

A PERCEPÇÃO DOS GERENTES DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL-CE

The Perception of Managers from Family Health Centers on the Insertion of the Oral Health Team in the Family Health Strategy in Sobral - Ceará

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior

Dentista do Centro de Especialidades Odontológicas de Sobral-CE. Especialista/Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Rebeca Sales Viana

Dentista. Mestre em Gestão e Modernização de Políticas Públicas pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e Universidade Internacional de Lisboa. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

sinopse

Este trabalho teve como objetivo verificar a percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre a inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE, através de uma entrevista, aplicado para os 14 gerentes das UBSs que dispunham de ESB em Sobral-CE. Os entrevistados relataram que a motivação da ESB está entre boa a excelente e 71,4% confirmaram a participação da ESB nas reuniões da roda. Em relação aos fatores que dificultaram a inserção das ESB na ESF destacaram-se: a grande demanda reprimida para ações curativas; no caso dos distritos a falta de infraestrutura; a demora para assistência técnica dos equipamentos e a deficiência para o deslocamento do profissional da zona urbana para a zona rural. Dentre os aspectos facilitadores para a inserção, foram relatados: a boa infra-estrutura das Unidades de Saúde; a existência prévia da ESF; o comprometimento político por parte dos gestores; a Residência em Saúde da Família e o bom relacionamento da equipe com a comunidade.

palavras-chave

Equipe de Saúde Bucal; Programa de Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde.

abstract

This study had as objective to check the perception of managers from the Basic Health Units (UBS) on the insertion of the Oral Health Team (ESB) in the Family Health Strategy in Sobral - Ceará, by means of an interview, applied to the 14 managers from UBS that dispose of ESB in Sobral - Ceará. The interviewees reported that the motivation of the ESB is between good and excellent, and 71.4% confirmed the participation of ESB in the round-table meetings. In relation to the factors which caused difficulty for the insertion of ESB in the ESF, the main ones are: the large repressed demand for curative actions; in the case of the districts the lack of infrastructure; the delay in technical assistance for equipments and transport deficiency for the professional commuting from the urban zone to the rural zone. Within the simplifying aspects for the insertion were reported: good infrastructure in the Health Units; prior existence of ESF; political compromise on behalf of administrators; Residency in Family Health and the good relationship of the team with the community.

key words

Oral Health Team; Family Health Program; Basic Health Unit.

1. INTRODUÇÃO

A saúde durante muito tempo tem sido pauta de discussões em importantes eventos nacionais e internacionais. Dentre os encontros internacionais destacaram-se a Declaração de Alma Ata ocorrida em 1978 na antiga União Soviética, a carta de Otawa para a promoção à Saúde, ocorrida em 1986, a carta do Caribe em 1993 e a Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde, em 1996. Em âmbito nacional, um marco significativo neste movimento foi o da Reforma Sanitária que se expressou de forma bastante representativa na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986.

No decorrer do século XX nasceu e consolidou-se no Brasil o modelo médico-assistencial-privatista, ainda hegemônico, no qual a saúde e a doença, são consideradas como mercadorias que podem ser livremente negociadas, como qualquer outro produto. A odontologia também está inserida neste modelo. O movimento contra-hegemônico da reforma sanitária, que nasceu e se fortaleceu nos meios acadêmicos e no movimento popular na década de 60, se consolidou num novo sistema sob o princípio central "Saúde: direito de todos e dever do estado", incluindo entre seus princípios a universalidade, integralidade, equidade, a descentralização e o controle social. Como consequência deste movimento, em 1988 o Congresso Constituinte discutiu e analisou várias das propostas do movimento da reforma sanitária e as deliberações estabelecidas pela VIII Conferência Nacional de

Saúde, instituindo o do Sistema Único de Saúde - SUS (ANDRADE, 2001).

Essa evolução de políticas de saúde sintetizou e expressou as propostas de vários segmentos da sociedade brasileira no que toca à questão saúde-doença no país. Com a descentralização proposta pela Constituição de 1988, poderia haver maior participação das lideranças locais, facilitando-se, assim, decisões que viessem a condizer com as reais necessidades sociais.

Com estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, o Ministério da Saúde adotou em março de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Após sua implantação, este programa passou a ser desenvolvido por equipes compostas por um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsável cada um, por cerca de 1.000 famílias de um território

*A oferta de serviços
públicos de odontologia, no
mais das vezes,
reproduzia o modelo
ineficaz e de baixo
impacto da prática privada,
com ênfase em atividades
restauradoras.*

delimitado.

Na década de 90, o Brasil já contava com um número considerável de cirurgiões-dentistas, cerca de 11% do total de CD's do mundo. Dados do início do século 2000 indicavam que existiam cerca de 160 mil dentistas no Brasil, sendo formados mais de 9.500 a cada ano (cerca de 26 por dia e mais de um a cada hora). A relação dentista/habitante, a despeito das grandes diferenças inter-regionais, era de um para 1.097 habitantes.

Portanto, parecia estar claro que o problema da saúde bucal no Brasil residia, entre outras razões, no modelo de prestação de serviços. A oferta de serviços públicos de odontologia, no mais das vezes, reproduzia o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada, com ênfase em atividades restauradoras.

A partir de janeiro de 2001, numa tentativa de aperfeiçoar a atenção à saúde bucal dos brasileiros, houve a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) no PSF, em caráter facultativo para os municípios. Estas equipes atuavam apoiando as equipes já constituídas, na proporção de uma ESB para cada duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000). Em todo Brasil, muitos municípios aderiram a essa estratégia de reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica, entre eles Sobral no Ceará.

Em outubro de 1997, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) apresentou o Projeto de Reestruturação das Ações Odontológicas em Sobral. Este documento foi o primeiro a realizar um diagnóstico de situação, apontar necessidades e proposições nesta área para o município.

O diagnóstico realizado revelava que o serviço de saúde bucal apresentava as seguintes dificuldades na prática odontológica do município: precária infraestrutura, contando com consultórios simplificados instalados em escolas; deficiência na reposição de material de consumo e instrumental; presença de uma rede credenciada de clínicas odontológicas particulares que prestavam serviço à Prefeitura; assistência restrita à sede do município, encontrando-se os onze distritos sem cobertura; ações coletivas pontuais, realizadas por apenas uma

...numa tentativa de aperfeiçoar a atenção à saúde bucal dos brasileiros, houve a inserção da equipe de saúde bucal (ESB) no PSF, em caráter facultativo para os municípios...

cirurgiã-dentista, que se encontravam suspensas devido à falta de material; indefinição de um teto orçamentário para o setor de odontologia; ausência de dados epidemiológicos para avaliação de ações; insatisfação dos cirurgiões-dentistas em relação à remuneração salarial, à infraestrutura física de trabalho, com a qualidade do material odontológico e da qualificação das Atendentes de Consultório Dentário (ACD's) (SOBRAL, 1997).

Em 1998, o município de Sobral, localizado na região noroeste do Estado do Ceará, a 224 Km de Fortaleza, habilitou-se junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) na forma de Gestão Plena do Sistema Municipal e até setembro desse mesmo ano já havia cadastrado junto ao Ministério da Saúde 31 equipes de PSF, contando com um total de 31 médicos, 44 enfermeiros, 205 agentes de saúde e 31.639 famílias adscritas.

Ainda em 1998, com recursos municipais, o Secretário de Assistência Social e Saúde incluiu gradualmente a ESB em algumas equipes da ESF. Em 2001, quando o Ministério da Saúde oficializou a inserção da ESB na ESF, 14 (quatorze) das 17(dezessete) ESB então cadastradas, já estavam em funcionamento.

No entanto, a formação no Brasil dos Cirurgiões-Dentistas (CD's), Atendentes de Consultório Dentário (ACD's) e Técnicos em Higiene Dental (THD's), têm se direcionado durante décadas à atenção individual, segmentada, especializada, cientificista, isolada e tecnicista, deixando de certa forma as ações comunitárias num segundo plano. Este fato tem causado muitas discussões sobre este processo formativo, em virtude de as necessidades sociais serem diferentes das priorizadas pelas instituições de ensino (BOTAZZO, 1991).

Em virtude dos aspectos anteriormente citados, há dúvidas a respeito do processo de inserção da Equipe de Saúde Bucal neste novo modelo de atenção à saúde. Neste sentido, esta pesquisa visou conhecer a percepção dos gerentes das UBS sobre a inserção da ESB na ESF em Sobral-CE. Os gerentes das UBS estão em constante diálogo

...em 1998, com recursos municipais, o Secretário de Assistência Social e Saúde incluiu gradualmente a ESB em algumas equipes da ESF. Em 2001, quando o Ministério da Saúde oficializou a inserção da ESB na ESF, 14 (quatorze) das 17(dezessete) ESB então cadastradas, já estavam em funcionamento...

com as Equipes de Saúde Bucal e são, dentro do processo gerencial municipal, hierarquicamente, os primeiros a se confrontarem com os fatos diários em seus espaços de trabalho.

2. OBJETIVOS

GERAL

- Analisar a percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Família sobre a inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE.

ESPECÍFICOS

- Conhecer a percepção dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Família sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal;
- Identificar a composição da ESB, as atividades desenvolvidas, o desempenho e motivação e a inserção da ESB na co-gestão coletiva (método da roda) das Unidades de Saúde;
- Destacar as principais dificuldades e facilidades na inserção das ESB na ESF em Sobral-CE no período de 2001 a 2002.

3. METODOLOGIA

O presente estudo caracterizou-se por ser qualitativo, descritivo e analítico, realizado a partir de dados primários e secundários. A coleta de dados secundários deu-se através de revisão de literatura abordando a evolução de políticas públicas de saúde no Brasil e de pesquisa documental junto à Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde sobre a atenção à saúde bucal.

A coleta de dados primários foi realizada de dezembro de 2002 a fevereiro de 2003 através de pesquisa de campo desenvolvida junto aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Das 23 UBS's existentes, 14 foram incluídas na presente pesquisa, sendo que o critério de inclusão foi a presença de Equipe de Saúde Bucal. Nove UBS's localizavam-se na sede do Município e cinco na zona urbana dos outros Distritos do município. Todos os cirurgiões-dentistas componentes das ESB cursavam, na ocasião da pesquisa, Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em Sobral.

Foi utilizada como instrumento de pesquisa, uma entrevista contendo dez questões abertas sobre o tema. O registro das entrevistas foi realizado pelo pesquisador, anotando as respostas dos entrevistados. Os entrevistados tiveram oportunidade de rever o que foi escrito, retificando ou ratificando informações. Os dados foram apresentados através da descrição das falas dos entrevistados, sendo registradas no texto as frases mais sintéticas e expressivas.

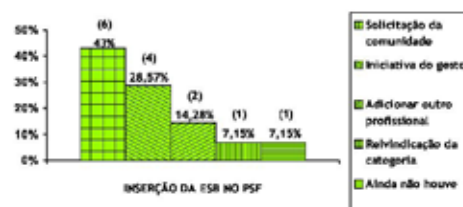
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos 14(quatorze) gerentes das UBS pôde-se observar que sete eram naturais de Sobral e tinham Especialidades em Saúde da Família e Curso para Gerentes ofertado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú em parceria com a Prefeitura Municipal de Sobral (PMS). A média de idade dos entrevistados foi de 37(trinta e sete) anos, sendo o mais jovem de 25(vinte e cinco) anos e o mais velho 52(cinquenta e dois) anos. O tempo médio de serviço foi de 05(cinco) anos, com 50% de gerentes nomeados para cargo de confiança da PMS, 29% concursados da PMS e 21% de prestadores de serviços através de uma cooperativa.

A primeira pergunta foi direcionada com vista para os motivos da inserção da ESB no PSF. As respostas foram categorizadas e agrupadas conforme pode ser visto no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 - Fatores que influenciaram a inserção das ESB no PSF segundo a percepção dos gerentes das UBS de Sobral - CE, 2001-2002.

Quatro (21,43%) entrevistados relataram que a inserção da ESB na ESF se deu por iniciativa da gestão municipal de saúde. Dois (14,28%) dos gerentes entrevistados responderam que a inserção da ESB foi um fato positivo, pois veio adicionar outro profissional



à ESF, apesar da dificuldade do cirurgião-dentista em trabalhar com a comunidade. Segundo um dos entrevistados a inserção se deu por reivindicação da própria categoria de odontólogos. Um outro gerente respondeu que ainda não havia ocorrido a inserção propriamente dita, pois ainda era necessário melhorar o vínculo empregatício.

Uma das orientações por parte da coordenação municipal do PSF é a mobilização da equipe de saúde da família para ativação do Conselho Local de Saúde na perspectiva de um maior controle social por parte da comunidade local. Demonstrou-se com estes resultados a participação popular em algumas áreas descentralizadas de saúde com a solicitação da inserção da ESB na ESF.

Apesar de não ser o enfoque da questão abordada, relatou-se também a dificuldade da inserção da ESB na ESF em virtude da grande demanda acumulada e reprimida na comunidade em termos de necessidade

As ESB têm o suporte de uma coordenação municipal em saúde bucal encarregada pela infra-estrutura, lotação dos profissionais e programação das ações desenvolvidas, além do apoio institucional dos preceptores da residência em saúde da família que têm como objetivo colaborar na construção de um modelo de atenção à saúde pautado na promoção à saúde.

de assistência odontológica individual, prejudicando assim a interação da ESB nas ações e projetos de promoção e educação em saúde na ESF.

Houve um resgate histórico, principalmente pelos gerentes que se encontravam há mais tempo no serviço, sobre o processo de inserção da equipe de saúde bucal em suas respectivas áreas de abrangência. Enfocou-se a inserção como consequência da iniciativa municipal em implementar a ESF.

Semanalmente havia reuniões para as equipes de saúde da família, em local preestabelecido pela secretaria de saúde, especificamente às 19 horas das terças-feiras, nas quais eram abordados diversos assuntos de interesse para a melhoria do funcionamento das equipes.

Nestas ocasiões, a cirurgiã-dentista responsável pelas ações coletivas em saúde bucal, sempre que podia, fazia alusão à necessidade de mais CD's no PSF. Pelo fato de uma das gerentes entrevistadas ser cirurgiã-dentista, observou-se descontentamento quanto aos direitos trabalhistas e salariais, em face de sua visão mais crítica que os outros entrevistados.

No período de março de 2000 a junho de 2001, houve a realização de um curso de Técnico em Higiene Dental (THD), por iniciativa da Prefeitura Municipal de Sobral em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú. O curso teve duração de 15 meses, contou com 17 alunas e tinha como objetivo geral capacitar recursos humanos auxiliares para a odontologia em serviço, habilitando estes profissionais para desenvolverem ações de saúde bucal na ESF. O Curso, concluído em junho de 2001, formou quinze THD's, porém até a data de junho de 2003, ainda encontrava-se em fase de reconhecimento junto ao Conselho Estadual de Educação impedindo o subsequente registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e cadastramento das ESB como modalidade II. Apesar disso, a Secretaria de Saúde e Assistência Social, por iniciativa própria, resolveu inserir o THD em algumas ESB.

Todos os cirurgiões-dentistas das ESB estudadas participavam da Residência em saúde da família e a metodologia instituída pela Residência era da "tenda invertida", ou seja - "o lócus" e o momento de formação do profissional passava a ser a unidade de saúde e a comunidade onde a equipe do PSF atuava. O "Mestre" ou "Preceptor" é que se deslocava para o local de trabalho do residente, onde está o território e a população, e, com eles, os problemas de saúde do cotidiano (ANDRADE ET AL, 2003). Este formato organizacional da Residência explica o porquê gerentes incluíram os preceptores na composição da ESB.

Em virtude de os agentes comunitários de saúde serem bastante atuantes em todas as ações desenvolvidas pelas equipes, alguns gerentes os consideraram como integrantes indissociáveis da ESB. As creches e as escolas do ensino fundamental são espaços sociais onde as equipes de saúde

bucal desenvolvem as atividades com as crianças e adolescentes de escovação supervisionada, bochecho com flúor e aplicação tópica de flúor gel. Os professores são os responsáveis pela continuidade dessas ações.

As ESB têm o suporte de uma coordenação municipal em saúde bucal encarregada pela infra-estrutura, lotação dos profissionais e programação das ações desenvolvidas, além do apoio institucional dos preceptores da residência em saúde da família que têm como objetivo colaborar na construção de um modelo de atenção à saúde pautado na promoção à saúde.

A terceira pergunta realizada aos gerentes abordou quais eram as atividades desenvolvidas pela ESB na UBS. Todos os gerentes responderam que as atividades desenvolvidas pela ESB eram curativas/individuais e coletivas. No entanto, o detalhamento destas ações, variou muito entre eles.

As ações individuais mais lembradas foram aquelas realizadas no ambiente do consultório odontológico como extrações e restaurações. Enquanto que entre os procedimentos coletivos foram listadas atividades preventivas, como bochecho com flúor nas escolas, escovação e orientações de escovação dentária nas creches, e sessões educativas com escolares, gestantes e idosos.

Além dessas práticas, citou-se a participação da ESB em atividades semanais da Roda e da comunidade, sessões de puericultura, trabalhos sociais em rádio, arborização, coletas de lixo, visitas domiciliares aos recém-nascidos, acolhimento, triagem mensal dos pacientes para tratamento odontológico e planejamento pedagógico com os professores das escolas.

As escolas públicas municipais promoviam, à época do estudo, reuniões sistemáticas para discutirem o planejamento pedagógico com os

“... A dentista busca as agentes comunitárias de saúde para se aproximar da comunidade”.

educadores. Nesses momentos, algumas ESB desenvolveram capacitações, abordando assuntos relativos à prevenção e promoção em saúde bucal. Esse fato foi registrado nas seguintes falas:

“Prevenção, formação de grupos de gestantes e crianças, visitas domiciliares, escovação supervisionada, acolhimento e agendamento, palestras, atendimento clínico de extrações, limpeza, obturações. Antes ficavam dois extremos, um da odontologia e o outro dos enfermeiros e médicos”.

“Procedimentos coletivos, extrações, obturações, pequenas cirurgias, aplicação de flúor, palestras, visitas domiciliares aos recém nascidos, triagem mensal, atendimentos às gestantes e crianças, atendimentos de urgência”.

“... A dentista busca as agentes comunitárias de saúde para se aproximar da comunidade”.

“Ações coletivas nas escolas, palestras a grupos da terceira idade, sessões de puericultura, trabalhos sociais (rádio, arborização, coleta de lixo), além do atendimento individual no consultório”.

“.... Planejamento pedagógico nas escolas, assim como orientações de higiene bucal para hipertensos, diabéticos e gestantes”.

QUADRO 1 - Ações de Saúde Bucal segunda as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/ SUS 01- (2001).

FONTE: (NOAS/ SUS 01-2001).

Em 1998 a Coordenação Municipal de Saúde Bucal efetivou as ações coletivas através da realização de uma série de Oficinas e Capacitações. Estas Oficinas visaram principalmente: habilitar professores da rede pública e voluntários como agentes escolares de saúde bucal, capacitar professoras de creches para utilizar métodos de motivação para higiene bucal, capacitar Atendentes de Consultório Dentário (ACD's) para atuarem nas ações coletivas. Foram realizadas oficinas com médicos e enfermeiros lançando o Projeto Saúde Bucal no Núcleo Familiar, que visava capacitar Agentes Comunitários de Saúde como multiplicadores de saúde bucal. Todos os

agentes de saúde do município passaram por oficinas de mobilização (SOBRAL, 2000).

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
• Prevenção dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes.	• Procedimentos individuais preventivos. • Procedimentos Coletivos; • Levantamento epidemiológico; • Escovação supervisionada e evidênciação de placa; • Bochechos com flúor; • Educação em Saúde Bucal.
• Cadastramento de usuários.	• Alimentação e análise de sistemas de informação.
• Tratamento dos problemas odontológicos, prioritariamente na população de 0 a 14 anos e gestantes.	• Consulta e outros procedimentos individuais curativos.
• Atendimento a urgências odontológicas	• Consulta não agendada.

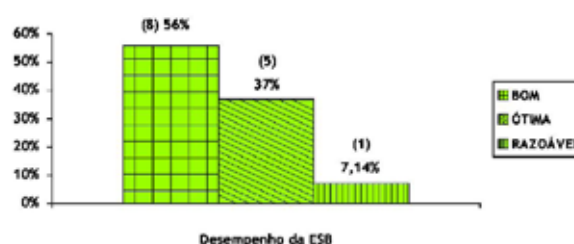
Percebeu-se que as ações diversificaram-se muito de equipe para equipe, ficando a critério de cada ESB o trabalho a ser realizado. Não houve o relato de sistematização, controle e avaliação das ações desenvolvidas. No entanto os gerentes demonstraram conhecimentos básicos sobre as atividades realizadas pelas ESB.

Os resultados da pergunta aos gerentes sobre o desempenho da ESB nas UBS, foram organizados no Gráfico 2.

GRÁFICO 2- Opinião dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde sobre o desempenho das equipes de saúde bucal, Sobral - CE, 2001.

Apesar das dificuldades relatadas pelos gerentes das UBS na atuação do cirurgião-dentista junto à comunidade, um percentual significativo de gerentes (93%) classificou como positivo o desempenho das equipes de saúde bucal, dentro daquilo que se propuseram a fazer.

Para Zanetti (2002) o difícil é incorporar os profissionais da equipe clínica odontológica num entendimento mais amplo de compromisso comunitário, de trabalho em Saúde da Família, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, em promoção da saúde e, fundamentalmente, numa rede de serviços para assistência, de acordo com os princípios do SUS. Em resumo, o desafio (para o qual há



tecnologias disponíveis) é criar uma retaguarda curativa nas práticas do PSF.

É interessante destacar que para os gerentes das UBS o desempenho da ESB está vinculado diretamente à competência do profissional cirurgião-dentista, e não à equipe de saúde bucal como um todo, ou seja, a ACD e/ou THD. No discurso dos gerentes sobre este tema as seguintes falas se destacaram:

“Ela desenvolve um trabalho muito bom, porém a comunidade cobra muito, pois a demanda é muito grande. Não é que ela

trabalhe pouco, e sim, porque a demanda é muito grande para pouco profissional”.

“Razoável. Poderia ser melhor. É mais fácil cuidar da demanda reprimida do que cuidar daquilo que não está doendo. Ainda não priorizam as ações de prevenção e promoção”.

Vale destacar que a presença de um ajudante para o “Dentista” é mais antiga que a própria oficialização da odontologia como profissão, quando esta ainda era uma ocupação, sendo exercida por barbeiro, médicos, tiradentes, ourives, e outros (CARVALHO, 1996).

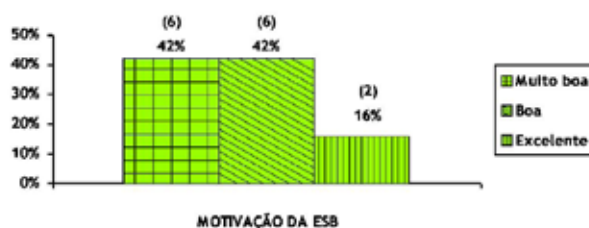
Em virtude da importância em se analisar o grau de motivação dos profissionais em seu processo de trabalho, foi questionado ao gerente sua percepção sobre isto. Foram obtidos os dados expostos no Gráfico 3.

GRÁFICO 3 - Grau de motivação das ESB segundo a percepção de gerentes das Unidades Básicas de Saúde, Sobral - CE.

Segundo afirmações de Zanetti (2002) e Manfredine (1998), percebe-se que de certa forma, o sistema de ensino odontológico nacional apresenta-se com dificuldades em formar profissionais para esse novo modelo de atenção proposto.

O Ministério da Saúde estabeleceu que a carga-horária dos componentes do PSF deve ser de 40 horas. Como a carga-horária dos CD concursados pelo município e/ou estado que compõem algumas ESB não é de 40 horas, há dificuldades em se estabelecer maiores elos entre a equipe como um todo e a comunidade.

Na sexta pergunta foi abordado como a ESB vinha se inserindo no método de co-gestão coletiva (método da roda) da UBS que cada um gerenciava: dez gerentes (71,44%) apontaram a participação ativa da ESB na Roda; três (21,42%) dos entrevistados relataram que somente o



dentista do PSF participava; e um (7,14%) relatou que são muito ausentes.

Para treze (93%) dos gerentes houve a participação da ESB nas reuniões, apesar de em muitos casos somente o dentista participar, seja pela presença, para dar informes ou para contribuir de forma interativa. Como se observa nas falas a seguir:

“Sempre participam das discussões. Fazem o calendário segundo a programação da equipe e repassam para a equipe e comunidade.”

“Os outros dentistas não participam, só os do PSF”.

“Até o ano passado só participavam para dar informações, agora neste ano está havendo uma participação maior como, por

exemplo, o trabalho realizado contra a dengue”.

“Tem o espaço. Ele apresenta o trabalho realizado na semana dia/dia. Fala sobre os problemas que enfrenta, e participa também das discussões da unidade...”.

As concepções do Método da Roda ou Método Paidéia apontam para a necessidade da participação dos agentes sociais envolvidos na dinâmica do serviço (profissionais da área, vigilantes, serventes, auxiliares de enfermagem, usuários, etc.) na produção e no atendimento das necessidades sociais (CAMPOS, 2002).

Na sétima pergunta abordou-se quais as principais dificuldades da inserção da ESB na ESF. Segundo as falas dos gerentes, as principais dificuldades foram: a grande demanda reprimida e acumulada da comunidade em necessidade de ações curativas; para os que trabalhavam nos distritos, a infra-estrutura deficiente; a demora da assistência técnica para o equipamento; deficiência no deslocamento do profissional da zona rural para sede e vice-versa; a incompreensão da comunidade em aceitar o novo modelo de promoção de saúde instituído pela ESB, pois em muitos momentos, preferem o atendimento clínico; deficiência no número de profissionais e em sua formação acadêmica; falta de entrosamento com o restante da ESF; baixa remuneração salarial.

Um importante aspecto na implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal é a organização da demanda. Historicamente, a odontologia no campo da Saúde Coletiva tem experimentado diversas fórmulas de organização da demanda, sendo que na maioria dos casos trabalhou a partir da priorização de grupos específicos ou da demanda espontânea (ZANETTI, 2002).

Dois gerentes entrevistados (14,28%) não viram dificuldades para a inserção da ESB na ESF, conforme pode se comprovar nas falas abaixo:

“A grande demanda. Sempre em reuniões do Conselho Local de Saúde há reclamação. Outros problemas nós conseguimos resolver na roda. O local

“Tem o espaço.

Ele apresenta o trabalho realizado na semana dia/dia.

Fala sobre os problemas que enfrenta, e participa também das discussões da unidade...”.

Um importante aspecto na implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal é a organização da demanda.

tínhamos muito contato; não havia muita integração. É como se o PSF fosse um e a ESB fosse outra. Agora a gente vê que é diferente, ou seja, a ESB trabalha como uma só equipe”.

Observou-se que, além da grande demanda e carência nas competências do CD em promover ações comunitárias, as dificuldades descritas pelos gerentes foram de ordem administrativa e operacional, cabendo reflexões e discussões junto aos gestores do sistema na perspectiva de resolução destes problemas.

Na oitava pergunta abordou-se quais os fatores facilitadores para a inserção da ESB no PSF. Após registro das falas dos entrevistados, destacaram-se como fatores facilitadores desta inserção a necessidade em assistência odontológica individual pela comunidade; a oferta de emprego para o profissional; a boa infraestrutura para os que atuam na sede do município; a ESB já existente; o comprometimento político por parte dos gestores; a residência em saúde da família; a disposição do cirurgião-dentista em sair da zona urbana para a zona rural; o entrosamento e bom relacionamento da equipe com a comunidade; a capacitação dos profissionais de nível médio em odontologia e a motivação dos dentistas.

“A residência em saúde da família está sendo importantíssimo para o trabalho em equipe. A própria necessidade da comunidade em se ter essas ações. A boa vontade do gestor e a disposição do profissional odontólogo em sair da zona urbana para a zona rural”.

“Além da própria colaboração da gerência, as sessões educativas e oficinas para a comunidade, pois antes o povo nem escovava os dentes”.

“A carência e demanda da comunidade, a motivação dos dentistas em ter essa inserção como desafio, e a boa vontade dos gestores”.

“O entrosamento com os outros profissionais não dentistas, a participação no planejamento das ações internas e externas do PSF, a capacitação dos profissionais de nível médio em odontologia”.

Desde 1997, Sobral vem sendo administrado pelo Partido Popular Socialista-PPS - em coligação com o Partido dos Trabalhadores

de trabalho é bom e eles têm uma boa infraestrutura”.

“O tempo é curto. Se tivesse um outro turno, por exemplo, à noite, o atendimento aumentaria e a comunidade seria mais assistida”.

“A maior dificuldade está na própria formação acadêmica do profissional”.

“Eu acho que nós não

- PT. O fato dessa base político-partidária ter conseguido ser reeleita em 2000 garantiu a continuidade das políticas públicas municipais e a efetivação de um processo de desenvolvimento local sustentável.

Sobral também integra o grupo de “Cidades Saudáveis”. Um município que se propõe ser saudável pressupõe um compromisso das autoridades com a qualidade de vida e com as políticas e medidas mais adequadas para isto. A Cidade que resolver pertencer ao movimento de “Cidades Saudáveis”, seu Prefeito e seus vereadores, isto é, os poderes executivo e legislativo, deverão legislar e adotar políticas públicas para resolver os problemas apontados por diagnósticos prévios, de forma integrada e intersetorial, para que as medidas fossem inter-relacionadas e efetivas (OFFE, 1984).

Na nona questão foi perguntado aos gerentes se eles perceberam alguma melhora no acesso da população à saúde bucal, após a inserção da ESB na UBS que gerenciavam. Todos os entrevistados responderam que perceberam melhora no acesso da população à saúde bucal após a inserção da ESB no PSF, como se observa nestas citações:

“Antes não tinham nada, a não ser àqueles que tinham plano de saúde, ou em época de política”.

“Muita. Antes não tinham saúde nem educação. É como àqueles antigos que nem olhavam para a cara do cidadão. Hoje eles olham. Se o indivíduo quiser arrancar o dente, a ESB faz de tudo para conservá-lo”.

“Sim. A gente via muita gente perder dente, hoje eles tem a oportunidade de recuperá-lo, além do trabalho desenvolvido com as gestantes, diabéticos, escolares e urgências”.

“Sim. Antes do PSF tínhamos dentistas somente no centro, agora embora a oferta seja pequena, melhorou bastante com o atendimento aqui no bairro”.

A exclusão no acesso à assistência odontológica no país até o ano de 2001 era dramática. Dados do PNAD/IBGE

...Sobral também integra o grupo de “Cidades Saudáveis”. Um município que se propõe ser saudável pressupõe um compromisso das autoridades com a qualidade de vida...

referentes ao ano de 1998 estimavam em 29,6 milhões o número de brasileiros que nunca consultou um dentista. Esse valor equivalia a 18,7% da população. A percentagem dos que nunca foram ao dentista era nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo em relação às que recebiam mais de 20 salários mínimos (ZANETTI, 2002).

A décima pergunta feita ao gerente foi qual a sua sugestão para que a ESB possa desenvolver melhor suas atribuições.

As principais sugestões apontadas pelos entrevistados foram: ampliação do número de ESB, sendo uma ESB para cada ESF; melhoria nas condições de trabalho, tanto infra-estrutura como equipamentos; realização de um cronograma relatando todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal; participação dos odontólogos na Residência em Saúde da Família; oferta de tratamento endodôntico à comunidade; realização de um curso de relações humanas entre as ACD's; maior estabilidade trabalhista e financeira para os profissionais; limitar o atendimento clínico à comunidade do bairro; permanência da ESB por mais tempo no consultório odontológico para maior integração com a equipe e a comunidade.

O objeto de trabalho do enfermeiro e do médico tem semelhanças pela sua própria lógica de formação acadêmica e de trabalho. Por mais que insuficientes, em muitos momentos estes profissionais estabelecem contatos com a comunidade. No entanto, a odontologia, historicamente caracteriza-se por ser uma profissão tecnicista, cientificista, privatista, enfim com caráter individual, restringindo muitas vezes seu ambiente de trabalho as quatro paredes de um consultório odontológico.

Acredita-se que fatores tais como a grande procura da comunidade em assistência odontológica individual e as indefinições das competências profissionais da ESB possam ter contribuído para alguns gerentes das UBS apontarem a necessidade da ESB permanecer maior tempo no consultório.

Mensalmente, havia reuniões com o grupo de residentes, preceptores, assessor técnico e coordenação municipal de saúde bucal para discussão sobre quais as competências profissionais dos componentes das ESB. Como não houve o repasse aos gerentes das datas previstas dos encontros e das deliberações resultantes destas discussões, relatou-se a necessidade de a comunicação ser feita na roda das UBS, ou mesmo, nas reuniões dos gerentes.

5. CONCLUSÕES

A análise sobre a percepção dos gerentes das UBS acerca da inserção das ESB na ESF demonstrou que os

“...Antes não tinham saúde nem educação. É como àqueles antigos que nem olhavam para a cara do cidadão. Hoje eles olham. Se o indivíduo quiser arrancar o dente, a ESB faz de tudo para conservá-lo”.

entrevistados conheciam os assuntos abordados segundo o cenário em que se apresentava a composição da equipe de saúde da família em seu dia a dia.

Em virtude do pouco tempo de inclusão da ESB na ESF, detalhes deste processo não puderam ser aprofundados. No entanto, os depoimentos obtidos demonstraram que os gerentes conheciam bem o processo de trabalho da ESB, avaliando como positiva a sua participação no PSF.

A inclusão da equipe de saúde bucal no programa saúde da família estabelece um novo cenário na odontologia brasileira, em que há um convite para a busca de novos conhecimentos e práticas. O objeto da odontologia passa a ser a melhoria da qualidade de vida das comunidades, e para a conquista desse objetivo faz-se necessário refletir sobre a prática atual e dispor-se a uma construção coletiva com a colaboração não somente de outros profissionais como também da própria comunidade.

Aos profissionais da ESB sugere-se uma programação mais detalhada de suas ações junto à ESF e à comunidade; maior participação no método da Roda e nos projetos da ESF. Para os gestores, ficou evidente a necessidade em se melhorar as condições de infra-estrutura das UBS, principalmente nos distritos; corrigir a demora na assistência técnica aos consultórios odontológicos; providenciar transporte para os profissionais e melhorar o seu vínculo empregatício. Aos gerentes, cabe tomar conhecimento destes dados na perspectiva do trabalho coletivo e participativo da ESF.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O M; BARRETO, I.C.; PARREIRAS, P; MARTINS JR., T. *Tenda Invertida: Um novo processo pedagógico implementado na Residência em Saúde da Família de Sobral*. MÍMEO. Sobral, Ceará, 2003.

ANDRADE, L. O. M. de. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Ed. Hucitec; Sobral: Edições Uva, 2001.

BOTAZZO, C. *A graduação odontológica na perspectiva da saúde coletiva*. Bauru, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Saúde da família*. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N.º 267, de 06 de março de 2001*.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

MANFREDINE, M. A. Discurso de Abertura do XIII ENATESPO e II Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, em Cuiabá, 28-31 de Outubro de 1997. *Associação de Odontologia em Saúde Coletiva*. Ano 1, Vol. 1, N.º 1, Jan./Março 1998.

OFFE, C. Dominação de classe e sistema político sobre seletividade de instituições políticas In: OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro. Tempo brasileiros 1984.p: 140-77.

SOBRAL. Prefeitura Municipal, Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde. *Plano Municipal de Saúde*, 1997.

SOBRAL. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde e Assistência Social. *Capacitação dos recursos humanos em saúde bucal*, 2000.

ZANNETI, C.H.G. Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) - proposição e programação. Brasília, 2000. Disponível na Internet <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em 12 junho 2002.

