera pública, acompanhando o crescimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Brasil, na última década. Ressalta-se que a organização do sistema com foco no planejamento e na atenção primária é um caminho contra a distorção na programação das ações de saúde voltadas para as enfermidades ou tão somente para grupos especiais.

Pretende-se contribuir com a reflexão sobre os desafios e (des)caminhos para a consolidação de uma classe profissional na Atenção Primária à Saúde (APS) no setor público, em contexto de precarização do trabalho e de perda de autonomia, enquanto contratados para trabalhar como assalariados. Certamente que uma implicação plausível diante do cenário de descaracterização da ESF é a de desilusão e, conseqüente perda, em pouco tempo, de profissionais de maior identidade com a saúde coletiva.

Muitos CD, no atual contexto, se deparam com Equipes de Saúde Bucal (ESB) pelo Brasil afora, em situações, comumente, de elevada demanda reprimida na atenção a saúde bucal e baixa resolutividade, comprometendo a qualidade no que diz respeito a: cumprimento das diretrizes, regularidade de reuniões para planejamento e avaliação, disponibilidade para as ações coletivas, distorção do conceito de território, com conseqüente ampliação das ações curativas em pronto-atendimento, e perda de ênfase na proteção, promoção, prevenção e educação da saúde, além de precariedade nas dimensões relacionais em todos os níveis (trabalhadores, usuários e gestores).

Deve-se considerar, por outro lado, que um atrativo importante da ESF para muitos profissionais são os ganhos financeiros estáveis e a distância do mundo

competitivo da esfera privada. Neste caso, a identidade com o trabalho costuma ser aquém do necessário para a construção de responsabilidade nas dimensões relacionais, profissionais e cognitivas, caracterizando a atração de profissionais sem perfil para a Saúde da Família.

Torna-se essencial salientar a posição do autor na construção desta pesquisa, no sentido de expor aspirações, motivações, limites e desafios desta empreitada. Sem dúvida, a inserção na ESF de Salvador para o desenvolvimento desta pesquisa foi facilitada sobremaneira pelo respaldo das experiências e relações adquiridas na condição de CD, professor de saúde coletiva em três cursos de Odontologia e em cursos de pós-graduação em saúde pública.

Entretanto, suas limitações metodológicas sugerem cautela na generalização e interpretação dos seus achados. Considero que o tempo de imersão em campo foi suficiente para viabilizar encontros e diálogos com os informantes. Mas, visualizo avanços e retrocessos que considero importantes. Por exemplo, apesar da pretensão de me posicionar no campo, enquanto CD, em igualdade com os informantes também CD, como um pesquisador que dialoga mais do que entrevista, propiciando um contexto de confiança mútua, denuncio meus próprios percalços porque não construí um nível de vinculação como um etnógrafo que vive vinte e quatro horas junto aos informantes durante longos períodos.

Outra limitação importante deste estudo diz respeito à natureza eminentemente descritiva e ausência de testes estatísticos na primeira etapa da pesquisa, quando da abordagem quantitativa, carecendo de cruzamento de variáveis, o que fica como promessa de futuro artigo.

Portanto, apesar de todo o caminhar, no percurso do Doutorado, na área de concentração das Ciências Sociais em Saúde e em campos teórico-metodológicos

para a investigação qualitativa, almejando a produção de dados não estruturados, admito que a possibilidade de ter uma somatória de achados pode contribuir significativamente na caracterização diante de um grupo heterogêneo. Neste sentido, considero um acerto a abordagem qualitativa e quantitativa de forma complementar para esta pesquisa. Embora arbitrários, os recortes que permitiram a fragmentação do objeto da pesquisa em três artigos científicos foram definidos a partir de uma certa tematização, provisória, dos achados.

Deve-se considerar, por outro lado, que todos os dados da pesquisa foram produzidos pelo doutorando, em todos os níveis de coleta, possibilitando maior imersão no campo e apropriação do trabalho ao longo dos nove meses de coleta, perfazendo o campo, no total, de um ano, se incluído o período consumido com as transcrições.

Enquanto orientação para futuras pesquisas, os resultados deste trabalho demonstram a necessidade de que novas linhas de estudo devem ser desenvolvidas, principalmente na tentativa de esclarecer pontos que contribuam para melhor gestão e assistência na atenção à saúde da família. Certamente que tensões nas dimensões relacionais, profissionais e organizacionais são, até certo ponto, aceitáveis devido à complexidade e déficit histórico na atenção à saúde bucal no Brasil.

Entretanto, o sucesso da ESF dependerá, entre outros aspectos, dos sujeitos que nela se inserem: profissionais, usuários, gestores etc. Assim como o foco desta pesquisa foi para o trabalho dos CD na saúde bucal coletiva, no contexto da esfera pública do terceiro maior município do país, outros estudos realizados em cenários diversos possibilitam comparações e metanálises que bem poderiam ser demandadas pelo MS.

A Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, numa recente convocação de pesquisadores, alerta para a necessidade de difusão científica, na América do Sul, através de investigação em sistemas e serviços de saúde. O intuito é de fomentar projeto multicêntrico de investigação em atenção primária em saúde em países do cone sul, tendo em vista a necessidade de melhorias na área assistencial, de planejamento e gestão em saúde. Será oportuno estender pesquisas sobre a temática das práticas de saúde bucal na atenção primária de forma que propicie avanços na assistência e gestão dos sistemas de saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Além disso, a construção de espaços profícuos ao diálogo e à participação devem ser facilitadores para a emergência do sistema de saúde necessário para a solução dos problemas da população. É certo que a ancoragem na Vigilância da Saúde enquanto integração de níveis, mediada pelas ações de planejamento e avaliação, pressupõe ganhos de eficácia, eficiência e efetividade para gestão. Portanto, sugere-se uma revisão nas interfaces entre práticas multiprofissionais, perfil profissional, modelos de organização, educação permanente, planejamento e gestão do trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Cardoso ACC, Santos Jr RQ, Souza LEP, Barbosa MBCB. Inserção da equipe de saúde bucal no PSF: um desafio para a melhoria da qualidade de atenção à saúde. Salvador: Rev. Baiana de Saúde Pública, 26(½):94-98, jan./dez. 2002.
2. Novaes HMD. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: Botazzo C, Freitas SFT, organizadores. Ciências Sociais e saúde bucal. São Paulo – Bauru: UNESP – EDUSC, p. 141-158, 1998.
3. Zanetti CHG. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativa de massa. Brasília: Ação Coletiva, 2:11-24, 1999.
4. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2000.
5. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil de cirurgiões-dentistas graduados na faculdade de odontologia de Bauru-SP entre os anos de 1996 e 2000. Bauru: J Appl Oral Sci, 11: 283-289, 2003.
6. Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L, coordenador. ABOPREV. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 475-94, 2003.
7. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. São Paulo: Rev. ABENO, 4:30-37, 2004.
8. Carvalho CL. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. Rio de Janeiro: Hist. Cienc Saúde-Manguinhos, 13(1):56-76, jan./mar. 2006.
9. Machado MH, Rego S, Vieira M, Teixeira M. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: Machado MH (Org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 183-193, 1995.
10. Geertz C. O saber local. Petrópolis: Vozes, 1983.
11. Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
12. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: Raízes sociais do trabalho médico. [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Medicina de São Paulo, 1979. 209p.
13. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. 53 p. (cadernos da CEFOR – Textos 1).

14. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, p. 187-220. 1994a.
15. Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994b.
16. Paim JS. Planejamento e gestão para além da comunicação. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2275-2284. 2010.
17. Teixeira CF. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: Mendes, EV (Org.). Distritos Sanitários: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, p. 237-65, 1994.
18. Teixeira CF. Prevenção, promoção e vigilância da saúde In: Teixeira CF. O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade Editora, p. 77-92, 2001.
19. Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira CF (Org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: ISC/CEPS, p 79-100, 2002.
20. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
21. Freidson E. Renascimento do profissionalismo. São Paulo: Edusp, 1998.
22. Marx K. Manuscritos Econômico-Filosóficos. São Paulo: Martin Claret, 2005.
23. Habermas J. Teoria de la acción comunicativa. Madrid: Taurus, 1987.
24. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. 2. ed., Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 2003.
25. Almeida filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, III(1/2): 5-20, 1997.
26. Braverman H. Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX. 3ª. ed, Rio de Janeiro: LTC, 1987.
27. Weber M. Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva. México: Fondo de Cultura Económica. 1983. 1237p.
28. Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. In: Parsons T. El sistema social, 3ª. ed, Madrid: Alianza Editorial, p. 399-444, 1984. 528p.

## APÊNDICE 1

### QUESTIONÁRIO PARA DENTISTAS DO PSF N° (    )

Idade: ..... Sexo: masc (1) fem (2) Estado Civil.....

Cor auto referida..... Religião.....

Instituição onde se graduou: .....

Ano de Formatura: ..... Tempo de Profissão.....

Município de Residência: .....

Nome da USF (Unidade de Saúde da Família):.....

Ano de ingresso no PSF..... .. Anos de trabalho no PSF: .....

1- Você trabalhou como dentista em algum local (público ou privado) antes do PSF ?

sim (1) não (2)

Se sim, liste os locais e a quantidade de anos: .....

.....  
.....

2- Quando e em que USF você começou a trabalhar ? .....

.....

3- Você trabalhou como dentista em outra USF antes do seu trabalho atual?

sim (1) não (2)

Se sim, liste os nomes, municípios e a quantidade de anos: .....

.....  
.....  
.....

4- Você considera o trabalho que realiza atualmente junto ao PSF:

Muito importante (1)

Importante (2)

Pouco importante (3)

Nada importante (4)

Indeciso/ Sem opinião (5)

Justifique.....  
.....

5- Em relação ao trabalho (dentista) que desenvolve no PSF você se sente:

4A- Interessado

Totalmente (1)      Muito (2)      Pouco (3)      Muito Pouco (4)      Nada (5)

4B- Comprometido

Totalmente (1)      Muito (2)      Pouco (3)      Muito Pouco (4)      Nada (5)

4C- Valorizado

Totalmente (1)      Muito (2)      Pouco (3)      Muito Pouco (4)      Nada (5)

4D- Satisfeito

Totalmente (1)      Muito (2)      Pouco (3)      Muito Pouco (4)      Nada (5)

5E- Com Autonomia

Totalmente (1)      Muito (2)      Pouco (3)      Muito Pouco (4)      Nada (5)

6F- Integrado com a ESF

Totalmente (1)      Muito (2)      Pouco (3)      Muito Pouco (4)      Nada (5)

6- Quais as principais dificuldades encontradas para o desenvolvimento de suas atividades ?

.....  
.....  
.....

7- Quais as principais facilidades encontradas para o desenvolvimento de suas atividades ?

.....  
.....  
.....

8- Por quê você trabalha no PSF ? Desde quando começou a pensar nisto?

.....  
.....  
.....

## APÊNDICE 2

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DENTISTAS DO PSF

Nº (     )

Idade: .....

Sexo: masc (1) fem (2)

Nome da USF (Unidade de Saúde da Família):.....

Anos de trabalho no PSF: .....

- 1- Relate quais são as principais atividades realizadas, rotineiramente, em um dia de trabalho no PSF.
- 2- Me fale sobre como se realizam as atividades em um dia atípico de trabalho no PSF.
- 3- Fale sobre as suas expectativas, planos, satisfações e insatisfações no seu trabalho de dentista, antes (em outros locais) e atualmente no PSF.
- 4- Fale sobre que tipos de competências e requisitos pessoais são necessários para o desenvolvimento do seu trabalho no PSF.
- 5- Relate a partir de sua formação (de dentista), na graduação, como se iniciou o aprendizado dos conteúdos e competências necessários ao seu trabalho no PSF.
- 6- Relate como se iniciou a aquisição de competências necessárias ao seu trabalho no PSF, após a graduação.
- 7- Fale sobre os significados da integração entre os profissionais na ESF.
- 8- Relate como você percebe a sua relação/interação com outros trabalhadores/colegas no PSF na execução do seu trabalho e da equipe, destacando aqueles que normalmente conversam/interagem mais para organizar o seu trabalho.
- 9- Fale sobre o seu trabalho com a equipe de saúde bucal (ESB) e com o restante da equipe (ESF), a partir de suas atividades em um dia típico de trabalho.
- 10- Fale sobre sua relação com outros trabalhadores/colegas da ESF, a partir de suas atividades em um dia atípico de trabalho, envolvendo planejamento e avaliação.
- 11- Relate como a tecnologia dos materiais, equipamentos e instrumentais utilizados no seu trabalho de dentista está presente para a realização de suas atividades no PSF e avalie a sua importância para cuidar melhor do paciente.
- 12- Relate como o seu conhecimento e a sua relação com o paciente são importantes para a realização de seu trabalho e avalie a sua importância para cuidar melhor do paciente.
- 13- Fale sobre o que significa para você trabalhar no PSF.
- 14- Relate sua percepção quanto ao que se espera do dentista no PSF, quanto aos saberes, competência, capacidade de assumir papéis de gestão, coordenação e liderança na ESF.
- 15- Fale sobre a importância da autonomia profissional.
- 16- Fale sobre os significados das relações de poder no trabalho em equipe.

## APÊNDICE 3

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARA OS DENTISTAS EM USF

1- Observar os seguintes aspectos em um dia típico de trabalho:

Principais atividades realizadas.

Como as desenvolve.

Em que locais.

Em que horários.

Trabalhadores que interagem para organizar e realizar seu trabalho.

As tecnologias materiais utilizadas no seu trabalho.

As tecnologias não-materiais utilizadas no seu trabalho.

2- Observar os seguintes aspectos em um dia atípico de trabalho:

Principais atividades realizadas.

Como as desenvolve.

Em que locais.

Em que horários.

Trabalhadores que interagem para organizar e realizar seu trabalho.

As tecnologias materiais utilizadas no seu trabalho.

As tecnologias não-materiais utilizadas no seu trabalho.

## APÊNDICE 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada “a inserção do dentista no PSF: significados e implicações na organização e nas práticas de saúde bucal” tem por objetivo descrever o processo de inserção do dentista na Equipe de Saúde da Família, analisando os desafios e oportunidades no que se refere à reorientação das práticas de saúde bucal e processos relacionais (com os demais trabalhadores, usuários e comunidade). O estudo está vinculado ao doutorado em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, e tem como pesquisador responsável o doutorando Augusto César Costa Cardoso, orientado pela Prof<sup>a</sup> Dra. Leny Alves Bonfim Trad.

A produção de dados implicará na realização de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas individuais e observação participante, entre os dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA, envolvendo perguntas relacionadas a autonomia, saberes, percepções, tecnologias de trabalho e interações com outros profissionais de saúde no contexto de Unidades de Saúde da Família. Serão analisados também documentos relativos ao Programa Saúde da Família (PSF) e ao trabalho dos dentistas da citada instituição. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, assegurando-se os devidos cuidados à Ética na Pesquisa em Saúde, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. A participação na pesquisa é voluntária, podendo ser retirado o consentimento pelo entrevistado ou participante em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício na forma de remuneração ao entrevistado. Não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo o (a) sr. (sra.) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Augusto César Costa Cardoso, que pode ser encontrado no ISC/UFBA, Rua Basílio Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador-BA, CEP 401.110-040, tel. (71) 3283-7409, e-mail: [cardosoacc@hotmail.com](mailto:cardosoacc@hotmail.com).

Concordo voluntariamente em consentir minha participação na pesquisa, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

## ANEXO 1

Figura 1: Distribuição Territorial dos 12 Distritos Sanitários de Saúde de Salvador, 2010.



Fonte: DAB/DATASUS/SIAB/SMS (2010).

### Nome das USF (51) de cada Distrito Sanitário (DS)

#### 1. DS CENTRO HISTÓRICO

GAMBOA  
TERREIRO DE JESUS

#### 2. DS ITAPAGIPE

JOANES CENTRO-OESTE  
JOANES LESTE

#### 3. DS SÃO CAETANO/VALÉRIA

ALTO DO CABRITO  
ALTO DO PERU  
BOA VISTA DO LOBATO  
FIAIS  
JAQUEIRA DO CARNEIRO  
**RECANTO DA LAGOA**  
LAZZAROTTO

#### 4. DS LIBERDADE

SAN MARTIN  
F SANTA MÔNICA

#### 5. DS BROTAS

CANDEAL  
ENGENHO VELHO DE BROTAS

#### 6. DS BARRA/RIO VERMELHO

ALTO DAS POMBAS  
FEDERAÇÃO  
GARCIA  
CALABAR

#### 7. DS BOCA DO RIO

PITUAÇÚ  
ZULMIRA BARROS

#### 8. DS ITAPUÃ

ALTO DO COQUEIRINHO

**NOVA ESPERANÇA**

ARISTIDEZ PEREIRA MALTEZ

#### 9. DS CABULA/BEIRU

ARENOSO  
ESTRADA DAS BARREIRAS  
SARAMANDAIA

#### 10. DS PAU DA LIMA

CANABRAVA

#### 11. DS SUBÚRBIO FERROVIÁRIO

**ALTO DE COUTOS**  
ALTO DO CRUZEIRO  
BEIRA MANGUE  
**BOM JESUS DOS PASSOS**  
CONGO  
FAZENDA COUTOS II  
FAZENDA COUTOS III  
ILHA AMARELA  
**ILHA DE MARÉ**  
ITACARANHA  
NOVA CONSTITUINTE  
SERGIO AROUCA  
RIO SENA  
SÃO TOMÉ DE PARIPE  
**VISTA ALEGRE**  
SÃO JOÃO DO CABRITO  
ALTO DA TEREZINHA

#### 12. DS CAJAZEIRAS

BOCA DA MATA  
CAJAZEIRAS IV  
CAJAZEIRAS V  
CAJAZEIRAS X  
CAJAZEIRAS XI  
YOLANDA PIRES

\* As 6 USF que estão em destaque não foram visitadas durante a pesquisa.

## ANEXO 2

### **PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006.**

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

#### AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

#### 1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da

demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

#### 2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das

urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de

prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

