



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PAULO HENRIQUE FERREIRA**

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NAS RELAÇÕES  
DE SAÚDE GERAL/BUCAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS  
2010**





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PAULO HENRIQUE FERREIRA**

**INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NAS RELAÇÕES  
DE SAÚDE GERAL/BUCAL NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado, apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Odontologia, Área de Concentração:  
Odontologia em Saúde Coletiva,  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora:  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daniela Lemos Carcereri.

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

F383i Ferreira, Paulo Henrique

Integralidade da atenção nas relações de saúde  
geral/bucal na estratégia saúde da família [dissertação] /  
Paulo Henrique Ferreira ; orientadora, Daniela Lemos  
Carcereri. - Florianópolis, SC, 2010.  
151 p.: il., tabs.

Dissertação [mestrado] - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Integralidade.  
3. Interdisciplinaridade. 4. Saúde da família. 5.  
Estratégia. 6. Processo de trabalho. I. Carcereri, Daniela  
Lemos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa  
de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314

**INSERIR FOLHA DE APROVAÇÃO**



## AGRADECIMENTOS

Expresso toda a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a concretização deste trabalho.

Agradeço a Deus, por guardar a minha vida; ao meu querido pai José Ferreira pelo exemplo de caráter, honestidade e simplicidade; a minha querida mãe Anna Lúcia, pelo exemplo de sabedoria e simplicidade; minha querida esposa Sheila por sua despojada companhia e o seu jeito vibrante de viver, sempre disposta em colaborar e por sua dedicação aos nossos filhos. Agradeço aos meus filhos Carlos e Vanessa pela dádiva das suas vidas e por serem a nossa imagem de Deus.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina que, em 50 anos de sua fundação, fomenta a formação profissional e intelectual de cidadãos dos quais o País deve honrar-se e ter orgulho de suas elevadas capacidades críticas reflexivas, práticas e teóricas.

Especial agradecimento à querida Professora Daniela Lemos Carcereri pela orientação, pela confiança em mim depositada durante o curso no desenvolvimento deste trabalho, pelo profissionalismo com que me impulsionou na elaboração deste trabalho e na frequência das aulas; por sua extrema habilidade pedagógica com que desenvolveu seu trabalho nos ensinando a pensar; pelo carinho e alegria com que sempre me recebeu e, sobretudo, pelo compromisso assumido. Obrigado pelo exemplo de competência e garra; pela disponibilidade em estar sempre disposta a nos ajudar; pela amizade, carinho e toda sua dedicação a nós depositada; enfim, por todas as contribuições que certamente fizeram parte do meu crescimento profissional e pessoal.

Meu sincero reconhecimento pela dedicação, comprometimento e responsabilidade, aos professores Cláudio Amante e Marco da Ros, cujas participações foram decisivas na qualificação desta pesquisa.

Agradeço aos professores Caetano, Calvino, Beatriz, Vera e a todos do Programa de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Coletiva que contribuíram para a minha formação acadêmica. E, em especial, às professoras Zuleica e Suely com suas contribuições decisivas à minha capacitação cognitiva e prática para “entrada no campo” das habilidades qualitativas de pesquisa.

Fraternal agradecimento aos professores que aceitaram compor a banca examinadora de minha defesa de tese: Professora Maria do Horto Fontoura Cartana Professora Suely Grosseman; e Professor Cláudio José Amante.

As colegas de Mestrado, Denise, Daniela, Gianina e Ana, obrigado pelo carinho, apoio e companhia. Tenho a certeza de que a Saúde Bucal Coletiva, a partir de agora, terá a oportunidade de fazer a diferença com a inserção de colegas como vocês no rol de destaques da Odontologia Coletiva.

A todos os coordenadores e profissionais das Unidades Básicas de Saúde, pelo apoio na coleta dos dados que fizeram parte deste estudo, agradeço a acolhida, disponibilidade e compartilhamento de idéias.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis, em nome da coordenadora de Saúde Bucal Marynes Reibnitz, pelo apoio e carinho com que me recebeu e contribuiu para delimitação e coleta dos dados da pesquisa.

**MUITO OBRIGADO!**

**FERREIRA, P.H. A integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal na Estratégia da Saúde da Família.** 2010. 168f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

## **RESUMO**

A integralidade da atenção ocorre a partir da organização dos serviços e das práticas de saúde, onde não há separação das práticas de saúde pública e as práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e a atenção individual (MATTOS, 2001). Analisar como cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos compreendem o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere à integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal. Neste trabalho, utilizou-se o método qualitativo em pesquisa com análise de conteúdo temático da fala, onde, por intermédio de entrevistas gravadas, foram compiladas em seus discursos informações de seus conhecimentos tácitos, em relação à temática deste estudo, os quais puderam ser categorizados para viabilizar a análise dos mesmos. Foram entrevistados quinze profissionais integrantes de cinco Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal; cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos. O instrumento de coleta de dados constou de questões-abertas do tipo “questões-problema”, as quais abordaram situações hipotéticas de saúde de usuários do cotidiano dos CS. Do material colhido e analisado emergiram três grandes categorias: 1. Práticas biológicas no cuidado da saúde: nesta categoria, podem-se perceber intenções de cuidados individualizados à saúde geral de usuários, considerando suas preferências e história, com percepção de suas necessidades; máximo apoio, incentivo e motivação, bem como aconselhamento de hábitos salutareos 2. Práticas Sociais no cuidado da saúde: nesta categoria, foi possível notar a ênfase nos cuidados aos usuários em sua vertente, cujo objeto central da atenção encontra-se vinculado aos determinantes sociais no processo de saúde-doença. 3. Entraves no cuidado integral: esses entraves emergiram das falas dos profissionais, as quais puderam revelar relações conflituosas na concepção de cada profissional e na organização dos processos no modelo da integralidade que influenciam negativamente os trabalhos em equipe. Concluiu-se o elevado potencial que os trabalhos em equipes de saúde, dentro dos Centros de Saúde

(CS), desempenham em suas ações no modelo de integralidade na ESF; dentre os quais, podem destacar-se: cuidados ampliados à saúde geral através da saúde bucal, e vice-versa, permitiram inferir e evidenciar a interdisciplinaridade e a integralidade das ações nos processos de trabalho, porém com limitações em alguns pontos da integração nesses processos. Nos discursos das práticas das equipes, de uma forma geral, constataram-se haver intenção no cuidado integral da saúde dos usuários do Sistema através da integração dos/nos trabalhos desempenhados pelos profissionais entrevistados.

Palavras-chave: Integralidade, Interdisciplinaridade, Estratégia Saúde da Família, Processo de trabalho.

**FERREIRA, P.H. A integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal na Estratégia da Saúde da Família. 2010. 168f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.**

## **ABSTRACT**

The integral part of attention occurs from the organization of services and healthy practices where there is no separation on the public healthy practices and assistential practices between actions of collective healthy and the individual attention (MATTOS,2001).The goal of this work was to analyse as surgeons-dentists, nurses and doctors comprehend the process of work on the Family Health Strategy (FHS) in which refers to a integral part of attention on the relations of general/buccal healthy. On this work was used a qualified method with analyse of thematic substances of the language, where through recorded interviews were put all together with informations of that knowledge. There were made categories in order to make the analyses easier to be understood. There were interviews of fifteen professional doctors that make part of give Teams of Health of Family and Buccal Health, in which, five surgery-dentists, five nurses and five doctors. The questions were like four open questions, sort of “ questions-problem”, in which were discussed hypothetical situations about health on daily life on the CS. From this taken and analysed material they came with three big categories: **1-** Biological practices in health care: on this category we can perceive intentions on the personalized care to the patients, considering his/hers preferences and history, but with great attention on their necessities. Maximum back up, motivation, also health care advices like dietary, oral hygienical habits etc. **2-** Social practices in health care: in this item it was possible to verify that integrality has been focused on health and how social level may interfere on the process of health and disease. **3-** Hindrances in integral health care: to sum it up we conclude that there are a high potential work among the teams on the Health Central (CS) with a good practical work in its actions on the FHS, we may highlight great care on health though out oral health, and viceversa. They were able to learn that interdisciplinary and integrality as actions on the process of work, even though with a few limitations on some points of

this integration in these processes. In the practices speeches of the in a way general teams they verified there be intention in the users health integral care of the System through the integration of the/in the jobs performed by the professional interviewees.

Key words: Integrality, interdisciplinary, Family Healthy Strategy, Working Process.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas no BRASIL– 2001 a dezembro/2009. Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009..... 21

Figura 2: Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas no BRASIL - 2001 a DEZEMBRO/2009. Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009. .... 22

Figura 3: Situação de implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no BRASIL, dezembro/2009. Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009..... 25

Figura 4: Organização do acesso : adaptado de Moyses, 1997 ..... 27

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: CS que trabalham organizadas na proporção 1:1 ( uma equipe de saúde da família para uma equipe de saúde bucal).....	62
Quadro 2: CS incluídas no estudo.....	64
Quadro 3: caracterização da amostra do estudo por categoria profissional e respectivas equipes.....	66
Quadro 4: Identificação dos eixos temáticos, suas categorias e respectivos elementos de análise.....	76

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ATM</b>	Articulação Têmporo-Mandibular
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>DP</b>	Doença Periodontal
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>OPAS</b>	Organização Panamericana de Saúde
<b>ONG</b>	Organização não-Governamental
<b>PTS</b>	Projeto Teraêutico Singular
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SBC</b>	Saúde Bucal Coletiva
<b>SABE</b>	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal da Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VD</b>	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 OBJETIVO GERAL .....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	21
3.1 O CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	21
3.2 SAÚDE BUCAL E INTEGRALIDADE .....	29
3.2.1 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO .....	30
3.2.2 INTEGRALIDADE DO SISTEMA .....	38
3.2.3 A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES .....	41
3.3 O PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR.....	45
3.3.1 A INTERDISCIPLINARIEDADE COMO DETERMINANTE DA INTEGRALIDADE .....	47
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	59
4.1 CONHECENDO O LOCAL DO ESTUDO .....	59
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	59
4.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA .....	61
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO E SUAS CARACTERÍSTICAS .....	64
4.5 PRÉ-TESTE DAS ENTREVISTAS .....	67
4.6 PERCURSO PARA COLETA DOS DADOS .....	67
4.7 LOGÍSTICA .....	71
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	72
4.9 METODOLOGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	73

<b>5 ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	76
5.1 PRÁTICAS BIOLÓGICAS NO CUIDADO DÀ SAÚDE .....	77
5.2 PRÁTICAS SOCIAIS NO CUIDADO DA SAÚDE.....	87
5.3 ENTRAVES NO CUIDADO INTEGRAL .....	96
5.3.1 FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.....	97
5.3.2 ACESSO .....	99
5.3.3 INTERSETORIALIDADE .....	104
5.3.4 INTERDISCIPLINARIDADE.....	105
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	120
<b>7 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS</b> .....	126
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	128
<b>APÊNDICES</b> .....	144



## 1 INTRODUÇÃO

Para responder à complexidade das demandas, os serviços de saúde têm recorrido a equipes compostas por profissionais oriundos de diferentes áreas de formação.

O PSF formulado pela Fundação Nacional de Saúde (1994), a partir do princípio voltado em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua; ainda, pactua o envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, tornando-se fundamental para a construção do novo processo assistencial. O programa propõe também configurar uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do fortalecimento sistema-usuário.

O reconhecido modelo assistencial proposto, através do Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>1</sup> no Brasil, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitar a transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com essas, do processo de trabalho em saúde. Nele, o trabalho de equipe é uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência em saúde.

O PSF tem como lógica o rompimento da organização disciplinar tradicional, fragmentada e prioritariamente voltada para a dimensão biológica do processo saúde-doença. Deve dar condições para que médicos, cirurgiões-dentistas, psicólogos, nutricionistas, engenheiros e demais profissionais sejam capazes de estabelecer conexões entre conhecimentos específicos de cada profissão a fim de propor novas práticas (RABELLO et al, 2001).

A proposta do Programa de Saúde da Família é a de uma equipe composta minimamente por um médico generalista, 4 a 6 agentes comunitários de saúde, trabalhadores de saúde bucal (um conjunto para cada duas equipes), dois auxiliares de enfermagem e um enfermeiro, cuidando de 800 a 1000 famílias adscritas a uma área de abrangência (BRASIL, 1998).

---

1 O Programa de Saúde da Família passou a chamar-se de Estratégia de Saúde da Família ESF a qual consolidou-se como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica estabelecida na portaria Nº 648 de março de 2006.

Ocorrem na literatura especializada em saúde pública referências ao trabalho em equipe como possibilidade de realização do atendimento integral, e da articulação dos saberes e disciplinas necessárias para o atendimento em saúde (PEDUZZI, 1998). Entretanto, a inclusão do cirurgião-dentista, no trabalho em equipe integrada ao PSF, não ocorreu desde a implantação do Programa em 1994. Apenas a partir de dezembro do ano 2000, por intermédio da Portaria n. 1.444 do Ministério da Saúde do Brasil, ocorreu o início para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira. O fato da odontologia não estar presente desde o início do programa pode acarretar em atrasos no processo de consolidação da integralidade da atenção no Sistema.

O então PSF passa a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família e, como tal, operacionalizar o SUS a partir da organização da atenção básica.

Neste contexto, longe de configurar o trabalho de equipe apenas a uma reunião de profissionais de categoria diferentes, podemos considerar o trabalho de equipe como a integração dos atores no trabalho em saúde em uma mesma direção, a da interdisciplinaridade. Ou seja, a superação da forma conhecida, em que o usuário chega com uma queixa ao serviço, passa por diferentes trabalhadores, cada um faz uma parte do atendimento até chegar ao médico.

Médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, necessitam aprofundar-se nos estudos das inter-relações do processo saúde-doença para que no momento da troca de informações nas relações e interações de trabalho possam integrar seus conhecimentos aprendidos no dia-a-dia nos Centros de Saúde (CS). Com a proposição de oferecer condição de integralidade em suas ações, elevando desta maneira formas do acesso da população usuária do Sistema a melhores condições de saúde e de qualidade de vida.

Profissionais atendem pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las nos aspectos multifatoriais, interrompendo assim o processo terapêutico e não alcançando sua objetividade, dando oportunidade para a doença permanecer onde ela está apenas mascarando os sinais clínicos da mesma (BRASIL, 2006).

Tem-se como fundamental na integralidade das ações uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção por toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário.

Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2006).

Dentro do pensamento de que é esperada para qualquer categoria profissional de saúde inserida no Sistema a tomada de ações em consonância ao princípio da integralidade, espera-se na relação interprofissional uma valorização da relação sujeito-sujeito, trocas interpessoais através do diálogo em busca de compreensões para o efetivo exercício das atividades (Da Ros, 2000).

Neste sentido torna-se importante discutir o papel da saúde bucal na construção da integralidade da atenção por meio dos conceitos, das percepções e intenções de cuidados em saúde das equipes de saúde da família em suas relações interdisciplinares. Assim, a pesquisa se propõe também analisar o grau de interação das equipes de saúde em suas práticas de aplicação da integralidade no primeiro nível de atenção em saúde dentro do SUS. Através dos resultados, poder-se-ão inferir as inter-relações da equipe de saúde da família, buscando superar a cristalização tradicional encontrada no trabalho especializado nos Centros de Saúde (CS) a fim de alcançar a integralidade na atenção à saúde.

A pesquisa tem como intuito colaborar para que as equipes de saúde da família conduzam suas ações dentro da filosofia do “olhar holístico”, dentro dos preceitos da integralidade, onde a aglutinação entre a semiótica clínica e a epistemológica do trabalho em equipe poderá permitir uma prática de saúde voltada a uma atuação integral.

Diante do exposto, espera-se que, ao final deste trabalho, seja possível a resposta à seguinte pergunta de pesquisa: em que medida se dá a abordagem da saúde bucal na estratégia da saúde da família em sua relação interdisciplinar nos cuidados de saúde geral para consolidação da integralidade?

Para responder à pergunta a pesquisa foi organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo apresenta o trabalho e problematiza o tema de pesquisa; o segundo descreve os objetivos; o terceiro dedica-se à fundamentação teórica. O quarto capítulo descreve o percurso metodológico; o quinto apresenta e analisa os resultados encontrados. Do sexto capítulo constam as considerações finais e do sétimo as recomendações para trabalhos futuros. Finalmente são apresentadas as referências, os apêndices e os anexos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar como cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos compreendem o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere à integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal.

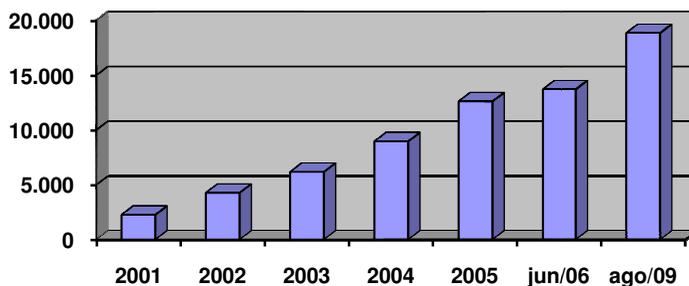
### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Perceber as práticas de integralidade em seu aspecto interdisciplinar na abordagem saúde geral/bucal.
- Perceber com que ênfase os cuidados da saúde bucal dentro dos princípios da integralidade são conduzidos pelas equipes de saúde em respostas à saúde integral dos usuários.

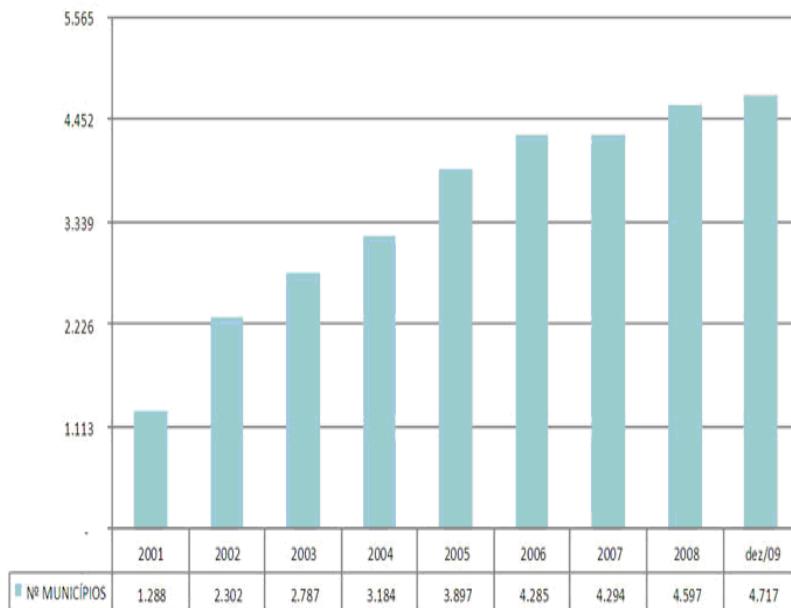
### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O CONTEXTO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos últimos anos, assistimos a um firme crescimento do direito de acesso à saúde bucal pelos serviços públicos de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde até agosto de 2009, tinham sido implantadas 18.482 equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde Bucal (ESB) em todo o País, e criados 675 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipos I, II, III ( com 3; 4 a 6 e; com 7 ou mais cadeiras odontológicas, respectivamente) (Rev. ele. Fator Brasil, 10/10/2009). Investimento importante para a equidade em um país onde milhões de pessoas não possuem dentes nem dentaduras, onde ocorrem milhares de óbitos por câncer de boca, onde falta diagnóstico precoce e é baixa a cobertura da saúde bucal. Um país onde o tratamento durante muito tempo limitou-se apenas às extrações dentárias.



**Figura 1:** Evolução do número de Equipes de Saúde Bucal Implantadas no BRASIL– 2001 a dezembro/2009. **Fonte:** SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009.



**Figura 2: Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas no BRASIL - 2001 a DEZEMBRO/2009. Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009.**

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), como parte do Programa de Saúde da Família (PSF), foi definida efetivamente a partir da Portaria número 1.444 de 28 de dezembro de 2000 do Ministério da Saúde. Esta portaria<sup>2</sup> criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de 1 ESB para cada 2 equipes de PSF, com vistas à reorganização da atenção básica odontológica no âmbito do município, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal, buscando assim a melhoria do perfil odontológico da população e, por consequência, sua

2 A PORTARIA Nº 673, DE 3 DE JUNHO DE 2003 (Ministério da Saúde do Brasil) atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB.” Poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica; com isso cessa os efeitos da Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000”.

qualidade de vida. De acordo com Souza (2001), “a saúde bucal deve ser entendida como objeto de intervenção de todos os profissionais da equipe e não exclusivamente dos que trabalham na área odontológica”. Assim, caracteriza-se por intervenção inter e multidisciplinar e de responsabilidade integral sobre a população na área de abrangência da unidade de saúde (BRASIL, 1997).

As equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família foram instituídas no município Florianópolis a partir de agosto de 2004 e as ações destas equipes foram inicialmente orientadas para o atendimento dos escolares e das demandas clínicas dos usuários, também para a integração destes profissionais nas equipes que já atuavam nas unidades (SMS-FL, 2006).

Um modelo de cuidado integral à saúde bucal dos usuários do sistema está na rede de referência e contra referência que existe através desse intercâmbio de usuários entre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Unidades Locais de Saúde (ULS) para os serviços de endodontia, periodontia, odontopediatria, pacientes portadores de necessidade especiais, cirurgias.

Hoje, já vemos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) oferecendo tratamento de canal, atendimento de pacientes especiais, tratamento de doenças da gengiva e outros procedimentos que vão além da atenção básica.

Conforme o trabalho de Carvalho e col. (2004) durante o processo de implantação da ESB no PSF pode-se encontrar duas situações:

- a) a ESB é habilitada, juntamente com a equipe do PSF, o que proporciona a ESB a participação na íntegra do planejamento e organização do processo de trabalho.
- b) a ESB é incorporada em uma equipe do PSF já habilitada. Nas unidades que já possuem PSF, a ESB pode apropriar-se das informações existentes das famílias já cadastradas.

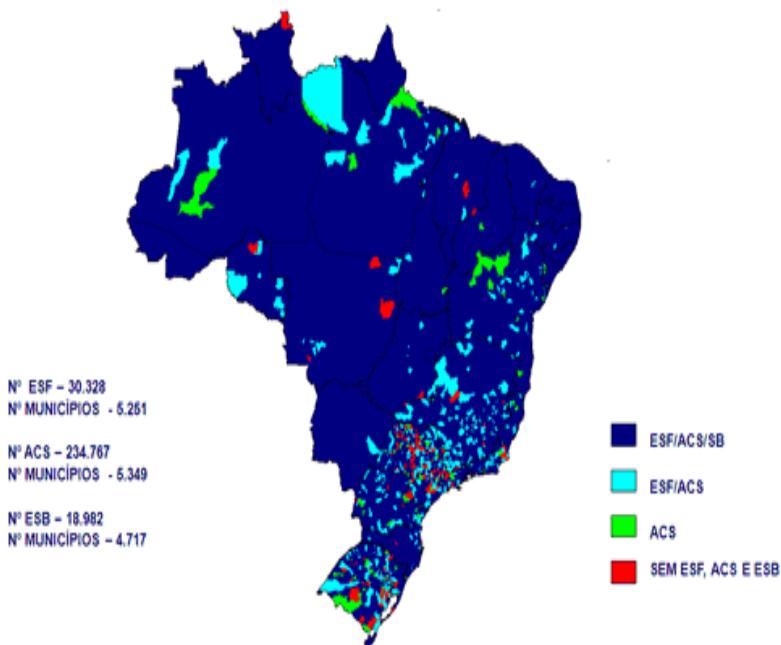
Segundo o Ministério da Saúde (2006), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (PNAD, 2003) foi o trabalho mais importante de pesquisa sobre o acesso e utilização dos serviços públicos e privados de saúde no Brasil, com uma amostra de 384.834 pessoas. Seu desenho permite uma compreensão das desigualdades regionais e sociais no acesso. Estima-se que 25,7 milhões de pessoas (14,4% da população do país) tenham buscado algum tipo de atendimento à saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa. Dessas pessoas, 98% foram atendidas sendo que 86% dos atendimentos foram considerados bons ou muito bons. A maior parte da procura foi por doença (51,9%), seguida por vacinações e atividades preventivas (28,6%), problemas odontológicos

(8,5%) e acidentes e lesões (5,2%). Mencionaram ter algum problema de saúde crônico 43% das pessoas; e 7,4% referiram restrições de atividades nos 15 dias anteriores, maior entre as mulheres e maior conforme a renda.

Entendemos, no entanto, que a procura aos serviços odontológicos (8,5%) demonstrada nessa pesquisa, apenas acima dos acidentes e lesões (5,2%), não remonta a real situação da saúde bucal da população, quando percebemos que a maioria desses atendimentos poderiam estar vinculados em sua maior parte apenas aos atendimentos de urgência o que não configura uma real demanda das necessidades bucais dos usuários do sistema.

No momento em que a ESF encontra-se implantada em 80% dos municípios brasileiros com menos de 5.000 habitantes e em praticamente 100% dos municípios com mais de 100.000 habitantes (BRASIL, 2007), a ampliação da oferta de serviços resulta em transferência de responsabilidades para as equipes da atenção básica (OPAS, 2003). Essa transferência de responsabilidades, seja no âmbito da gestão ou do provimento de ações e serviços de saúde, não tem sido acompanhada de adequada estruturação nos processos de serviços para ampliar a resolutividade quer pelas ações locais quer pelos serviços de referência especializados (NASCIMENTO, 2007).

Para a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2006) a humanização do atendimento, sua resolutividade e qualidade, a melhoria do acesso, a territorialização, e a otimização das ações de vigilância à saúde para prevenção e controle das doenças e agravos deverão servir como base para adequar as normas da atenção odontológica. Ainda, reconhecer que o objeto de atuação dos profissionais de saúde bucal constitui-se em três vertentes; a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, a aplicação de métodos de prevenção e o repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde.



**Figura 3: Situação de implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde no BRASIL, dezembro/2009.**  
**Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, 2009.**

Também, a necessidade de conciliar o enfoque na família e em comunidades fragilizadas, com a qualificação da assistência, e conseqüente aumento da resolutividade clínica pelas equipes de saúde bucal na ESF é fundamental para a consolidação da estratégia, seja junto aos usuários dos serviços, pelos trabalhadores de saúde ou frente aos gestores públicos municipais (NASCIMENTO, 2007).

Em documento institucional, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) destaca a importância de maior integração entre os diversos níveis de complexidade dos sistemas de saúde na busca de maior resolutividade da atenção: “[...] existe evidência internacional que os sistemas de saúde que integram os níveis de atenção primária com os de maior complexibilidade são mais eficientes, têm melhores resultados sanitários e logram maior aceitação e legitimidade da população” (OPAS, 2003 apud NASCIMENTO, 2007).

Entretanto os quadros epidemiológicos da população adulta e idosa no País demonstram que os sistemas municipais de saúde carecem de maior resolutividade na atenção básica e que estabeleça uma adequada articulação entre as equipes de saúde da família na atenção básica e nos demais níveis de complexidade do sistema (NASCIMENTO, 2007).

Ainda, Manfredini (2006 apud NASCIMENTO, 2007) estabelece um paradoxo entre a expressiva demanda social por consultas odontológicas e a pequena confluência da sociedade em defesa da implantação de novos modos de atenção nesta área. Essa demanda popular reafirma a necessidade de estabelecer a saúde bucal como política pública no Brasil.

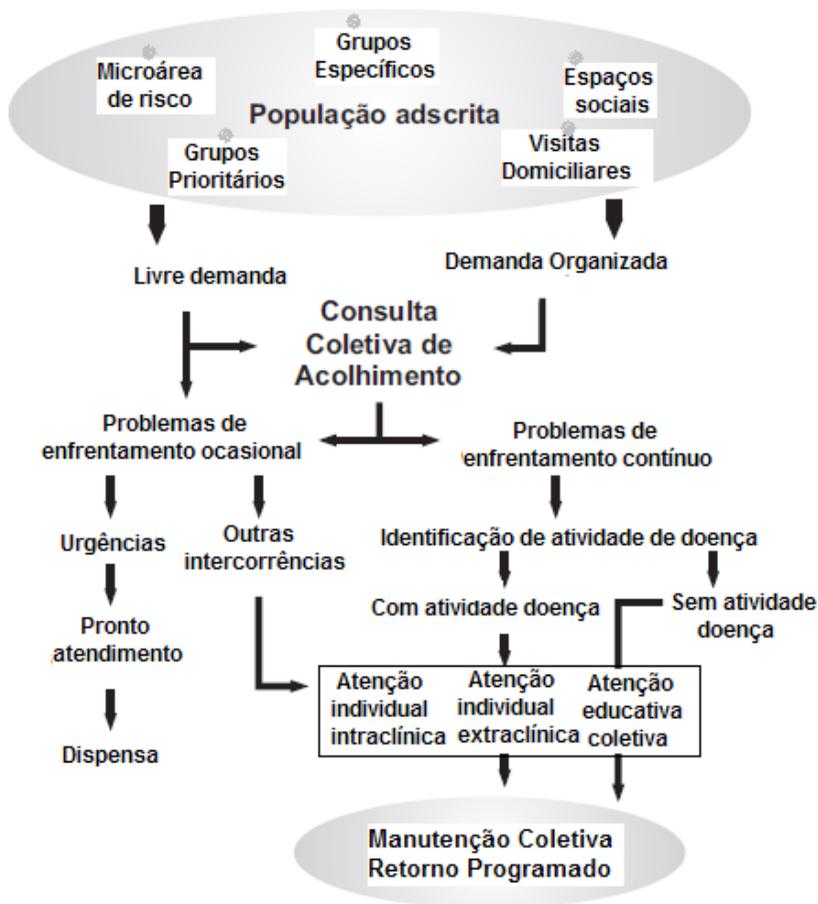
Dentre as principais mudanças almeçadas no cotidiano das práticas em saúde bucal estão aquelas que demonstram reflexos diretos na melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal e na extensão das mesmas à maioria da população. A reorientação das práticas em Saúde Bucal Coletiva (SBC), determinada pela implantação de um novo modelo de atenção, necessita resgatar parcela da dívida do setor com a grande maioria da população brasileira, completamente desassistida em suas necessidades bucal ou não raramente, atendida de forma pontual, esporádica (IBGE, 2000) e por serviços de qualidade questionável do ponto de vista humano e técnico (NASCIMENTO, 2007, p.64).

O relatório final da 3ª Conferência Nacional da Saúde Bucal (2005) aponta a situação execrável dos brasileiros: “ A banalização da situação de exclusão social no Brasil dificulta a explicitação pública como questão política, da absurda falta de garantias de acesso à atenção em saúde bucal. Há que se denunciar, com indignação, essa enorme dificuldade de acesso”.

Melhor acesso dos usuários aos serviços é relevante. Moysés (2000) demonstra a multiplicidade dos determinantes sociais e políticos de “privação e exclusão”. O autor oferece evidências que muitas doenças, inclusive bucais, acometem mais intensamente aqueles que são privados de acesso às políticas públicas, entre outros fatores. O autor aborda um tipo de organização desse acesso ( fig. 4).

Ainda, de acordo com Campos (2003) argumenta que as equipes de saúde, pelo vínculo, devem apoiar usuários para o

desenvolvimento de sujeitos autônomos, do contrário se estabelece uma relação paternalista, tornando usuários dependentes e sem capacidade de mudar o contexto em que vivem. O vínculo, portanto, constitui um intrincado processo de “mão dupla”, manifestando-se quando há relação de reciprocidade entre profissionais e pacientes (CAMPOS, 2003 apud NASCIMENTO, 2007).



**Figura 4: Organização do acesso : adaptado de Moyses, 1997**

Entretanto, um dos grandes desafios observado por Franco, Bueno e Merhy (1999) é a incorporação dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas a esse processo a ponto de causar impacto na

solução dos problemas de saúde da população, dificultando a quebra da verticalidade de organização do trabalho na unidade.

Em nosso entender, essa verticalização inclui a burocrática forma hierarquizada a qual o Sistema encontra-se organizado para satisfazer as demandas das necessidades dos usuários que de alguma forma dificulta o acesso dos mesmos aos cuidados de sua saúde integral.

Corroborando essa dificuldade, acrescentando mais obstáculo a esses cuidados, uma análise efetuada pela ótica dos gestores, politicamente pressionados pela crescente demanda assistencial, poderá justificar, num primeiro momento, a dificuldade de retirar trabalhadores do serviço para processos de capacitação. Contudo, do gestor que ambiciona a rede básica como instância resolutiva e porta de entrada qualificada do sistema, espera-se investimento prioritário na capacitação dos trabalhadores, protagonistas do processo de mudança (WHO/PAHO,2005 apud NASCIMENTO, 2007, p.16).

Saúde bucal é necessidade real sentida pela população brasileira. Como exemplo disso, Manfredini (2006) apresenta dados consolidados do Orçamento Participativo da Cidade de São Paulo em 2002, mostrando que a saúde bucal foi a segunda mais solicitada pela população, superada apenas pela expansão do PSF (NASCIMENTO, 2007). A saúde bucal foi priorizada em relação a outras especialidades médicas como a saúde da mulher (11<sup>a</sup>) ou do idoso (12<sup>a</sup>), saúde da criança e do adolescente (19<sup>a</sup>), saúde mental (20<sup>a</sup>), e prevenção e combate às DST/AIDS (44<sup>a</sup>). Não se trata de questionar as relevâncias médicas, mas sim explicitar que a população brasileira espera do gestor público acesso aos serviços de saúde bucal (MANFREDINI, 2006 apud NASCIMENTO, 2007).

No contexto das transformações pretendidas no âmbito do SUS, a ESF aportou para reorientar o modelo assistencial oportunizando o Sistema atingir respostas à demandas além daquelas já citadas neste discurso. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca a necessidade de ultrapassar limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil (BRASIL, 2004).

### 3.2 SAÚDE BUCAL E INTEGRALIDADE

Para Starfield (2002), através de uma concepção de integralidade, reconhece-se a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde e da disponibilidade de recursos para sua abordagem: “a integralidade da atenção traduz-se num mecanismo que assegura o ajustamento das ações e práticas de cuidado às demandas e reais necessidades das pessoas”.

A integralidade, a universalidade e a equidade formam a base do SUS. A integralidade é entendida na Lei 8080/90 como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Para Campos (2003) prevê-se nesse conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença. É importante ressaltar que os diferentes momentos da evolução da doença e as respectivas medidas a serem tomadas seguem o modelo da *história natural da doença*, teoria consagrada por White na década de 1960. Segundo essa teoria, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente referido a níveis de intervenção segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham ainda até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde. (CAMPOS, 2003).

Para Mattos (2004) a integralidade se manifesta na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto (e, nesse caso, a procura ao serviço de saúde).

É claro que existem várias possibilidades para os critérios utilizados na disposição das tecnologias nos diferentes níveis de atenção. No Brasil, por exemplo, adotou-se uma definição de atenção básica bastante centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais: "a atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação..." (BRASIL, 2002).

Note-se, que nessa definição, a atenção básica se ocupa tanto de ações preventivas como assistenciais. O seu conteúdo dinâmico é ditado pelo conjunto de situações e problemas de saúde mais frequentes numa certa população. Analogamente, os outros níveis de atenção também se ocupam (ou devem se ocupar) tanto da prevenção como da assistência (MATTOS, 2004).

Portanto, um ato é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outro, igualmente importante, é defender que, em qualquer nível, haja uma articulação entre a lógica da prevenção (chamemos por hora assim) e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde (MATTOS, 2004).

### 3.2.1 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

O modelo pautado na integralidade converge para uma forma de produzir saúde concebida a partir de tecnologias relacionais, através de dispositivos do tipo acolhimento, que podem ser apreendidos com ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca pelo atendimento (SANTOS; ASSIS, 2006 apud FERREIRA et al, 2008).

Para Ferreira et al (2008) a integralidade no cuidado para que este seja realizado considerando o paciente com a doença e não a doença no paciente é um dos princípios do cuidado humanizado.

A subjetividade nos diz sobre o modo ou modos de ser das pessoas em determinado tempo e lugar. Embora as pessoas sejam bastante

diferentes entre si, as subjetividades se constituem da interação entre o mundo interno (incluindo a biologia) e a história, valores e lugares da cultura da época, presentes desde antes do nascimento, a começar pela própria família que preparou o berço. Comporta um plano singular (aquilo que só diz respeito a mim mesma – minha constituição física, minha biografia, meus desejos e atos) e um plano coletivo (aquilo que compartilho com outros seres humanos em um mesmo tempo – a linguagem, as necessidades básicas, os valores socioculturais). A escuta do que os pacientes contam nas bordas do roteiro da anamnese nos revela o quanto a doença não é algo externo à suas vidas, como a princípio pode parecer. Ao contrário, o adoecimento está ligado ao modo de ser e viver das pessoas, sendo que a terapêutica deve considerar essa ordem de valor (RIOS, 2009 p.42).

A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, pretende atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a integrar os processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional (BRASIL, 2006).

O cuidado multidisciplinar permite a construção de um processo de trabalho que pode ser realizado de forma cooperativa entre os diversos profissionais envolvidos, com suas formas todas de "ver" o paciente e projetar o que seria bom para ele (SILVA, 2002).

Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar a percepção das diversas dimensões implicadas. Trata-se de um exercício de protagonismo, um esforço de co-gestão na direção das mudanças desejadas (BRASIL, 2006).

Almeida e Mishima (2001) assinalam como um dos grandes desafios para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família, a abertura para um trabalho com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes que possibilite maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Segundo as autoras se não houver uma integração da equipe corre-se “o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na

recuperação biológico individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos”.

Essa afirmação poderá nos ajudar a compreender a aposta bem sucedida de ter o agente comunitário de saúde como promotor do elo, portanto o vínculo entre o PSF e a comunidade, justamente por ser morador do mesmo local das famílias, fazendo parte de uma rede de relações, com atributos de solidariedade e liderança e conhecimentos da realidade social – atributos requisitos para sua seleção (BRASIL, 2000).

O adoecimento, que muitas vezes na consulta (e no tratamento) da Biomedicina é um evento orgânico, na consulta dentro dos princípios de humanização é um evento em inclusão e qualificado. Ou seja, a própria consulta já é um momento de aprendizado para o doente. Podemos afirmar que a consulta dentro dos princípios de humanização inclui a consulta da Biomedicina (mesmo que a consulta da Biomedicina ocorra da forma completa, o que é incomum) e a expande. A humanização traz contribuições para a ampliação da clínica com uma observação atenta e acolhedora da singularidade do sujeito.

A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos. Integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2001 p. 290).

Humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece os aspectos subjetivos das relações humanas, os valores socioculturais e os funcionamentos institucionais na compreensão dos problemas e elaboração de ações de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento (RIOS, 2009).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2006) podemos definir Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência<sup>6</sup>, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Ainda, segundo Rios (2009), pensar a humanização como política significa menos o que fazer e mais como fazer. Na Medicina, o tecnicismo da prática atual descartou os aspectos humanísticos no cuidado à saúde (NOGARE apud RIOS, 2009).

A biotecnologia aplicada à Medicina propiciou indiscutíveis conquistas para o bem das pessoas (alguém hoje consegue imaginar um procedimento cirúrgico, até mesmo de pequeno porte, sem anestesia, por exemplo?). Estudos mostram que os recursos tecnológicos, a visão centrada nos aspectos biológicos da doença, e a organização do trabalho médico para o atendimento de massa ampliaram o acesso da população aos bens e serviços de Saúde, mas, em compensação, criou um abismo entre o médico e o paciente (RIOS, 2009 p.19).

O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (FRANCO et al., 1999), e que este seja organizado de forma usuário-centrado (GOMES & PINHEIRO, 2005).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e

pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006 p. 17- 21).

Para Campos (2003) a rede básica (incluindo as USF) precisa estar inserida num sistema funcional e resolutivo, com redes hierarquizadas de serviços, para se constituir em porta de entrada do sistema de saúde. Em síntese: trabalhar com um aparato científico-tecnológico capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde da população.

Conforme Gomes & Pinheiro (2005), Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Humanizar a atenção é um desafio em vários sistemas públicos de saúde no mundo, mas ajudar a usuários e trabalhadores a lidar com a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe (BRASIL, 2006). Segundo um estudo feito nas equipes de atenção básica na Inglaterra, para investigar quais fatores mais tinham impacto na qualidade da atenção, demonstrou-se que o “clima” de trabalho nas equipes afetava diretamente o resultado, independente de quaisquer outras variáveis (CAMPBELL apud BRASIL, 2006).

A cartilha “Humaniza SUS” (BRASIL, 2006) sugere a participação dos atores em saúde enxergando os cuidados de saúde com uma visão ampliada. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater

as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.

Ainda, conforme a cartilha “Humaniza SUS” (BRASIL, 2006), na sua parte que trata da equipe de referência<sup>3</sup>/matricial<sup>4</sup>, podemos tomar conhecimento da simplicidade de seus conceitos citando como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população.

A proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a divisão de poder gerencial. As equipes transdisciplinares (o “trans” aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de co-responsabilidade entre os integrantes da equipe) têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2006 p.43).

A equipe na Atenção Básica tem mais chance de conhecer a família a longo tempo, conhecer a situação emocional, as conseqüências e o significado do adoecimento de um deles. O centro de especialidade terá uma visão mais focalizada na doença (BRASIL, 2006).

Estendeu-se a responsabilidade da equipe especialista, para além da realização de procedimentos ou consultas. Um centro de especialidade que consiga aumentar a capacidade de prevenção e intervenção das equipes locais adscritas pode diminuir a sua demanda e aumentar sua eficácia. A velha ficha de referência e contra-referência continua existindo, mas incorporam-se outros recursos para incrementar o diálogo entre os diferentes serviços. Um destes recursos veremos adiante, é o Projeto Terapêutico Singular<sup>5</sup> (BRASIL, 2006 p.46).

---

3 No plano da gestão a equipe referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e um certo número de usuários. Isto possibilita uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios (consultas por hora é um exemplo de gestão centrada nos meios).

4 Um especialista em cardiologia pode tanto discutir projetos terapêuticos de usuários crônicos compartilhados com as equipes locais, como trabalhar para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor, evitando assim compartilhamentos desnecessários (apoio matricial).

5 Projeto Terapêutico Singular (PTS) de acordo com o SUS (BRASIL, 2006) nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de

Para Gomes & Pinheiro (2005), as diretrizes operacionais do PSF orientam para novo tipo de cuidado e direcionam para que haja responsabilização e compromisso no ato do vínculo, e que esse desejo é compartilhado pela Sociedade Civil.

Entretanto, para Merhy (1998), descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leve-duras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, uma vez que permite ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde como, por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão do cuidador que qualquer profissional de saúde possui”. Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em “relações intercessoras com os usuários” produzem o cuidado.

A complementaridade dessas tecnologias é fundamental na conquista da integralidade e humanização, em todo o percurso realizado pelos usuários na busca pela reabilitação (SANTOS; ASSIS, 2006).

Por meio das práticas da saúde nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Junto com alguém que sofre, sofrem os que o amam, o sofrimento é então compartilhado, ainda que não dividido. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde na atividade do cuidar (SANTOS & ASSIS, 2006 apud FERREIRA et al, 2008).

Acontece que as pessoas têm maneiras diferentes de se cuidar, seja a partir de experiências de vida, de trabalho ou conhecimentos que foram passados de pai para filho. Muitos grupos são criados em torno desses diferentes modos de ver e entender o mundo, produzindo saberes, formas de cuidado e de apoio social, tecendo redes sociais que tornam as vidas mais dignas de serem vividas. Sabe-se também que esses conhecimentos são, em muitos casos, desvalorizados pelos profissionais de saúde, por eles possuírem um outro conhecimento (BRASIL, 2006).

A conceituação dos diferentes profissionais de saúde vai além da definição restrita do cuidado enquanto simplesmente técnica e procedimentos, atingindo uma dimensão maior, que tem como aporte a complexidade do processo de cuidar, incluindo respeito à vida humana,

escuta, responsabilidade e considerando aspectos da vida social do indivíduo (FERREIRA ET AL , 2008).

Cuidar é muito mais que dar condições de bem-estar ao "paciente" num dado momento da assistência, mas também na espera da consulta, facilitar o acesso do usuário aos serviços necessários, garantir exames complementares e consultas especializadas, atender dentro da técnica correta, atender o indivíduo com respeito e de forma digna, se preocupar com o sofrimento do outro e se mobilizar para a busca de soluções, co-responsabilizar o outro pelo seu cuidado, garantir a continuidade do tratamento, utilizar a informação de forma que a comunicação seja um instrumento de ligação entre os atores envolvidos. Todos esses elementos podem ser pactuados com a comunidade de forma que ela diga o que incomoda, exteriorize seus conflitos, expresse sua opinião sobre as formas de mudança para melhorar o serviço e a relação com os profissionais, transformando-se em protagonista - sujeito ativo do processo (FERREIRA et al. , 2008).

Finalizando, segundo Almeida & Mishina (2001), para o trabalho em Estratégia de Saúde da Família (ESF), torna-se necessário, dado seu objeto de intervenção intrinsecamente complexo, ou seja, a saúde e a doença do indivíduo e da família no seu âmbito social, inter-relacionar variados conhecimentos e práticas, que apontam na direção da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

[...]A humanização só terá assegurado seu lugar na relação do profissional com o paciente quando se mostrar indispensável para os bons resultados que o profissional deseja de si mesmo no seu trabalho. Para isso, há que se provocar (se é que isso é possível) uma descoberta fundamental na vida dos profissionais de saúde: a recuperação do desejo e do prazer de cuidar, algo que, de tão distante dos valores culturais que predominam na contemporaneidade, parece irremediavelmente perdido, mas quem sabe... (RIOS, 2009 p.24).

Também, nos apoiamos às palavras de Rios (2009) as quais afirmam que “na relação do profissional com o paciente, a escuta não é só um ato generoso e de boa vontade, mas um imprescindível recurso técnico para o diagnóstico e a adesão terapêutica. Na relação entre

profissionais, esses espaços são a base para o exercício da gestão participativa e da transdisciplinaridade”.

### 3.2.2 INTEGRALIDADE DO SISTEMA

A proposta de equipe de referência é importante para a Humanização porque se os serviços e os saberes profissionais recortam os Sujeitos em partes ou patologias (o que pode produzir um enfraquecimento da atenção porque se toma a “parte pelo todo”) as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (BRASIL, 2006).

Apesar da expansão recente dos serviços de saúde, em uma região rural do nordeste brasileiro foi constatada que a qualidade do cuidado à saúde bucal é problemática, pois a perda dentária estigmatiza a população pobre, reforçando as desigualdades entre as classes sociais (NATIONS & NUTO, 2002 apud FERREIRA et al, 2006). Notadamente, podemos perceber este problema assolando também a população de baixa renda dos grandes centros urbanos, pois entendemos que a ocorrência de cidadãos de baixa renda não está puramente vinculada às regiões geográficas de nosso País.

Santos & Assis (2002), num estudo sobre a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família em Alagoinhas (BA), abordaram a problemática do acesso aos cuidados odontológicos conforme poderemos verificar no decurso desta temática.

“As entrevistas convergiram para o sistema de marcação, seja baseado na demanda espontânea e/ou centrado na doença. Demonstraram, também, o nível de desumanização na relação usuário-recepção, evidenciado na procura por consultas, uma situação em que não há garantia de vagas para todos. A limitação no número de consultas impõe uma disputa injusta entre os usuários, que passam a chegar cada vez mais cedo, de modo a garantir o acesso. Configura-se, assim, como um serviço excludente, conflituoso e tenso, caracterizando-se quase como uma seleção natural, na qual só os mais fortes conseguem sobressair. As observações comprovam que a grande maioria dos que ficam na fila é composta

de adolescentes e adultos jovens, ao passo que as pessoas que trabalham, os idosos e as donas de casa acabam por ter dificuldade nesse tipo de organização”(SANTOS & ASSIS, 2006).

De acordo com Ferreira & Alves (2002), a dor de dente é vivenciada como dificuldade enfrentada pelas populações de baixa renda e que não encontram nos serviços de saúde pública meios apropriados para o cuidado à saúde bucal.

No Brasil, os primeiros dados a respeito da condição de saúde bucal foram apresentados no levantamento epidemiológico realizado em 1986 que retratou o resultado de uma prática odontológica caracterizada por extrações em massa, incrementando as necessidades de reabilitação com a prótese dentária (PINTO, 1988 apud FERREIRA et al., 2006).

Atuais evidências nos revelam cada vez mais que se faz necessária a preocupação com relação às formas estratégicas assistenciais para o novo modelo de cuidados à saúde bucal na integralidade. As autoridades públicas de saúde bucal no País acreditam que o setor público, através da estratégia da integralidade, tem representado elevado potencial para resgates ajustes na saúde bucal da população. Pois é evidente a preferência e a dependência da população aos cuidados bucais pelo setor público, conforme nos fora apontado na pesquisa sobre as condições de saúde bucal da população brasileira - SB Brasil 2003 - a qual revelou que 96,73% da amostra estudada foram ao dentista pelo menos uma vez na vida; 3,27% nunca visitaram o dentista e 51,20% consultaram o serviço público – com um maior percentual entre jovens, que se reduz com a idade; e que cerca de 33,36% consultaram o setor privado e 10,89% o setor privado complementar dos planos de saúde (SB-BRASIL, 2003).

Contudo, a despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços oferecidos à população em muito se distancia da garantia do direito à saúde tão almejado em nosso país. A experiência de dor é vivenciada pelos sujeitos, sendo esta sintomatologia que subsidia tanto a busca pelo tratamento, quanto a prática mutiladora nos serviços de saúde pública. A perda dentária traz deficiências para a vida cotidiana dos indivíduos, que podem ser superadas pela colocação da prótese dentária, cujo acesso está limitado pelas condições econômicas ( FERREIRA et al, 2006).

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso aos serviços de saúde. Esta situação é responsável não só pelos números desanimadores vistos no último levantamento epidemiológico nacional para algumas localidades (FERREIRA et al, 2006).

A possibilidade de acesso aos cuidados odontológicos, juntamente com a manutenção de uma boa saúde geral, são fatores fundamentais para se conseguir um estado aceitável de saúde bucal (DINI & CASTELLANOS, 1993 apud NARVAI & ANTUNES, 2003).

A organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica é centrada em atividades de baixa complexidade, curativas, onde o atendimento individual é conduzido de maneira pontual, centrado em queixas, limitado pelo equipamento ou insumo disponível, pelo número de vagas, sem garantias de retornos. As atividades preventivas e educativas desenvolvidas pela maioria dos municípios brasileiros são centradas em escolares para a faixa etária de 6 a 12 anos por meio de técnicas de escovação, aplicação de flúor e acompanhamento clínico, sendo que, aos adultos e idosos restam os serviços de urgências, geralmente mutiladores (BRASIL, 2006f).

“A organização das atividades em saúde bucal revela que cada cirurgião-dentista organiza o processo de trabalho de tal forma que seis turnos sejam destinados ao atendimento em consultório (atividades curativas) e os outros quatro turnos utilizados em atividades preventivas nas escolas do município, para crianças na faixa etária de 6 a 14 anos (palestras, controle de placa, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor). O foco está centrado na atenção a escolares, na faixa etária de 6 a 14 anos, que estudam em escolas públicas, por meio de técnicas de escovação, aplicação de flúor e acompanhamento clínico. Compreendemos que a prática, nesta perspectiva, fragmenta e reduz o campo do cuidado em saúde bucal, pois concentra as ações em uma faixa etária específica. Contudo, é no esteio dessa lógica de atenção que as ações preventivas vão se configurando no cotidiano das equipes de saúde bucal, de forma acrítica e limitada, na solução de problemas inerentes a este campo (SANTOS & ASSIS, 2006).

Resta-nos, portanto, fazer uma pergunta: o que fazer com toda a demanda de jovens, adultos e idosos os quais se encontram em

necessidades de reabilitação e de cuidados práticos odontológicos e, no entanto, suas condições socioeconômicas não lhes permitem fazer valer suas dignidades; uma vez que a promoção de saúde não deu conta de suas necessidades no passado? Desta feita, podemos finalizar esta parte do trabalho citando a conclusão do estudo de Mello e col. (2008):

Apesar das garantias legais, crescimento dos recursos e expansão dos serviços, a implementação de políticas públicas que incluam o idoso nas ações de saúde bucal é incipiente para assegurar comprometimento público-estatal-governamental e transformar a realidade epidemiológica (MELLO, 2008).

### 3.2.3 A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES

A integralidade aqui empreendida refere-se, sobretudo à abrangência para respostas do Sistema, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais (MATTOS, 2001), às necessidades de saúde dos usuários.

Assim, a integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procura; integralidade no sentido de dar respostas aos problemas de saúde pública incorporadas, tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais (MATTOS, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro pressupõe a garantia da promoção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, cuja implementação está normatizada na Lei Orgânica da Saúde<sup>6</sup>, que efetiva a sua doutrina constitucional, embora a grande maioria da população não reconheça a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, bem como o controle social como uma estratégia na conquista de uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, a necessidade de mudança faz da educação, instrumento formador da consciência do sujeito socialmente responsável, e elemento fundamental no contexto da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

---

6. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre união, Estados e Municípios, com relação à política de saúde.

As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do autocuidado e as atividades extra-clínica devem ocupar de 15% a 20% das atividades da equipe de saúde bucal (SMS-FL, 2006).

No contexto do SUS, a educação é construída pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo. É um instrumento de transformação social quando proporciona a formação do homem, o agente de mudança, crítico, criativo, reflexivo, capaz de assumir no conjunto das lutas sociais a sua condição de agente ativo de transformação da sociedade e de si próprio, na conquista de direitos e justiça social e na adoção de novas práticas de interlocução, participação e articulação das ações para além dos espaços institucionais (BRASIL, 2004).

A secularização da ciência trouxe consigo a necessidade de repensar as suas interpretações que também não podem ser compreendidas de um ponto de vista fixo, não sendo, portanto, nem definitivas, nem únicas ou exclusivas de um modo de pensar sobre a sociedade. No que toca às formas alternativas de cura, tem-se um amplo leque de produções culturais, que escapam ao controle do saber erudito, revelando que a penetração da cultura erudita não recobriu todos os espaços sociais, absorvendo-as ou assimilando-as sob sua lógica de dominação simbólica (OLIVEIRA, 1998 apud FERREIRA et al, 2006).

Partindo deste contexto, educação em saúde deve tornar-se um dos instrumentos de formação para uma nova cultura política de participação popular e de exercício de cidadania, de forma individual ou coletiva, na superação das desigualdades econômicas e sociais existentes, que restringem a melhoria nos padrões de saúde em nosso país de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

Portanto, é do nosso entendimento que para compreensão e estabelecimento de ações educativas voltadas para as resoluções dos problemas de saúde faz-se necessário entender os princípios e os conceitos que fundamentam a prática da Educação em Saúde e da Promoção da Saúde. Pois para Freire (1987) a Educação em Saúde busca romper com os esquemas verticais e assim como, desenvolver a capacidade das pessoas de tomar consciência de suas condições, mostrando a essas pessoas a importância de ser um cidadão consciente da sua inconsciência. Para Freire (1987) somente assim será possível a educação de indivíduos capazes de agir criticamente e de fazerem uso

das informações que os capacitados profissionais de saúde lhes oferecem para transformar efetivamente a realidade em seu próprio benefício.

É possível entender então que nas questões de saúde bucal será necessária maior participação e investimento governamental; envolvimento e comprometimento dos gestores em saúde voltados para as atividades reparadoras e/ou reabilitadoras, uma vez que as demandas nesta atividade estão em larga defasagem com a capacidade atual de cuidados em odontologia, legado passado de mutilação sofrida então pelas crianças e jovens que agora já jovens e idosos de nossos dias.

A despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços oferecidos à população em muito se distancia da garantia do direito à saúde tão almejada em nosso país. A experiência de dor é vivenciada pelos sujeitos, sendo esta sintomatologia que subsidia tanto a busca pelo tratamento, quanto a prática mutiladora nos serviços de saúde pública. A perda dentária traz deficiências para a vida cotidiana dos indivíduos, que podem ser superadas pela colocação da prótese dentária, cujo acesso está limitado pelas condições econômicas (FERREIRA et al, 2006).

Devemos, portanto, afirmar categoricamente a saúde como direito humano fundamental para todos, qualificar os processos de educação como meio de fortalecimento do controle social do SUS, lutar pela adoção de políticas públicas capazes de diminuir as desigualdades sociais e econômicas do país na implementação da justiça social, dentre outras ações, com o propósito de transformar a realidade, as relações, a estrutura, a sociedade (BRASIL, 2004).

A dor de dente é vivenciada como dificuldade enfrentada pelas populações de baixa renda, que não encontram nos serviços de saúde pública meios apropriados para o cuidado à saúde bucal (Ferreira & Alves, 2002). Na compreensão de uma dada realidade é necessário identificar a maneira como os sujeitos sociais identificam, explicam e elaboram os acontecimentos. No caso do cuidado à saúde bucal, essa realidade em processo está em consonância com a experiência vivenciada nos serviços de saúde. O produto desse processo de (re)tradução da realidade cotidiana são as representações sociais (FERREIRA et al, 2006).

Para Pucca Júnior (1998), o edentulismo é um quadro de seqüela derivado de um processo de desgaste do corpo, sendo que os componentes de desgaste se sobrepuseram aos demais. Afirma que o edentulismo é “aceito pela sociedade, pelos odontólogos e pelas pessoas adultas (...) como algo normal e natural com o avanço da idade, o que evidentemente é falso”. Para o autor, quando o edentulismo se manifesta é porque inexisteram ou fracassaram integralmente as medidas de atenção à saúde bucal (NARVAI & ANTUNES, 2003).

A partir da década de 70, no Brasil, a área de educação em saúde vem propondo uma linha de planejamento participativo para as ações educativas, fazendo-o com base na Pedagogia da Problematização, criando uma nova concepção de educação em saúde, voltada para um processo positivo de educar, cujo objetivo é valorizar a responsabilidade sobre a saúde pessoal, da família e da comunidade (PEREIRA et al, 2000).

O Relatório Lalonde – “*A New Perspective for Health of Canadian*” (CANADA, 1974) pode ser considerado o despertar do Modelo de Promoção de Saúde (NASCIMENTO, 2007).

Segundo Nascimento (2007) as bases do Relatório Lalonde, apresentado ao Governo Canadense, são a melhoria da qualidade de vida da população a partir do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Tais políticas levam em consideração não apenas a melhoria da qualidade e estrutura dos serviços assistenciais de saúde, mas, de forma não menos importante, o maior impacto sobre determinantes ambientais e de estilos de vida relacionados ao processo saúde-doença.

O Relatório Lalonde propõe a reestruturação de políticas públicas, inclusive na área de saúde, de forma que estas impactem de quatro maneiras distintas sobre o cotidiano de indivíduos e coletividade:

1. Na organização dos serviços de saúde em si;
2. Nas ações sobre o ambiente;
3. Na mudança dos estilos de vida prejudiciais à saúde e estímulo ao comportamento saudável e;
4. Na biologia, em relação à genética e à função humana.

Entretanto, estudos conduzidos a partir da década de 1990 concluíram que a abordagem proposta no Relatório Lalonde apresentava reflexos variáveis sobre as condições de vida e saúde da população. Haveria um impacto mais favorável em populações pertencentes aos estratos sociais elevados ou médios e, de forma contraditória, impactos reduzidos ou mesmo desfavoráveis naqueles grupos pertencentes às camadas mais pobres da população (HYNDMANN, 1998 apud NASCIMENTO, 2007).

Segundo Paulo Freire a educação deve estimular as pessoas por meio do diálogo a agirem criticamente fazendo uso das informações para transformar efetivamente a realidade em seu próprio benefício como sujeitos de seu aprendizado e como criador de soluções para os problemas e críticos para analisar o contexto político, econômico e social que os determinam (FREIRE, 2001).

Enfim, concordamos com as palavras do presidente do Conselho Nacional de Saúde na edição do jornal do Conselho Federal de Odontologia 91/2009 onde declara que “ a Comissão de Saúde Bucal tem sob a sua responsabilidade o debate de ações e propostas que apontem para a superação de um dos maiores gargalos na saúde pública brasileira. Uma realidade caracterizada pelo descaso numa área vital à saúde geral do indivíduo, que gerou não só uma população sem os direitos mínimos na área de saúde, mas um sistema excludente, que deixa a imensa maioria das pessoas totalmente à margem da cidadania” (Jornal CFO 91/2009).

Na mesma direção, os CS também têm apresentado, ao longo do tempo, diversas significações no que diz respeito à saúde bucal da população, de modo que, atualmente, apresenta-se como um espaço no qual são desenvolvidos processos de atenção à saúde que articulam ações de natureza diversa, envolvendo seu território e seu entorno.

Oportunamente, podemos finalizar este capítulo destacando as palavras da Dra. Maristela Vilas Boas Frattucci, palestrante da 3ª Conferência Estadual de Saúde Bucal, 2004, em São Paulo: “ensinar e aprender são processos interdependentes, sendo o papel do educador de facilitador de intenção e agregador de discussões”.

### 3.3 O PROCESSO DE TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde, tem sido um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho em equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família tem exigido dos profissionais das equipes uma mudança de atitude pessoal e profissional em direção à interdisciplinaridade (SANTOS & CUTOLO, 2004).

De acordo com Santos (2005) o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde reconhece que na atuação conjunta dos diversos profissionais de saúde há separação interna dos diversos saberes em função da ênfase à especialização, prejudicial à humanização da atuação profissional. O referido departamento, em seu documento de instituição das diretrizes para a organização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, reconhece que:

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas (BRASIL, 2003 p.4).

Japiassu (1976) introduz o fato de o termo interdisciplinaridade não possuir um caráter epistemológico definido e acabado, tratando-o como um neologismo que se presta a múltiplas interpretações. A partir da possibilidade de ter muitos significantes, é que provem o fato de ser tão difícil trabalhar conceitualmente este tema (SANTOS & CUTOLO, 2004).

Entretanto, a interdisciplinaridade pode ser interpretada como o processo de desenvolvimento de uma postura profissional na saúde que viabilize um olhar ampliado das especificidades comuns ao trabalho em equipe, visando integrar saberes e práticas, procurando respeitar as diferenças de forma que permita a construção de novas possibilidades de pensar e agir.

### 3.3.1 A INTERDISCIPLINARIEDADE COMO DETERMINANTE DA INTEGRALIDADE

De acordo com Mattos (2001), a integralidade da atenção possui como representante mais significativo a Medicina Integral, movimento surgido nos Estados Unidos da América em resposta à fragmentação da medicina proposta pelo modelo flexneriano<sup>7</sup>, que ressaltava os aspectos biológicos do ser humano em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. Para esse autor a necessidade de se resgatar a percepção do todo e, assim, melhor atender às necessidades da população desencadeou o paradigma da integralidade.

A discussão sobre a integralidade da atenção no Brasil surge como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária nos anos 70, em busca de um sistema de saúde mais justo e universal. Na década de 80, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas (MATTOS, 2001).

A integralidade aparece como um diferencial no Brasil, com a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema (SÁ, 2003 apud SILVA et al, 2007).

O conhecimento disciplinar remonta no momento da desintegração moderna do conhecimento, justamente a partir do século XIX, com o advento da Idade Moderna, que elabora o projeto iluminista marcado pela consolidação de uma filosofia racionalista e pelo surgimento da ciência em que a especialização exagerada e sem limites das disciplinas científicas provocou uma fragmentação crescente do horizonte epistemológico (JAPIASSU, 1976 apud WESTPHAL, 2000).

---

7 Modelo flexneriano- O modelo flexneriano está fundamentado no *Relatório Flexner*, realizado por Abraham Flexner, no início do século XX, publicado pela Fundação Carnegie, USA. Refere-se à medicina orientada para o indivíduo, o biologicismo, o mecanicismo, a especialização, a tecnificação, e a exclusão de práticas alternativas, com ênfase na prática curativa. Teve grandes repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde. (Mendes, 1996).

Dada à necessidade de se superar a fragmentação do conhecimento humano, herança do projeto iluminista/positivista, em busca de visão e ação mais globalizadas, a interdisciplinaridade procura estabelecer o sentido da unidade na diversidade, promover a superação da visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade (LUCK, 1995 apud WESTPHAL, 2000).

No estudo de Franco e col (1997 apud CAMPOS, 2003) “O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família”, podemos destacar essa fragmentação numa atuação “desengrenada” nos cuidados com a saúde dos usuários refletindo com isto também a um trabalho “desintegral” ou não integral:

Quando se busca solução para um problema de saúde, quando se recorre a um médico, a um posto de saúde, a um hospital, o resultado obtido é fruto dessa complexa e imbricada relação. Os múltiplos aspectos que interagem mutuamente concorrem, por um lado, para a disponibilidade de um determinado conjunto de ações e serviços ou, por outro, para o surgimento de dificuldades de acesso aos mesmos. O trabalho nos estabelecimentos de saúde entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelada. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho do médico e entre estes, o de cada especialidade médica. Assim, sucessivamente, em colunas verticais vai se organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais, e por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde. A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores em saúde sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho (FRANCO et al., 1997 apud CAMPOS, 2003).

Mehry (1997), discutindo o modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil, relata que:

[...] além da segmentação, há ainda o problema da atitude do médico, cujo trabalho é marcado pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, pelo isolamento com relação aos outros trabalhadores da saúde e pelo predomínio de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, isto é, por um modelo assistencial voltado para a produção de ações baseadas em máquinas e procedimentos. O trabalho médico orientado por este modelo se isola dos outros trabalhos em saúde, vai se especializando à introdução de cada novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, vai necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde, e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa, voltada, eticamente, para si mesma. Desta maneira, estas intenções que comandam o trabalho médico comprometido com a produção de procedimentos estão articuladas com um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para interesses privados estranhos aos dos usuários, e isolado de um trabalho mais coletivo no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum dado objetivo, em termos da produção da saúde (Merhy, 1997 apud CAMPOS, 2003).

De acordo com Scherer (2006), o Programa de Saúde da Família tem sido apontado como estratégico para a construção de um novo modelo assistencial em saúde, sendo que a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios. Entendemos que é na atuação conjunta e complementar que se estabelece a integralidade das ações.

Acreditamos assim, que a proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2006) representa um importante instrumento para interdisciplinaridade, onde se pode oferecer espaço para reunião de toda a equipe; todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e,

conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O espaço do PTS também é privilegiado para a equipe construir a articulação dos diversos recursos de intervenção que ela dispõe (fazer um cardápio com as várias possibilidades de recursos disponíveis, percebendo que em cada momento alguns terão mais relevância que outros) (BRASIL, 2006).

Outra importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento com (outros) especialistas. Na medida em que a equipe consegue perceber seus limites e dificuldades (e esta é uma paradoxal condição de aprendizado e superação) ela pode pedir ajuda. Quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto este é potencialmente um excelente espaço de formação permanente. Por outro lado, é um espaço de troca e de aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, recheada de variáveis que nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar (BRASIL, 2007, pág. 55)

Para Nascimento (2007) pressuposto essencial à prática da interdisciplinaridade encontra-se na dependência da abertura para o conhecimento do próximo e abertura para ofertar o conhecimento ao próximo. Revela-se na interdisciplinaridade a vontade de compartilhar em contraposição à tendência hegemônica de apoderar-se do saber como uma propriedade de uso particular, seja o apoderamento individual ou de uma determinada profissão.

A interdisciplinaridade constitui-se em um campo polissêmico e adquire particular relevância nas ciências da saúde a partir da institucionalização, no início do século XX, da compartimentalização do conhecimento e divisão de poderes especializados que leva a prática médica a uma situação de quase absoluta autonomia (BATISTA, 2006).

No capítulo “Saúde Bucal e Cidadania”, Carlos Botazzo in “Odontologia em Saúde Coletiva” de Antônio Carlos Pereira (2003) relata-nos em seu discurso que:

Na perspectiva de um diálogo com profissionais de saúde ainda formados no hospital tradicional, é fundamental explicitar as diferenças e reconstruir o papel dos profissionais de saúde na Atenção Básica [...] existe uma tendência cultural de acreditar que aos médicos cabe “salvar vidas”.

Como o risco de morte imediato está nos hospitais, o trabalho fora dele fica “desvalorizado”. Nesse sentido, o movimento de profissionais de saúde em torno do PSF é positivo, porque possibilita a identificação dos profissionais com a lógica da Atenção Básica e disputa, no imaginário social, um novo papel para os profissionais de saúde (BOTAZZO, 2003 pág.20).

Ainda segundo Botazzo (2003), o modo de trabalhar em saúde é diferente segundo a qualificação do trabalhador e, mais, o problema a ser enfrentado (ou a teoria do problema) é diferente para cada uma dessas categorias. De qualquer modo, embora diferentes, devem essas teorias ser submetidas e ressignificadas pela saúde coletiva. Para esse autor, ressaltam duas posições que podem ser vistas no trabalho em saúde.

Podemos falar em produção de cuidados médicos, de enfermagem, odontológicos, etc, mas também podemos falar da produção de cuidados coletivos. Há um modo de trabalhar nessas práticas que as diferenciam umas das outras. Sem dúvida, todos reconhecemos que o trabalho do enfermeiro não é o mesmo feito pelo pediatra e vice-versa, esses profissionais não utilizam os mesmos meios nem as mesmas técnicas de trabalho. Seria possível pensar que o trabalho odontológico e o trabalho da saúde bucal também não são os mesmos. Esses trabalhos utilizam-se de diferentes instrumentos de atuação. Também se diferenciam pelo problema que devem enfrentar e, decorrentemente, a teoria dele que devem construir. E se é outro trabalho, e se é outra teoria, resulta do mesmo modo que o trabalhador de uma e outra não tem a mesma qualificação para o trabalho que realizam. A odontologia é o território do cirurgião-dentista. Não se fará a mesma afirmação para a saúde bucal, pois, nesse território, conseqüentemente, teria que emergir não apenas outros personagens com funções auxiliares, mas antes e radicalmente a figura do paciente, isto é, do usuário, quero dizer, da pessoa ou do sujeito, esse que é o dono do próprio corpo ou que deveria ser (BOTAZZO, 2003 pág.23).

Conforme abordam Silva et al. (2008), a fragmentação do ensino em disciplinas, a organização da academia ou serviços em departamentos, a extrema divisão técnica do trabalho e a dicotomia entre teoria/prática têm contribuído, de modo expressivo, para o adiamento da terminalidade na formação e para a valorização da especialização, com perda da racionalidade integradora, do pensamento complexo e do cuidado integral à saúde.

No entanto, conforme Botazzo (2003), há sempre uma expectativa de exercício profissional competente se necessitarmos da ajuda do especialista. Por isso, embora não sejam tolerados profissionais grosseiros ou inábeis, também não se toleraria o inverso disso:

“de nada serviria o trabalho do ortopedista, mesmo sensível ou “humano”, se ele nos deixar com as pernas tortas pelos seus procedimentos ortopédicos. Dá-se o mesmo com qualquer clínica e queremos dos nossos especialistas o melhor que eles possam produzir ” (BOTAZZO, 2003 pág.25).

Starfield (2002 apud CUNHA, 2004) afirma a respeito da avaliação da qualidade da clínica na Atenção Básica, um enfoque sobre os resultados da atenção pode ser viabilizado através de ferramentas de avaliação tanto sobre as características estruturais como a de desempenho.

No Brasil, na medida em que estamos nos referindo a um sistema público; e na medida em que o SUS tem valorizado a adscrição de clientela e ampliação da equipe de saúde com os Agentes Comunitários, nos parece que estamos em condições mais favoráveis para resolver os desafios que as avaliações por resultados trazem consigo, criando ferramentas de avaliação de desempenho não só para o médico, mas para a equipe (STARFIELD, 2002).

Também, para esse mesmo autor o sucesso da avaliação dependerá muito do movimento de métodos para obter informações de sistemas baseados na prática das próprias pessoas, e, por último, dos sistemas de informação comunitários que capacitem as unidades de saúde a irem de um enfoque estritamente sobre o paciente, para um enfoque populacional.

Para Cunha (2004), é de importância estratégica para o SUS acumular instrumentos de gestão que rompam com a fragmentação das

categorias profissionais e reconheçam a equipe como um Sujeito Coletivo, incluindo novos atores como o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e os Cirurgiões-Dentistas.

O estabelecimento de estratégias para a integração multidisciplinar e multiprofissional deve acontecer a partir de uma revisão crítica do conhecimento, do processo de formação e da prática profissional em saúde, que passaria pela reorganização do ensino das profissões, pelo desenvolvimento de novos modelos assistenciais e pela instauração de uma nova ética entre profissionais e a sociedade (PAIM, 2002 apud SCHERER, 2006). A integração multidisciplinar e multiprofissional seria condicionada por mudanças no plano institucional da formação, que rompesse com a organização acadêmica compartimentalizada em departamentos e disciplinas para abordagens totalizantes (SCHERER, 2006).

Pombo (2005) define o agrupamento de disciplinas podem estar agrupadas em modelos multi, trans, inter e pluridisciplinaridade e serem classificadas em níveis de tentativa para romper o caráter estanque das disciplinas. O primeiro nível da multidisciplinaridade é o da justaposição, as disciplinas estão juntas, mas não se tocam, não interagem. No segundo nível, da pluridisciplinaridade, as disciplinas se comunicam umas com as outras, se confrontam estabelecem um nível de interação de maior ou menor intensidade. No terceiro nível, a transdisciplinaridade, as disciplinas ultrapassam barreiras que as afastavam, fundem-se em uma só coisa que as transcendem quando isoladas. O sufixo inter, de interdisciplinaridade, designa um espaço intercalar entre a simples justaposição isolada do conhecimento e a fusão integral dos mesmos (POMBO, 2005 apud NASCIMENTO, 2005)

Segundo Paim (2002), se o enfoque interdisciplinar for incorporado na formulação de políticas públicas e na organização de serviços de saúde, pode contribuir para mudar sua formação, desde a graduação. Uma política que privilegia integração multidisciplinar e multiprofissional representaria uma reconfiguração de poderes. Para o autor a proposição que busca a integração multidisciplinar e multiprofissional nas práticas de saúde não é progressista nem conservadora em si. Ela pode ser coerente ou incoerente em relação a um certo marco conceitual, pertinente ou não a uma dada conjuntura, viável ou inviável por referência a uma dada configuração de poder no setor saúde e nas instituições acadêmicas. A sua organicidade para com um dado projeto de transformação não pode ser analisada abstratamente mediante noções ou conceitos estratégicos, mas sim no plano da

experiência, isto é, no desenvolvimento histórico das práticas de saúde em cada formação social (PAIM, 2002 apud SCHERER, 2006).

No entanto, segundo Iribarry (2003, apud SCHERER, 2006), é necessário mais do que uma equipe coordenada, colaborativa e com finalidade compartilhada para que aconteça a interdisciplinaridade: “É preciso que haja um compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado. É preciso também que cada membro da equipe esteja o mais familiarizado possível com a diversidade de disciplinas e que freqüente continuamente as disciplinas de seus colegas. Ademais, é preciso que os discursos se tornem legíveis e não mais se tornem exercícios velados e obscuros e que a tomada de decisão seja horizontal.

Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997 apud SCHERER, 2006) falam sobre incorporar o referencial de outras disciplinas para ampliar o olhar, que significa não opor, por exemplo, o quantitativo e o qualitativo, o saber teórico e o prático gerado no cotidiano dos trabalhadores. Mas na prática haveria barreiras de compatibilização dos conceitos, relacionadas à formação, que estariam sendo enfrentadas pela pós-graduação multiprofissional e pelas pesquisas multidisciplinares. Os autores alertam para a existência de alguns equívocos que podem comprometer a potencialidade desses projetos: “incorporação, sem o devido rigor, dos conceitos de outras disciplinas; a polissemia de noções comuns que, por sua falsa aparência de transitividade, escondem as profundas diferenças que as separam; a substituição pura e simples de análises fragmentadas por sínteses simplificadoras”.

Vilela e Mendes (2003 apud SCHERER, 2006) apontam como obstáculos à interdisciplinaridade no campo da saúde coletiva a tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde, os espaços de poder que a disciplinarização significam, a estrutura das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes, sem nenhuma comunicação entre si, às dificuldades inerentes a experiência interdisciplinar, tais como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Campos (2000 apud SCHERER, 2006), entretanto, considera que exista uma certa sobreposição de limites entre as disciplinas e que o mesmo ocorre com os campos de prática, o que o leva a concluir que quase todo campo científico ou de práticas seja interdisciplinar ou multiprofissional.

Na saúde bucal, por exemplo, o seu caráter interdisciplinar poderá ser enfatizado quando lembramos que a cavidade bucal constitui um órgão susceptível a determinados tipos de neoplasias entre as mais

comuns podemos mencionar o carcinoma espinocelular que conforme abordada no trabalho de Dedivitis e col (2004) “Características Clínico-Epidemiológicas no Carcinoma Espinocelular<sup>5</sup> de Boca e Orofaringe” concluíram que “o médico ou dentista que dá o atendimento inicial é fundamental no reconhecimento das lesões, para que se possa estabelecer o diagnóstico precoce, uma vez que tal lesão possui comportamento agressivo e, no Brasil, a incidência é considerada uma das mais altas do mundo, sendo o mais comum da região de cabeça e pescoço. Porém, o que mais preocupou e chamou atenção desses autores na conclusão desse trabalho foi o fato de que as lesões de cavidade oral, mais acessíveis ao exame clínico, são encaminhadas principalmente pelo médico e não pelo cirurgião-dentista como seria esperado. Frente a esses resultados, os autores chamam a atenção à pouca atuação do cirurgião dentista no sentido de diagnosticar e encaminhar os pacientes com câncer de boca e de orofaringe para o tratamento, pois, além do malefício que um diagnóstico tardio possa trazer para o paciente e para a instituição que responde pelos custos do tratamento, um outro aspecto deve ser considerado: em uma análise retrospectiva feita nos Estados Unidos, abrangendo o período de 1.984 a 2.000, foram analisados 50 casos de veredicto de júri por má prática em câncer de boca, compreendendo um total de 21 estados americanos. A principal razão para a interpelação judicial é a demora no diagnóstico (LYDIATT, 2002 apud DEDIVITIS, 2004).

Schraiber e Peduzzi (2004 apud SCHERER, 2006) ao estudarem o trabalho da equipe de saúde consideraram a interdisciplinaridade e ação multiprofissional como duas faces desse mesmo trabalho, e a interdisciplinaridade como insuficiente no encaminhamento da problemática da equipe multiprofissional de saúde. As autoras entendem que a ação multiprofissional diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, portanto ao mundo do trabalho; e que a interdisciplinaridade refere-se à integração das várias disciplinas científicas, no âmbito da pesquisa e do ensino. Entendem que uma prática multiprofissional só pode ser decorrente de uma interdisciplinaridade se houver integração no plano das ações e a interação dos profissionais.

Em nosso entendimento, essa integração no plano das práticas em saúde é mais facilmente alcançada através de uma coordenação focada para atingir o ideal nas práticas em saúde sob a responsabilidade dos gestores, bem como fundamentalmente através do papel de trabalhos

---

5 Trata-se de doenças neoplásicas das mais frequentes no Brasil.

institucionais na educação acadêmica. Elemento imprescindível e essencial para a interdisciplinaridade acontecer é a existência de supervisão no serviço, alguém com boa formação contribuindo para a reflexão sobre o processo de trabalho no cotidiano da Unidade de Saúde.

A preocupação com a supervisão em saúde na América Latina, segundo Reis e Hortale (2004) antecede a década de 70.

O conceito, que inicialmente era de inspeção e controle, tem evoluído ao longo do tempo, e quando passa a ser compreendida como parte integrante do sistema de saúde, a supervisão apresenta-se como elemento viabilizador da política de saúde, à proporção que repassa conceitos, redefine procedimentos, dá mobilidade entre os vários níveis do sistema e orienta a execução dos serviços. Assume uma dimensão política à medida que interpreta os interesses dos níveis periféricos, e procura reforçar o processo de descentralização. Embora se instrumentalize valendo-se de conteúdos técnico-administrativos, definidos em consonância com os objetivos da política de saúde, a supervisão deve rever tais conteúdos com base nas necessidades reais, face ao caráter dinâmico da realidade de saúde enquanto parte da estrutura social e política (REIS & HORTALE, 2004 apud SCHERER, 2006 p. 146).

Desde 2002, o Projeto do I Curso de Residência da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC) já segue as orientações da Política Nacional de Saúde e nele reafirma-se que a lógica da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da integração ensino-serviço. Tem como um dos seus pressupostos que a produção social da saúde no campo de conhecimento se inscreve na ordem da interdisciplinaridade e, no campo da prática social, na ordem da intersetorialidade.

A multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade no desenvolvimento da atenção integral à saúde individual familiar e coletiva foram enfatizadas em todo o Projeto e reforçadas no Relatório Final do Curso de Residência da UFSC em 2004, como segue:

[...]destaca-se que ao eleger a multiprofissionalidade como referência, o curso tem presente que esta não significava a presença de diversos e variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas. Ou seja, profissionais

executando ações, lado a lado, sem articulação ou comunicação, que não permitem alcançar a eficácia desejada e necessária nos serviços de saúde, dentro da perspectiva proposta de atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços. (RELATÓRIO FINAL, CURSO DE RESIDÊNCIA, 2004, p. 27).

A construção dessa interdisciplinaridade na equipe de saúde se dá na identificação e respeito pelo “núcleo de competência” e responsabilidades de cada profissional, ou seja, o conjunto de saberes e responsabilidades específicos de cada um e pelo “campo de competência” e responsabilidade comum ou confluyente a vários profissionais ou especialidades (CAMPOS, 1997 apud SILVA, 2006). Entretanto, para proporcionar uma ação integral, é necessário flexibilidade nos limites das competências de cada profissional, pois o núcleo de competência de cada um, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde (ALMEIDA; MISHINA, 2001 apud SILVA, 2006).

Para o Ministério da Saúde do Brasil a formação dos trabalhadores é um elemento decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, entendendo que essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho (BRASIL, 2006).

A análise dos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos permite constatar avanços na consolidação de uma política de saúde que contempla a formação dos profissionais como elemento chave para efetivação do Sistema Único de Saúde.

A capacitação dos profissionais que compõem a estratégia de saúde da família já era identificada como o aspecto mais vulnerável da organização do trabalho em equipe, tanto por dificuldades do aparelho formador em adequar-se às mudanças assistenciais pretendidas, quanto pela insuficiência dos pólos estaduais em atender todas

às demandas para a educação continuada dos diversos profissionais, bem como pela incipiente organização de uma estrutura de supervisão, que respalde o fortalecimento da nova divisão de trabalho e a efetivação do processo interativo dos diversos agentes em torno dos cuidados e da promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Pinheiro (2004 apud SILVA, 2006) ressalta que a interdisciplinaridade é um dos pontos críticos do PSF que mais tem a ver com a integralidade, pois se vive o desafio da produção e reprodução do conhecimento quando se busca a inter-relação e a integração de disciplinas, cada área com a sua fronteira.

Em 2004, ano em que se deu a implantação da PSF em Florianópolis, ocorreu em junho do mesmo ano em São Paulo a 3ª Conferência Estadual de Saúde Bucal com a temática “Acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Em seu relatório final foram destacadas diversas propostas de ações em saúde que no julgamento deste autor servem de referência para atitudes a serem tomadas pelas “unidades cuidadoras” de saúde através das equipes de saúde, bem como pelos órgãos gerenciadores do sistema.

## 4 METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Florianópolis-SC, especificamente na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Para a realização do presente estudo, foi estabelecido o seguinte percurso: campo estudado; caracterização da pesquisa e delimitação do campo estudado; delineamento da pesquisa e caracterização dos sujeitos do estudo; pré-teste do instrumento para coleta de dados; percurso para coleta de dados; logística; aspectos éticos; e por fim descrição detalhada da metodologia para análise dos dados.

### 4.1 CONHECENDO O LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido junto a cinco UBS do município de Florianópolis - SC.

O município de Florianópolis com 406.564 habitantes. Conta hoje com 91 equipes de saúde da família na cobertura de 77,22% da população e com 43 equipes de saúde bucal cobrindo 72,98% da população conforme dados da Coordenação Municipal de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis (2008).

Essa população assistida pela ESF não se encontra equitativamente abrangida pelas equipes uma vez que dentro do programa existe uma grande diferença no número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal; fato esse que por si limitou o universo dessa pesquisa, cuja proposição esteve alicerçada no enfoque da integração multidisciplinar que há nos cuidados/atenção da saúde bucal para a saúde geral dos pacientes.

### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo está classificado dentro da configuração de abordagem qualitativa descritiva.

A escolha do método qualitativo se deu em razão as características do método ser útil no entendimento do contexto onde existe algum fenômeno, permitindo observação e conhecimento de um

evento em profundidade. A metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilitou a este pesquisador a compreensão de que forma as necessidades de saúde geral/bucal dos usuários do Sistema são consideradas/atendidas pelos atores das equipes pesquisadas sob o referencial da integralidade.

Segundo Minayo (2000), a pesquisa qualitativa, que aprofunda o significado e a intencionalidade e que, a rigor, qualquer investigação social deveria contemplar, uma vez que traz para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados; trabalha o caráter de antagonismo, de conflito entre os grupos sociais, permitindo aprofundar o caráter social, as dificuldades de construção do conhecimento e responde a questões muito particulares de pesquisa. Ainda segundo essa autora, a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais, as representações de determinado grupo sobre temas específicos e para a formulação de políticas públicas e sociais.

Este estudo descritivo exploratório será abordado qualitativamente através do método de análise de conteúdo temático.

As falas dos sujeitos deste estudo serão analisadas focalizando os significados e intenções das declarações realizadas em entrevista e as respostas dadas às situações-problemas procurando compreender determinado objeto por ora aqui representado pela abordagem da saúde bucal na estratégia da saúde da família em sua relação multidisciplinar/interdisciplinar para os cuidados de saúde geral na consolidação da integralidade no SUS.

Neste sentido é relevante avaliar de que maneira as ações multiprofissionais e interdisciplinares estão acontecendo dentro da expectativa da atenção integral pelo SUS e sob o princípio da integralidade.

Podemos justificar essa opção metodológica adotada, já que o material de base desta pesquisa será constituído por depoimentos coletados individualmente de um tipo determinado de ator social: profissionais de saúde de nível superior.

### 4.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Para delimitação do campo estudado, foi necessário apoiar-se ao objetivo geral desta pesquisa “analisar como cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos compreendem o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere à integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal”; o que implicou em analisar as práticas dos profissionais das equipes de saúde da família em seus aspectos da integralidade; as relações inter-profissionais nos cuidados em saúde; analisar as práticas e percepções em cuidados de saúde bucal das equipes no que tange as questões de prevenção para promoção da saúde geral.

Optou-se por coletar dados através do discurso livre de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas por razões de comporem os três grandes núcleos em saúde no trabalho integrado das equipes básicas nos CS. Entendemos que o caráter multiprofissional da amostra abrange diferentes visões sobre o objeto de estudo dentro do campo de competências e responsabilidades de outras áreas profissionais.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

Os CS cadastrados na ESF que possuam equipes de saúde da família e saúde bucal completas, profissionais de saúde (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista) atuando na lógica da proporção 1:1 (ESFSB: uma equipe de saúde da família para uma equipe de saúde bucal). De um total de 44 CS resultaram em 9 CS trabalhando na lógica 1:1. Essas informações coletadas a partir dos registros da Secretaria Municipal de Saúde através da coordenadora municipal de saúde bucal de Florianópolis (quadro 1).

CS	TEMPO DE ATUAÇÃO CONJUNTA	APTIDÃO EM PARTICIPAR	OBSERVAÇÕES
CS (1)	1:1 (4 ANOS)	TODOS	OK
CS (2)	1:1 (4 ANOS)	TODOS	OK
CS (3)	1:1 (5 ANOS)	TODOS	* CRITÉRIO DE EXCLUSÃO (SATURAÇÃO TEÓRICA)
CS (4)	1:1 (1 MÊS)	TODOS	* NÃO SATISFEZ O 3º FILTRO
CS (5)	1:1 (1 ANO)	TODOS	OK
CS (6)	1:1 (1 ANO)	TODOS	OK
CS (7)	1:1 (2 ANOS)	TODOS	OK
CS (8)	1:1 (2 ANOS)	NÃO POSSUEM CURSO	* NÃO SATISFEZ O 2º FILTRO
CS (9)	1:1(1MÊS)	TODOS	* NÃO SATISFEZ O 3º FILTRO

**Quadro 1: CS que trabalham organizadas na proporção 1:1 ( uma equipe de saúde da família para uma equipe de saúde bucal).**

- O segundo filtro utilizado foi que pelo menos um membro das equipes possuísse algum título em nível de pós-graduação em saúde da

família, saúde coletiva, saúde pública ou afins, porque entendemos assim, que as equipes estariam em melhores condições de atuarem interdisciplinarmente. Dos 9 CS selecionados resultaram 8 CS com equipes em que pelo menos um integrante declarou possuir curso de pós-graduação nas áreas de saúde coletiva, saúde pública ou saúde da família. Essas informações foram coletadas a partir dos depoimentos dos coordenadores de cada CS e após confirmada com próprios profissionais entrevistados.

- Das 8 CS que restaram foram priorizados para a entrevista aqueles que possuíam um tempo de atuação em conjunto maior ou igual há 1 ano, o que resultou em 6 CS. Os dados dessa informação foram obtidos através dos coordenadores daqueles CS. Então, a delimitação pode assim encerra-se. O levantamento de dados totalizou-se em 15 profissionais entrevistados (5 médicos, 5 enfermeiros e 5 cirurgiões-dentistas).

É necessário salientar que este estudo não tem intenções de estender seu resultado para todo o processo de trabalho no Sistema; as características apontadas desse processo tornam-se desta forma aplicáveis particularmente aos CS pesquisados da região onde fora realizado.

Podemos considerar como fator que abreviou a saturação teórica dos dados foi atrelado ao número de questões-problemas respondido por cada entrevistado (4 questões-problemas para cada entrevistado); pois a não especificidade dessas questões (questões abertas) oportunizou uma maior abrangência dos assuntos abordados em relação aos objetos a serem estudados o que justificou a exclusão do 6º CS selecionada.

Essa interrupção baseou-se no fato de que, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a repetir-se, não sendo relevante persistir na coleta de dados. Nesta pesquisa, as primeiras 10 entrevistas indicaram acréscimo de idéias novas e percepções diferentes sobre significados. A partir da 11ª entrevista foram diminuindo as novas idéias. Decidiu-se, então, fazer mais 5 entrevistas para confirmar as repetições quando foi notado que até a 15ª entrevista não ressurgiram outros dados (idéias novas) que vinham elucidar/responder o objeto em estudo.

Por motivos éticos, houve necessidade de descaracterizar o nome dos CS utilizando-se ordem numérica aleatória.

<b>CS 1:1</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO CONJUNTA CONFORME GESTOR DA CS</b>	<b>DISPONIBILIDADE EM PARTICIPAR</b>	<b>POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO</b>
<b>CS (1)</b>	<b>4 ANOS</b>	<b>TODOS</b>	<b>ENFERMEIRA/ CIRURGIÃO-DENTISTA</b>
<b>CS (2)</b>	<b>4 ANOS</b>	<b>TODOS</b>	<b>MÉDICA/ENFERMEIRA/ CIRURGIÃO-DENTISTA.</b>
<b>CS (3)</b>	<b>2 ANOS</b>	<b>TODOS</b>	<b>MÉDICO/ CIRURGIÃO- DENTISTA</b>
<b>CS (4)</b>	<b>1 ANO</b>	<b>TODOS</b>	<b>MÉDICO/ENFERMEIRA</b>
<b>CS (5)</b>	<b>1 ANO</b>	<b>TODOS</b>	<b>MÉDICA</b>

**Quadro 2: CS incluídas no estudo.**

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO E SUAS CARACTERÍSTICAS

Sendo o escopo de estudo qualitativo, a seleção de entrevistados foi delimitada e apoiando-se aos objetivos que se pretendeu alcançar. Logo, a seleção dos participantes desse estudo teve o caráter específico para o fim a que a pesquisa se propõe e seguiu a lógica do envolvimento dos sujeitos com o objeto de investigação, bem como dos objetivos do estudo em questão. O encerramento da coleta ocorreu observando-se os critérios de saturação do discurso descrito em Minayo (2000) uma vez que na pesquisa qualitativa o número de participantes não é determinado por um cálculo amostral, tampouco rígido. Ele é indicado pela própria saturação teórica ou recorrência dos dados, isto é, aquele momento no qual a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à investigação. No âmbito da SMS desta forma incluiu cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros e através da análise descritiva de seus discursos temos a certeza de que incrementou os conhecimentos aplicáveis ao aprimoramento das práticas na ESF. Para a pesquisa

houve o cuidado com que os sujeitos entrevistados fossem profissionais que integrassem as Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e que atuassem na mesma área de abrangência em suas respectivas regionais de saúde. Os critérios de inclusão na seleção das equipes na pesquisa limitaram-se, então: os profissionais que trabalham nos CS em que exista a relação de 1:1 entre equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal; equipes que possuam pelo menos um membro com alguma capacitação na área de saúde coletiva, saúde pública ou saúde da família (especialização, residência, mestrado ou doutorado), e; tempo de exercício da equipe na ESF maior ou igual há 1 ano. O número total de participantes entrevistados fora de 15 participantes.

CATEGORIA	MÉDICO (A).				
CS	CS1	CS2	CS3	CS4	CS5
SEXO	Fem	Fem	Masc	Masc	Fem
IDADE	58	46	32	45	49
TEMPO DE FORMAÇÃO	30	13	8	20	25
GRADUAÇÃO	*FFCMPA	*UFSC	*UERJ	*UFRGS	*UFSC
PÓS - GRADUAÇÃO	M1- Residência Clínica Médica/ Esp. em infectologia	M2- Esp. em Medicina da Família/ Esp. em Medicina do Trabalho e Esporte.	M3- Esp. em Medicina da Família	M4- Res. em Medicina Prev. e Social.	M5- Esp. em Saúde da Família e Comunid./Esp. em Saúde Pub./ Doutorado em Medicina Prev.
CATEGORIA	ENFERMEIRO (A).				
CS	CS1	CS2	CS3	CS4	CS5
SEXO	Fem	Fem	Fem	Fem	Fem
IDADE	31	47	28	30	38
TEMPO DE FORMAÇÃO	7	16	5	8	18
GRADUAÇÃO	UFSC	UFSC	UFSC	UFSC	UFSC
PÓS GRADUAÇÃO	E1 - Especialização em Saúde Púb.	E2 - Especialista em Saúde da Família	E3 - Enfermagem Cárdio-Vascular	E4 - Esp. em Saúde da Família.	E5- Mestrado Assistência em Enfermagem
CATEGORIA	CIRURGIÃO-DENTISTA				
CS	CS1	CS2	CS3	CS4	CS5
SEXO	Masc	Masc	Masc	Fem	Fem
IDADE	29	64	61	45	32
TEMPO DE FORMAÇÃO	4	37	35	23	10
GRADUAÇÃO	UFSC	UFSC	UFSC	UFSC	*UNIVALI
PÓS - GRADUAÇÃO	CD1-Esp. Multiprofissional em Saúde da Família	CD2-Esp. em Saúde da Família.	CD3 - Esp. em Saúde da Família.	CD4 - não tem curso.	CD5-Espec. em Radiologia

**Quadro 3:** caracterização da amostra do estudo por categoria profissional e respectivas equipes.

\*FFCMPA - Faculdade Fundação de Ciências Médicas de Porto Alegre (Santa Casa de Misericórdia ).

\*UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

\*UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

\*UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

\*UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

#### 4.5 PRÉ-TESTE DAS ENTREVISTAS

O pré-teste das entrevistas foi realizado durante o mês de setembro de 2009. O roteiro das entrevistas individuais foi aplicado a 06 sujeitos (2 cirurgiões/ãs-dentistas, 2 médicos/as e 2 enfermeiros/as). Os dados coletados no pré-teste foram aproveitados no trabalho para suas análises uma vez que o instrumento de coleta dos dados utilizado no pré-teste pode satisfazer os requisitos de especificidade para as respostas aos objetos deste estudo (APÊNDICE A).

Na fase de pré-teste o importante é o entrevistador observar o quão diretivos estão sendo os entrevistados; se as questões fundamentais estão sendo respondidas, se tem a capacidade de captar questões indiretas abordadas pelos entrevistados, e a adequabilidade do tempo da entrevista para responder às questões de pesquisa (POPE; MAYS, 2005).

#### 4.6 PERCURSO PARA COLETA DOS DADOS

Com o objetivo de analisar em que medida se dá a abordagem multidisciplinar na saúde bucal, na atenção básica na construção da promoção da saúde integral do usuário conforme os objetivos do SUS, foi realizada uma entrevista gravada com base em roteiro estruturado contendo perguntas abertas do tipo situações-problema direcionadas a um tema específico. Coletaram-se dessa forma os depoimentos por meio da fala dos atores entrevistados (médico, cirurgião-dentista, enfermeiro) integrantes das equipes.

Em um primeiro momento, foram realizadas ligações para contatar a coordenação dos CS as quais fomos orientados através da Coordenadoria de Saúde Bucal do Município de Florianópolis aquelas que estariam atuando na proporção 1:1 (uma equipe de saúde da família

para uma equipe de saúde bucal); também foi nesse momento em que ocorreria minha apresentação, relatando ser estudante de pós-graduação na área de odontologia através da UFSC e estar sob a orientação da professora Daniela Lemos Carcereri e que necessitaria de uma visita pessoal para solicitar a autorização dos participantes integrantes das equipes de saúde daquele CS a esta pesquisa.

Seguindo os critérios para seleção dos CS que participariam da pesquisa, os quais já foram explicitados acima na seção “delimitação do campo estudado”; entrei em detalhes com a coordenação explicando que, para que fosse possível a inclusão do CS contatado, seria necessário, primeiramente, que nos fosse confirmada a relação da proporção entre as ESF e ESB do CS sob sua coordenação, bem como nos fosse informado especificadamente quanto aos cursos de pós-graduação de seus integrantes e há quanto tempo atuavam em conjunto na mesma proporção, ou seja, uma ESF para uma ESB (1:1). Segundo os dados apurados, podemos desta maneira incluir ou excluir aqueles CS cujas equipes poderiam participar da pesquisa.

Com base nos dados levantados de cada unidade básica pré-selecionada do município (total de 9 CS que trabalham na relação de proporção 1:1), foram escolhidas aquelas que se encaixavam nos critérios de delimitação para estudo (quadro 2).

De posse dos CS escolhidos para o estudo, foi feito novo contato telefônico com a coordenação para o agendamento da 1ª visita; momento em que entregamos o instrumento de pesquisa e o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) a cada um dos participantes (APÊNDICE B). Neste momento (1ª visita), após a apresentação pessoal deste pesquisador, pudemos realizar uma exposição e explicação, individualmente, a cada um dos participantes expondo os objetivos e propósitos da pesquisa, onde podemos ter a definição da disponibilidade e aprovação dos entrevistados em participar da pesquisa após a explanação do TCLE aos mesmos. Podemos, assim, garantir aos participantes o anonimato de suas participações facultando-lhes a possibilidade de não quererem responder alguma das questões ou interromper a pesquisa a qualquer momento.

O instrumento de pesquisa (APÊNDICE A), tendo mostrado sua eficácia para a coleta de dados durante o pré-teste, fora também deixado nesta oportunidade com os participantes para que pudessem compilar seus roteiros de respostas às questões-problema, o que facilitou o processo das entrevistas.

Entendemos que não pode haver viés nas declarações dos entrevistados, pois explicitaram suas verdades e concepções sobre o objeto em questão em seus depoimentos livres.

Podemos, então, agendar o 2º encontro com cada um em particular acordando o dia e o local da entrevista gravada, para assim recolher o instrumento de pesquisa e o TCLE já devidamente assinados.

No 2º encontro, em local, data e hora combinados realizamos as entrevistas esclarecendo aos participantes que a entrevista estaria sendo gravada e que a iniciariamos indagando o participante com a seguinte pergunta: diante das situações-problemas que lhe são apresentadas, podendo começar por gentileza pela 1ª questão “a” e assim sucessivamente passar para as questões “b”, “c” e “d”, o que você nos contaria sobre os seus cuidados a esses pacientes dentro da perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade da atenção?

O entrevistado pode, então, discorrer sobre as suas intuições, atitudes e posições costumeiras frente às questões permitindo-nos dessa forma tomar as impressões sobre suas perspectivas de trabalho nos moldes interdisciplinares e de integralidade frente ao objeto de pesquisa em estudo. O tempo das entrevistas gravadas duraram em média de 20 minutos.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente no próprio local de trabalho (CS) e em ambiente confortável e fechado, ora no próprio consultório ora em sala para reuniões.

Durante a realização das entrevistas foi utilizado um Diário de Campo como instrumento para anotação de percepções por parte do pesquisador no decorrer das mesmas em relação ao estudo temático proposto com propósito de subsidiar a análise dos dados. É oportuno ressaltar que apesar das entrevistas serem previamente agendadas houve momentos nas visitas (1ª e 2ª, e por vezes até 3ª e 4ª visitas, quando por algum motivo não se conseguiu efetivar a entrevista na 1ª e 2ª visita por qualquer impedimento imprevisto do participante) que aguardávamos por muitos minutos e até em torno de hora o momento mais adequado para iniciarmos a mesma, o que oportunamente nos propiciava a realização das observações.

O Diário de Campo é o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da coleta de dados (parte descritiva e reflexiva do diário de campo) (BOGDAN, BIKLEN, 1994).

Descritivo: preocupação em captar imagens por palavras do local, pessoas, ações e conversas observadas:

- retrato dos sujeitos
- reconstrução dos diálogos

- descrição do espaço físico
  - relatos de acontecimentos particulares
  - descrição de atividade
  - comportamento do observador Reflexivo: é a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as suas idéias e preocupações. É a fase do registro mais subjetiva:
  - sobre análise
  - sobre o método
  - sobre conflitos e dilemas éticos
  - sobre o ponto de vista do observador
  - pontos de clarificação
- ( BOGDAN, BIKLEN, 1994)

As entrevistas foram compostas destas quatro questões abertas:

**1.** Paciente masculino de 54 anos, diabético, fumante, separado da esposa há seis meses, trabalha na cozinha de um hospital, queixa-se de dor epigástrica. Tem tomado bicarbonato de sódio para azia freqüentemente e diz bochechar com essa solução porque disseram que também faz bem para gengiva. Relata também mau hálito e que sua gengiva sangra todas as vezes que faz a escovação bucal. Também relata que em seu último exame acusou taxa elevada de triglicérides e PCR (proteína C-reativa) onde fora orientado a reduzir o consumo de gorduras, porém relata que “com a correria do dia-a-dia” no trabalho não tem se alimentado corretamente. Conte-me um pouco sobre seus procedimentos em relação à anamnese e cuidados dos pacientes que apresentam essa história clínica.

**2.** Paciente de 35 anos, solteiro, trabalha em uma empresa de costura, portador da AIDS, conta que logo após a instalação de sua prótese dentária removível há um ano, não tem agüentando suas crises de enxaqueca e diz ter procurado “arrumar os dentes porque queria ver se aumentava um pouco sua auto-estima que andava um tanto baixa”. Não quer voltar ao dentista porque “aquele homem só pensa em dinheiro”. Conta que apesar de possuir poucos dentes tem excessivo cuidado com os mesmos embora achar que não tem adiantado muito porque os dentes que lhe restavam estavam “amolecendo”. Também diz estar tomando corretamente todos os seus comprimidos e estar perdendo muito peso. Partindo-se da concepção de vulnerabilidade em seu equilíbrio imunológico, o que poderia estar originando sua enxaqueca e quais os cuidados com a saúde desse paciente você poderia aconselhar ou mesmo entrar com algum tipo de terapia?

**3.** Paciente do sexo feminino, 27 anos, do lar, IMC: 32 kg/m<sup>2</sup>, pressão sanguínea 18/11 kgf/mm<sup>2</sup>, diabética, informa estar grávida há 2

meses e não está no programa do pré-natal por já saber “o caminho das pedras” para se ter uma boa gravidez. Diz estar sentindo muito cansaço e dor nas pernas ultimamente e estar “comendo muita bobagem” porque seus “meninos” não param de aparecer no “barraco” com aquelas guloseimas. Conta que durante esse mês percebeu estar cuspidando muito sangue em suas crises de enjôo, mas “tá melhorando com o bochecho com a água oxigenada que a irmã lhe ensinou, porém piora o enjôo”, diz. Conta também que é mãe de 4 filhos e não tem tomado anticoncepcional porque lhe tem feito mal. Seu esposo é mecânico de automóveis e está atualmente desempregado. Quais medidas de cuidados de saúde e/ou terapêuticas instituiria a essa paciente?

4. Uma menina de 4 anos de idade comparece com a avó de 52 anos, aposentada, a esta unidade para uma consulta. A avó diz que o motivo pelo qual a menina faltara à última consulta, há mais de 2 meses, foi o fato de ter tido muito envolvimento com os preparativos da escola de samba a qual pertence; mas agora não poderia adiar mais, pois a menina está sentindo muita cólica e também sua barriga tem parecido meio inchada já há uns 3 meses. “Essa criança tá muito magra”, comenta. Diz não ter muito tempo para cuidar da criança porque agora era a hora dela aproveitar a vida, mas “fazer o quê”?, diz a avó, “minha filha tinha que fugir com aquele safado[...]”. Também relata que “os dentes da menina estão todos pretos porque é a quantidade de doces que ela vem comendo” embora ela dizer que tem comprado doces para a menina “senão ela continuará nesse desânimo”[...], porém, nesse momento a criança a interrompe dizendo que gosta de doce porque é macio e quando a avó lhe dá pão para comer seus dentes doíam. Conte-me um pouco sobre seus procedimentos em relação a esta história clínica.

#### 4.7 LOGÍSTICA

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um gravador (Micro Cassette Recorder TP-M140), fitas cassetes de 60 minutos cada e um instrumento de entrevista contendo duas partes: a primeira, com dados cadastrais do entrevistado (sexo, idade, categoria profissional, instituição de formação profissional, tempo de graduação, pós-graduação), e a segunda, contendo quatro questões-problema com o foco na abordagem da saúde pelos profissionais de saúde médicos/as, cirurgiões/ãs-dentistas e enfermeiros/as no trabalho multiprofissional e

interdisciplinar dentro do princípio da integralidade nas equipes de saúde do Serviço Público de Saúde do município de Florianópolis.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador no período de outubro a dezembro de 2009.

Os dados foram registrados através de anotações e gravações com o auxílio de um gravador de voz e transcritos na íntegra pelo próprio pesquisador.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Antes do início dos trabalhos fora realizado um contato prévio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, através da Secretaria de Saúde com os propósitos de esclarecer os objetivos do estudo e a obtenção da autorização para a concretização da pesquisa.

De acordo com os aspectos éticos, legais e atendendo às orientações da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS o projeto de pesquisa deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPESH - UFSC), sob o protocolo n° 233/08, e com autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

Antes de iniciar cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e a importância da gravação, assegurando o sigilo de todos os depoimentos e o seu livre arbítrio de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao entrevistado. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi requisito básico para inclusão do sujeito na pesquisa.

A privacidade dos sujeitos da pesquisa está garantida através da utilização de uma seqüência numérica de 1 a 5 de acordo com a categoria profissional entrevistada, esse número traduz sua posição ordinária em relação ao total de sujeitos da categoria entrevistada (5 entrevistados por cada categoria profissional). Tomamos o cuidado do recorte nas falas, foram descartadas aquelas com conteúdos que poderiam identificar o entrevistado. Além disso, os CS foram descaracterizados utilizando-se numeração ordinária aleatória.

Todo o material da coleta de dados ficará na posse e sob os cuidados e responsabilidade deste pesquisador por todo o tempo em que as razões éticas assim se fizerem exigir.

#### 4.9 METODOLOGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS

O interesse pelo estudo da linguagem, por parte do ser humano, existe há muito tempo, o que pode ser verificado na literatura, em poesias, nas religiões ou em letras de músicas que tratam do assunto. Desde a hermenêutica (ex. interpretação da bíblia), procedimentos grafológicos, até análises de sonhos por Freud (1856 — 1939), a análise de conteúdo estava presente na psicologia como uma técnica de absorção genuína dos discursos, utilizando-se de diferentes enfoques para análise e comparação de textos. Atualmente, a análise de conteúdo tem sido muito utilizada na análise de comunicações nas ciências humanas e sociais, especialmente por Bardin (1979).

Na técnica de tratamento de dados desta pesquisa, foi adotada a Análise de Conteúdo Temático da fala definida segundo Bardin (1977, p.38), como:

[...]um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente de recepção), inferência esta que recorre a indicadores quantitativos ou não.

A análise de conteúdo não se limita a descrever o conteúdo das mensagens segundo procedimentos sistemáticos e objetivos. Além de descrever, a análise de conteúdo analisa significados contidos nas mensagens. O interesse não reside na descrição de conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo)(BARDIN, 1977).

A técnica da análise temática ou categorial, de acordo com Bardin (1977), baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

A organização dos dados obtidos nas entrevistas e a análise de seus conteúdos foram efetuadas da seguinte maneira: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Segundo Bardin (1977), a fase de organização corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e

sistematizar as idéias iniciais. Esta primeira fase geralmente possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A pré-análise tem por objetivo essa organização. Durante a fase de pré-análise, foi realizada a leitura flutuante das transcrições das entrevistas assim como a leitura dos registros das observações no diário de campo a qual favoreceu a análise dos discursos segundo o referencial teórico. Essa primeira etapa foi propícia à aproximação com os textos, num primeiro momento de forma intuitiva, sendo que, aos poucos, a leitura foi ficando mais clara, e os conteúdos dos documentos analisados foram sendo relacionados aos objetivos da pesquisa e ao referencial teórico que sustenta o estudo. Segundo Bardin (1977), a leitura flutuante tem por finalidade estabelecer contato com os documentos, analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações (em direção aos objetivos e em conformidade com o referencial teórico). Pouco a pouco a leitura foi se tornando mais precisa em função das hipóteses emergentes e da projeção de teorias adequadas sobre o material.

De acordo com Bardin (1977), unidade de registro (UR), apesar de dimensão variável, é o menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo ser uma palavra-chave, um tema, objetos, personagens, etc. Já unidade de contexto (UC), em síntese, deve fazer compreender a unidade de registro, tal qual a frase para a palavra.

Enfim, na fase pré-analítica determinou-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase que tem em seu significado o foco no objeto de estudo); a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, ou seja, as respostas para os objetivos do estudo); os recortes (seleção das falas alinhadas aos propósitos do estudo); a forma de categorização (determinação e denominação das categorias e subcategorias cujas temáticas respondam aos objetos do estudo); a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

Na fase de exploração do material, ocorreram novas leituras e as falas importantes começam a ser assinaladas, sendo observados significados implícitos e explícitos nas falas dos sujeitos da pesquisa, das quais foram realizados os recortes. Estes recortes foram agregados em categorias as quais puderam ser intituladas. Essas categorias foram emergindo e definidas a partir da leitura das falas; entretanto parte delas pôde ser pré-concebidas a *priori* em conformidade com o objetivo e referencial teórico da pesquisa. Bardin (1977) refere-se à hipótese como

uma afirmação provisória que nos propomos a verificar, recorrendo a procedimentos de análise.

Então, a fase de exploração do material ocorreu em duas etapas: primeiramente foram realizados recortes do texto através de frases e/ou temas que através dos seus significados puderam compor as unidades de registros (UR). Na segunda etapa foram realizadas a classificação e a agregação dos dados, as quais formaram as categorias teóricas ou empíricas que puderam corroborar na especificação dos temas.

Assim, essa fase de exploração do material foi o período mais duradouro: a etapa da codificação, na qual foram feitos recortes em unidades de contexto e de registro; e a fase da categorização.

Na fase do tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação os resultados brutos foram submetidos a operações de análise que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí foi possível propor inferências e realizar interpretações previstas para escopo teórico.

É possível perceber que esses processos foram simultâneos; ao delimitar as categorias, naturalmente foi possível estar inferindo e interpretando os conteúdos. Essa fase segundo Bardin (1977) interpreta os resultados brutos de maneira a serem significativos (falantes), dessa maneira eles podem então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos requeridos.

Uma revisão bibliográfica nas legislações as quais norteiam as atividades do SUS sob o princípio da integralidade corroborou a pesquisa no sentido de justificar e atestar a sua efetiva incorporação aos trabalhos desempenhados pelos atores entrevistados.

## 5 ANÁLISE DE RESULTADOS

Através da técnica de análise categorial temática, descrita por Bardin (1977), emergiram dois eixos temáticos e suas respectivas categorias com os elementos de análise organizados de acordo com o quadro 4, a seguir.

EIXO/VERTENTE INTEGRALIDADE DA PRÁTICA	
CATEGORIA	ELEMENTOS DE ANÁLISE
PRÁTICAS BIOLÓGICAS NO CUIDADO DA SAÚDE	Atenção individualizada do usuário considerando suas preferências e história com percepção de suas necessidades; máximo apoio, incentivo e motivação; aconselhamento de hábitos salutareos (dieta, hábitos de higiene). Organização dos serviços pela integração dos diferentes níveis de atenção do sistema: atenção básica, secundária e terciária. Visão interdisciplinar de cuidados inclusive preocupação profissional das conseqüências sistêmicas relacionadas às interações entre as doenças e/ou medicamentos, buscando integrar ações promotoras, educativas, preventivas e curativas. Responsabilidade no cuidado com especificação das ofertas, encaminhamento e acompanhamento evolutivo com comprometimento.
EIXO/VERTENTE PRÁTICA DA INTEGRALIDADE	
CATEGORIA	ELEMENTOS DE ANÁLISE
PRÁTICAS SOCIAIS NO CUIDADO DA SAÚDE	Escuta qualificada: Cuidado/Acolhimento/vínculo. Avalia e leva em consideração a história de vida. Tecnologias leves, duras e leveduras, atenção clínica com escuta qualificada para os diferentes grupos populacionais; indivíduo como um todo, ser biológico e social. Visão multiprofissional e interdisciplinar. Preocupação na articulação intersetorial ofertando alternativas para suprir necessidades.
EIXO INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: FATORES LIMITANTES	
CATEGORIA	ELEMENTOS DE ANÁLISE
ENTRAVES NO CUIDADO INTEGRAL	Relações conflituosas da concepção individual dos processos no modelo da integralidade; o acesso à assistência; a não percepção de que as diferenças podem existir e fazer parte das relações e no modo de vida das pessoas; limitação profissional em assumir compromisso com funções que lhe são cabíveis; carência de recursos materiais e de pessoal para atividades extramuros; deficiência de iniciativa no trabalho; conflito de poderes na indefinição do papel de cada profissional nas equipes; capacitação deficiente para atividades nos processos internos; resistência em querer aprender o “algo mais”.

**Quadro 4:** Identificação dos eixos temáticos, suas categorias e respectivos elementos de análise.

## 5.1 PRÁTICAS BIOLÓGICAS NO CUIDADO DA SAÚDE

Esta categoria enfatiza a temática interdisciplinaridade e integralidade da atenção desenvolvida no processo de trabalho das equipes de saúde, as quais puderam ser destacadas em seus discursos notadamente voltados aos cuidados dos usuários em sua dimensão biológica.

Observa-se que há preocupação dos profissionais em estarem atentos às necessidades de saúde geral emergentes do usuário com a intenção de acolhê-lo integralmente dentro da proposta do trabalho em equipe integrada para a resolução dessas necessidades, como ilustrado no comentário sobre a questão problema número 2 a seguir:

“Questionar com o odontólogo sobre a perda de peso do paciente. Uma vez que a mastigação é processo essencial para a digestão e conseqüente nutrição. Encaminhar para investigação clínica da perda de peso – salientando ao médico a dificuldade da saúde bucal. Bem como avaliação das causas da enxaqueca e tratamento” (E3).

Percebe-se que o entrevistado mostrou-se sensível à necessidade de uma maior atenção à saúde bucal notavelmente em função de seu interesse e comprometimento em apoiar a qualidade de vida do usuário.

Destaca-se a postura pró-ativa articulada em equipe nos cuidados do usuário em uma visão do biológico integral na busca da solução do problema desse usuário no trabalho articulado.

Leva em conta os conhecimentos acerca das doenças, considerando os aspectos biológicos e as inter-relações entre saúde bucal/geral como registrado nas falas a seguir relativas à questão problema 1.

“O mau hálito também pode estar associado a problemas gastro ou gastrointestinais né, como ele fala e refere à dor epigástrica né, que pode estar relacionada ao fumo logicamente, mas também pode ser algum problema gástrico; então, junto com a médica já estar investigando esse caso” (CD1).

Ainda, em conformidade com um dos sentidos da integralidade (MATTOS, 2001), podemos notar que o desempenho do trabalho em equipe na ESF permite a abrangência de respostas às necessidades das pessoas, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. O profissional “M 4”, no comentário a respeito da questão

problema 1, evidencia a vantagem que um bom acolhimento permite aos cuidados dos usuários.

“[...] um paciente, mesmo que ele não tenha, não relate nenhuma queixa, seria função da unidade, fazer um bom acolhimento, de forma que essas demandas fossem identificadas precocemente, por exemplo, naquela questão do sangramento em gengiva, talvez esse paciente não citasse esse sangramento caso não fosse feito um bom acolhimento e se não fosse identificado isso como uma questão de maior risco né, de maior relevância na verdade” (M4).

Podemos perceber que outras categorias profissionais, além daquela responsável por cuidados especializados (neste caso o cirurgião-dentista), têm uma postura de atuação interdisciplinar ao depararem com situações em saúde. Poderiam interpretá-las não sendo especificamente de sua área de responsabilidade, mas por intermédio da ação interdisciplinar demonstram comprometimento no trabalho em equipe com o objetivo único de acolhimento do usuário do Sistema com o foco nos problemas de saúde apresentados.

Na fala dos entrevistados, é possível observar que os profissionais das equipes possuem discernimento de que não há mais espaço para o profissional atuar isoladamente na Estratégia de Saúde da Família, limitando-se apenas ao seu núcleo de conhecimento especializado, rompendo-se assim a forma cristalizada no processo de cuidado do usuário.

“A gente vê bem a importância, então, de que a gente como profissional atuando isoladamente, a odontologia principalmente tinha muito essa conduta, se trancava no consultório, faz seu trabalho, no seu mundinho, mas graças a Deus a realidade não é mais essa. A gente tem que estar atuando junto com a equipe realmente medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, esse é o caminho para a integralidade da atenção” (CD1).

Tal assertiva foi mencionada no trabalho de Carcereri( 2005) quando relata que:

“Apesar da peculiar diferenciação da Equipe de Saúde Bucal em relação à equipe como um todo, as ações de saúde da família centradas no trabalho multiprofissional e na integralidade estão a exigir de todas as áreas envolvidas, um compromisso

com a saúde, em seu conceito mais ampliado. Desta forma, não haverá espaço para recortes, talvez a ESF possa ser o caminho para situar a Odontologia como uma das áreas que atuam no campo da saúde e não somente no campo da saúde bucal. Uma odontologia capaz de “pensar grande”, “pensar o todo”, planejar e agir em conjunto com a equipe. O cirurgião-dentista, definitivamente não estará mais sozinho em seu campo de trabalho, nele atuará de forma distinta, de acordo com as atribuições de cada um, muitos outros profissionais “ (CARCERERI, 2005 p.49-50).

É importante notar o envolvimento profissional no trabalho em equipe voltado aos cuidados gerais de saúde dos usuários. Entendemos que dessa forma o profissional não se limita apenas ao seu espaço de atuação possibilitando atenção às outras condições de necessidades de saúde do usuário.

“Não fazemos assim, diferenciações em relação ao fato dele ter uma doença crônica, degenerativa ou não; nós temos alguns grupos organizados, grupo de gestantes, grupo de hipertensos, grupo de idosos, grupo de saúde mental, grupo de alimentação saudável, no qual sempre é enfocada a saúde como um todo; a gente não faz só um trabalho específico na odontologia, a gente faz um trabalho com a comunidade de forma geral” (CD5).

Através da leitura dos textos transcritos, é possível perceber também olhares ampliados abordando o paciente na percepção de suas necessidades de maneira híbrida (BARROS, 2000) no que se refere aos aspectos psicológicos do adoecer, com o foco na qualidade de vida, através de uma boa anamnese apoiada ao tema da promoção de saúde. Como podemos atestar na fala do profissional quando faz referência aos problemas do usuário da questão 1, mostrando-se atento às questões de subjetividade que possam estar influenciando a saúde do paciente.

“[...] então o que se faria aqui em relação a este caso, ele chegando para anamnese no consultório odontológico eu primeiro já avaliaria de imediato o fator estressante, o foco né que é a separação recente e fatores agravantes nesse seu caso que seria o fumo e o diabetes” (CD1).

Em conformidade com o referencial de integralidade, segundo Mattos (2001), quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde, deve buscar-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

Atuação profissional atenta aos cuidados de saúde do usuário demonstrando postura acolhedora em lidar com as situações de educação em saúde que necessitem de outros aconselhamentos. Na abordagem da questão- problema 3, o profissional preocupa-se com o usuário em não estar conduzindo sua saúde para uma condição mais adequada, desta forma encontra no apoio de outros profissionais para dar-lhe melhores condições de aconselhamentos.

“[...] e aí vem a questão da saúde bucal, na gestação a gente sabe, é uma das orientações que a gente faz aqui, que tem pelas mudanças hormonais a gengivite tal, que é o que ela relata que ela teve, tá usando água oxigenada, não se sabe se essa indicação é a correta ou não então, ou já encaminharia ela pra uma consulta odontológica ou consultaria o colega pra receber orientação”(E1).

A busca de eficácia no trabalho em saúde resulta num esforço enorme do profissional em encontrar alternativas para cuidar do usuário. Em muitos casos, mesmo que a solução de um problema apresentado não esteja sob a sua responsabilidade profissional, busca resolver, porque entende que aqueles problemas, se não enfrentados, inviabilizariam a resolução daquele que seria considerado um problema a resolver por ele (SCHERER, 2006); no caso do exemplo abaixo, o profissional no trato da questão-problema 1 a utilização inadequada de um determinado medicamento. Nota-se também a preocupação profissional em sugerir formas de cuidados adequadas à saúde.

“[...] tenho comigo que não seria um tratamento inicialmente, usar bicarbonato pra bochechar, para gengivite, e teria que perguntar um pouco para ele qual é a disposição que ele tem para fazer mudanças alimentares no dia a dia dele, se ele já foi orientado em algum momento para usar fio dental, ou fazer(...), se alguém já orientou alguma vez escovação ou uso do fio. Perguntaria se ele teria disponibilidade de fazer algumas mudanças na dieta e de repensar talvez a higiene bucal”(M2).

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), foi proposto capacitar profissionais para o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais e portadores de deficiências e transtornos mentais, usuários de álcool e drogas, incluindo o atendimento odontológico nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (BRASIL, 2004). Isso, é atuar interdisciplinarmente e em prol da integralidade da atenção, mesmo que ainda numa abrangência do ponto de vista biológico, já que neste momento a doença já se encontra instalada e agora, sim, se faz necessária a integralidade das ações. Os depoimentos do profissional CD3 destacam amplamente o significado dessas ações no trabalho em equipe na ESF:

“[...] isso é estratégia de saúde da família, eu estou trabalhando com saúde. Não estou trabalhando só com cura no consultório, então é promoção de saúde. Então toda sexta-feira de manhã meu trabalho é com antitabagismo, que não deixa de ser odontologia também, porque a maioria, ou senão todos eles tem problemas periodontais principalmente. Então a gente é orientado também, para fazer citologia esfoliativa de todos eles, para ver a modificação genética que por acaso aconteça, detecção precoce de câncer de boca. Então eu to trabalhando na minha área, sexta-feira de manhã é antitabagismo aqui no posto, sou eu e a médica pediatra que coordenamos o grupo”(CD3).

“Este paciente necessita de terapia mental através da psicologia e psiquiatria que temos na Estratégia de Saúde da Família onde será sugerido seu encaminhado através do matriciamento. Sem esquecer-se de ser encaminhado para o CAPS, tratamento psiquiátrico e ter uma medicação adequada para o controle da carga viral da AIDS.” (CD3)

Nota-se a presença marcante de um dos sentidos da integralidade, através do cuidado dispensado ao usuário abordado na questão-problema 2 pelo profissional acima através da organização do Sistema, relativo aos aspectos da organização dos serviços de saúde; garantia de acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Pois conforme Mattos (2001), o SUS foi concebido para abarcar todas as ações e serviços de saúde, de modo a garantir acesso universal e igualitário previsto na Constituição.

“[...] a gente faz primeiro uma investidura inicial com o paciente, para saber se ele fuma, quanto que ele fuma, se ele quer parar de fumar, e quando isso acontece a gente encaminha pro grupo, nós temos uma fila de espera de cinquenta pacientes mais menos, na verdade, o SUS fornece gratuitamente para os pacientes adesivos de nicotina, ansiolíticos como a bupropiona, tudo isso existe na rede gratuitamente”(CD3).

Segundo o MS, é necessário programar uma política pública nacional de controle, prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, incentivando a realização do auto-exame, através de ações continuadas e mobilização social de educação e prevenção em parceria com as entidades de classe e organizações civis. É importante também incluir os meios de comunicação, comunicação de massa enfatizando o risco do tabaco para a saúde bucal e garantindo atendimento odontológico especializado para prevenção e tratamento das complicações bucais decorrentes da cancerterapia (BRASIL, 2004).

Pode ser verificado nas falas, a seguir, sincronia com uma das propostas registradas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: “capacitar profissionais para prevenção, diagnóstico precoce, e encaminhamento para tratamento do câncer de boca e garantir que estes procedimentos, além da reabilitação física, funcional e social do paciente pós-tratamento, sejam executados dentro da rede de serviços de saúde bucal, sendo o mesmo aplicado para outras doenças sistêmicas com manifestações bucais” (BRASIL, 2004).

“[...] também incentivando o paciente no combate ao tabagismo, já que nós temos também um grupo antitabagismo na unidade, então ele poderia fazer essa participação né, estar tentando motivá-lo, em grupo fica mais (...), o êxito pro tratamento do tabagismo é bem melhor” (CD1).

“[...] eu sempre relato isso pros meus pacientes porque, sempre incentivo eles pra deixarem de fumar, porque assim, é uma maneira da gente fazer saúde em um segundo plano, na prevenção. Se eu faço, se auxilio, se o paciente está mais vinculado a mim, se ele não tá com tanto vínculo com o médico, eu tenho que ajudá-lo em certas coisas, como no cigarro, por exemplo.” (CD2).

Podemos observar que o trabalho multiprofissional e em equipe propicia a retroalimentação no cuidado dos usuários, contribuindo assim

estrategicamente à integralidade da atenção. Cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos trabalhando em equipe tornaram o Sistema mais confiável ao usuário, tanto pela disponibilidade e voluntariedade de todos integrantes das equipes no acolhimento integral, quanto aos propósitos em comum na resolutividade dos serviços.

Podemos perceber a preocupação dos profissionais no cuidado integral do usuário, inclusive disponibilizando um cardápio de cuidados ofertados pelo Sistema. Contudo, procurando sempre respeitar a autonomia desse usuário frente ao problema por ele sofrido, quanto a sua vontade em colaborar para a concretude de sua resolutividade.

É possível notar o compromisso dos profissionais em relação às condições gerais de saúde do usuário, até mesmo àquelas atreladas às más condições bucais que comprometam a saúde geral do paciente, conforme abordado no relato sobre a questão-problema 2:

“Em conjunto com a enfermagem/medicina, avaliar a situação geral do paciente, verificar se ele está compensado, no caso né, ou se precisa estar compensando, se esta tomando as medicações certas para AIDS, e a gente sabe que estas medicações também repercutem em outras formas né, é às vezes controlando uma determinada doença acaba afetando outra, então realmente, estar fazendo um controle direto desse paciente” (CD1).

Almeida e Mishima (2001) apontam, como um dos grandes desafios para as equipes de saúde que vêm se inserindo na Saúde da Família, a abertura para um trabalho com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes que possibilite maior autonomia, criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

Os profissionais mostraram possuir consciência intelectual de que uma boca saudável é fundamental na conservação da saúde sistêmica, interpretando paralelamente sobre os efeitos que um distúrbio na saúde pode levar conseqüências mórbidas ao indivíduo em toda sua complexibilidade biológica, como podemos acompanhar através dos depoimentos:

[...] também porque, a diabete causa possivelmente uma série de modificações na saúde bucal, justificaria essa paciente ser vista mais intensivamente pelo dentista e também pela nutricionista” (M3).

“[...] tentaria fazer associação com ele de que no diabetes a má higiene bucal é uma causa de descompensação então (...)” (M2).

“[...] por ser um paciente diabético, se não avaliar essa questão da saúde bucal que tá propensa a ter infecções ou até problemas muito mais sérios né?” (M5).

No tocante ao propósito das práticas em saúde voltadas à prevenção, a coleta de informações, através da anamnese, pode funcionar como instrumento para a consolidação da prática humanística e integral das ações em saúde. Uma vez que através dos diálogos se fomenta a sistemática da atenção básica, pode-se desta forma esperar uma boa prática nas ações em saúde.

Entretanto, dentro da construção de um novo modelo de atenção à saúde que prioriza a valorização do paciente elevando-o à condição de sujeito, paradoxalmente, a anamnese poderia ser encarada como um recurso retrógrado, hegemônico, se encarada no sentido de se ter atingido o objetivo, de “procurar doenças e encontrá-las”; mas não, ela é um veículo consolidado e útil para se alcançar um diagnóstico preciso ou mesmo para se colher informações e trabalhar na prevenção /promoção de saúde no indivíduo em sua totalidade, como prevê nossa “Carta Maior de 1988”.

Através da boa prática anamnética, as chances do paciente em ser acolhido pelo sistema estão amplamente aumentadas, satisfazendo desta forma não só as necessidades dos pacientes, mas também os interesses tomados como metas por todo o sistema de saúde.

Acreditamos que a prática anamnética tem grande valor no auxílio aos planejamentos para futuros levantamentos epidemiológicos demandados pela população adscrita tornando os trabalhos das equipes nos CS favoráveis à obtenção de estratégias locais de atuação na promoção da saúde.

“[...] e na anamnese quando a gente avalia a boca, por exemplo, pela enfermeira que avalia, eu faço exame físico, se eu presenciar cárie na criança, o que a gente já tem de encaminhamento né, nós temos um fluxo. É uma cárie, para ver cárie numa criança não é um procedimento tão difícil né, não precisa acredito de muita especialidade (...)” (E5).

É possível interpretar os discursos como crítica aos modelos hierarquizados que apontam para a necessidade de superar a idéia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços. Há atitude profissional, conforme abordagem da situação- problema 4, em intervir no processo de cuidados ao paciente com necessidades de saúde bucal, viabilizando

o seu acesso às ofertas oportunizadas pela organização estrutural do Sistema.

Aqui, também, a integralidade refere-se à abrangência das respostas no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais (MATTOS, 2001).

Os fundamentos da atenção básica (BRASIL, 2006) delineiam como devem estar organizados os serviços e as práticas de saúde para promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A Portaria 648/GM/2006 menciona, como uma das características do processo de trabalho, o “trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações”.

O interesse profissional, em cuidar do usuário na plenitude de suas necessidades de saúde com práticas em equipe de saúde integral dentro da trama de assistência dos CS, pode ser observado ao abordarem a situação-problema 3:

“[...] faria esse controle da gengivite já junto com o encaminhamento com a médica na unidade, no caso, para compensação do diabetes; fazendo essa compensação, já diminui esses fatores para doença periodontal” (CD1).

Os profissionais demonstraram-se sensíveis às necessidades de saúde geral do paciente, tomando postura no seu cuidado integral para uma vida saudável. Procuram inter-relacionar as morbidades de saúde através de uma anamnese interdisciplinar ampliada no biológico. Também se preocupam em ter uma postura voltada às atitudes profiláticas e visão ampla da vulnerabilidade sistêmica da saúde. Conforme apontam os depoimentos em relação às questões-problemas 2 e 4 respectivamente:

“[...] se realmente essa dificuldade de alimentação em função dos dentes, não está comprometendo o estado geral dele, eu acho que sim né; às vezes inclusive, levando a uma anemia, a outros problemas mais graves” (M5).

“Até nesse processo desta medicação, sulfato ferroso (tratamento da anemia), tem que cuidar, por causa também da higiene, pode ter mais pigmentação do sulfato ferroso nos dentes também” (M5).

Na perspectiva do cuidado interdisciplinar, percebemos a preocupação do profissional no acerto da medicação apropriada que o usuário deva utilizar como exemplificado na abordagem da questão 3 suspeita da “receita caseira” do bochecho com água oxigenada:

“[...] valorizar o saber popular, mas que ele tem que procurar saber a medicação certa né, que

pode. Até tem uma pessoa que fala que a diferença entre o remédio e o veneno, é a dose então, acho que é mais ou menos por aí”(E1).

Podemos perceber também que a abordagem sistemática da saúde, através do trabalho em equipe nos CS, beneficia a atenção ao usuário, no sentido de reforçar a importância dos cuidados da saúde em sua totalidade; oportunizando vias ampliadas de interpretação e/ou percepção de sua saúde, bem como atuando no reforço na autonomia dos usuários em perceber suas necessidades. Ampliam-se, assim, suas possibilidades no discernimento para mudança em comportamentos que estejam limitando sua potencialidade para manutenção de sua saúde geral. Desta forma, as informações pertinentes aos cuidados dos usuários devem partir das relações e nas trocas de experiências interdisciplinares.

“Eu não vi ainda nesses pacientes que usam retrovirais ter problema com dente, não sei se isso existe ou não. Essa é uma coisa que talvez eu fosse pesquisar porque diz ele que tá tomando os comprimidos, mas está perdendo muito peso. Eu acho que ele é um paciente muito mais para ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar mesmo, com visita todo dia pela enfermagem, com acompanhamento pelo infecto, com clínico e realmente rever essa parte toda da prótese. Eu acho que é ela mesma a causa da dor de cabeça, claro que a gente pode investigar outras coisas” (M1).

A informação deve ser um bem público. A informação em saúde deve dar subsídios para a elaboração de uma política de saúde resultando em um planejamento, programação e orçamentos compatíveis com a resolução dos reais problemas que afligem a população (BRASIL, 2004).

O discurso que aborda a questão-problema 2 evidencia a necessidade do profissional atuar dentro da proposta da interdisciplinaridade a qual dispõe de um eficiente instrumento para troca de experiências e conhecimentos contribuindo para a construção de uma atenção à saúde na sua integralidade. Para legitimar essas afirmações, é oportuno fazer referência às propostas da Conferência Estadual de Saúde Bucal em São Paulo em 2004: “criar mecanismos onde haja interação multiprofissional (médicos, dentistas, enfermeiros etc.), para que o usuário seja informado sobre a importância da saúde bucal, dentro do contexto da saúde geral; envolver as demais áreas

médicas na promoção da saúde bucal humanizando assim todo o serviço”.

## 5.2 PRÁTICAS SOCIAIS NO CUIDADO DA SAÚDE

Esta categoria aborda a vertente da integralidade no cuidado da saúde, cujo objetivo central da atenção tem seu foco principal questões que visam minimizar os desequilíbrios na saúde do cidadão/usuário, cuja causa esteja vinculada aos determinantes sociais no processo de saúde-doença. Isso implica levar em conta tanto os conhecimentos acerca das doenças, quanto os modos de andar a vida das pessoas que procuram pelo serviço de saúde, com o objetivo de construir projetos terapêuticos individualizados a partir do diálogo (MATTOS, 2001).

A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente (GIOVANELLA, 2000).

A integralidade se assenta na compreensão de que as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, ou seja, a de ver o homem como ser holístico, que não pode ser dividido por especialidades ou fragmentado. A organização do serviço de saúde deve acontecer de modo a oferecer todas as ações requeridas para a ação integral, incluindo ações sobre o ambiente e sobre o indivíduo/família/coletividade destinadas à promoção, proteção, recuperação, e reabilitação da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, é necessário promover a construção compartilhada de conhecimentos, estabelecendo o diálogo entre os diferentes campos dos saberes populares e conhecimentos científicos, fortalecendo as evidências sobre os determinantes e condicionantes dos problemas de saúde, em parceria com instituições de pesquisa, universidades, ONGs, associações e movimentos sociais, garantindo ampla divulgação e o acesso aos conhecimentos desenvolvidos, com o objetivo de orientar as ações em prol da qualidade de vida e saúde da população, assim como auxiliar na construção da consciência crítica sanitária, ecológica e cidadã (BRASIL, 2004).

O cuidado integral explicitado aqui aborda a articulação interdisciplinar no cuidado sustentável da saúde e a humanização dos

processos nos cuidados: escuta qualificada; cuidado; acolhimento; vínculo; compromisso da atenção com a qualidade de vida dos usuários para superação de seus sofrimentos.

Silva (1999) considera como estratégia importante identificar, coletivamente, aspectos e condições sociais, ambientais, históricas e culturais, assim como as demandas do indivíduo e do grupo social em seus espaços de convivência, resgatando o poder próprio da comunidade no controle de sua saúde e de suas condições de vida. A partir do levantamento das necessidades da comunidade, discutem-se as prioridades e criam-se novas estratégias para enfrentá-las.

“Coordenei um trabalho com as agentes de saúde, no qual elas visitaram todos os domicílios (...)” (E5).

Conforme o Manual de Enfermagem para o PSF, ofertado pelo Ministério da Saúde do Brasil (2003), a visita domiciliar (VD) é um recurso dos mais valiosos para o serviço de saúde. Ainda mais quando ele se estrutura com agentes comunitários de saúde (ACS) de forma a possibilitar um contato permanente do serviço de saúde com a clientela, mesmo quando não existe queixa (BRASIL, 2003).

“A visita domiciliar é de extrema importância porque é uma das coisas que define a diferença entre o programa de saúde da família e as outras formas de assistência a saúde” (M3).

Em que pese a valorização oferecida ao especialista, seja pela universidade, *interna-corporis* às próprias categorias profissionais, como também pela própria população é fato que “os médicos (dentistas, enfermeiros, e outros) de atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente de que os especialistas estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde” (STARFIELD, 2002 p, 52-3 apud NASCIMENTO, 2007)

No plano familiar, a visita domiciliar (VD) permite aos profissionais da equipe (não só o ACS) conhecerem a dinâmica familiar, estreitarem o vínculo terapêutico e qualificarem a intervenção. Muitas e muitas vezes a impressão que a equipe tem de um paciente ou uma família, a partir do consultório, desfaz-se totalmente na VD. E isso possibilita uma intervenção muito mais precisa (CUNHA, 2004). Então, podemos constatar a evidente importância dos trabalhos em equipe nos CS no acolhimento ao usuário em suas residências, conforme as falas dos profissionais E4, CD4, CD3:

"Acho até que uma das coisas que mais gosto de trabalhar em saúde da família, é essa questão da vinculação (...)" (E4).

"Eu acho que num caso desses, a gente tem que começar a cuidar mais de perto (...)" (CD4).

"[...] diz "olha, aquela pessoa disse isso, nunca vai ao dentista do posto porque é difícil de marcar", e a gente com vagas aqui, para idosos, sobrando, porque eles não sabem, então assim, cada um está dando uma contribuição, então a gente está procurando ir nessas visitas domiciliares, sem precisar da pessoa estar solicitando "(CD4).

Podem ocorrer visitas domiciliares propriamente clínicas: para uma avaliação clínica, um curativo, uma crise familiar, um paciente moribundo. Isso nos lembra que a VD é mais que uma conduta, um recurso precioso da equipe, e que deve ser prescrita com critérios. Critérios flexíveis, mas definidos (BRASIL, 2003).

"O atendimento odontológico domiciliar, é feito em duas etapas. Inicialmente, eu faço uma visita domiciliar de investigação da residência, da qualidade de vida do paciente, problemas de saúde do paciente; eu vou sempre com o médico de família e uma técnica de enfermagem, essa é uma primeira visita. Faço um exame, anamnese, preencho o prontuário, para poder planejar depois uma visita de tratamento; então numa segunda visita, aí eu vou com o consultório portátil, que é um consultório completo"(CD3).

É preciso reconhecer que o PSF não é a única modalidade de organização da Atenção Básica, mas que, se aplicado em consonância com as diretrizes do SUS, pode contribuir para uma melhor organização do Sistema de Saúde brasileiro. Neste contexto, as práticas de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família devem se processar como via de mão dupla envolvendo a saúde bucal e a Saúde da Família num processo de construção de novas práticas de saúde coletiva (CESBSP, 2004).

"[...] se chega uma criança com uma história familiar, desenvolvimento escolar precário, que tem problema social com a família, enfim, que tem outras questões pra serem avaliadas, é feito uma anamnese primeiro da pessoa, se for de menor sempre com um acompanhante responsável e, nessa anamnese a gente vai evidenciando quais são as questões de saúde que precisam ser sugeridas pra um tratamento, pra um melhor

acompanhamento de saúde ou não, às vezes é só social dessa criança”(E5).

“Falar de odontologia com uma paciente que está toda desorganizada, com problema de desemprego, com vários filhos, com todo aquele problema familiar, acaba ficando meio secundário, tu tem que resolver primeiro as outras coisas, para que essa pessoa venha a se lembrar, procurar tratamento odontológico” (CD4 referindo-se a questão problema 3).

“Às vezes, a gente é o primeiro contato dessa pessoa, mas se a gente pensa nesse estado, a gente tem que ter uma noção da pessoa como um todo, tratar da saúde dela de maneira geral, tentar organizar a vida para que ela seja motivada a tratar da saúde bucal” (CD5 referindo-se a questão problema 3).

Um grande avanço na questão da integralidade da atenção deu-se como ponto de partida a Assembléia Mundial da Saúde de 2004, onde o Diretor Geral da Organização Mundial Saúde (OMS), Lee Jong-Wook, propôs a criação de uma comissão para recomendar políticas públicas de saúde e externas ao setor saúde, assim como intervenções que visem à melhoria das condições de saúde e à diminuição das iniquidades. Então pode o Brasil criar a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) 9 março de 2005 compromissada com três linhas de trabalho que são a produção de informações e conhecimentos, o apoio e avaliação de políticas e a mobilização social, articuladas em torno de um eixo comum que é o compromisso com a ação.

De acordo com GUIMARÃES & VELARDI (2008), para que as decisões sejam consideradas corretas, há necessidade de o profissional desenvolver a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a sua realidade, isto é, os integrantes das equipes devem adotar a estratégia do emponderamento que permite promover a participação das pessoas que necessitem dos cuidados em saúde na identificação e na análise crítica de seus problemas, visando à elaboração de estratégias de

---

9 PORTARIA Nº 532/GM DE 14 DE MARÇO DE 2006. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal, e tendo em vista o art. 2º do Decreto de 13 de março de 2006, que institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

ação que busquem a transformação da realidade encontrada na desejada. Uma abordagem em saúde dentro desse princípio pode ser evidenciada através da fala do profissional M4 em seu discurso sobre a questão 4:

“Levantar todas as condições de higiene, de atenção que ela recebe em casa, condições de alimentação, condições de saneamento da casa, suporte familiar, quem que é responsável por esta criança de fato, se essa criança já está sob tutoria da avó ou não, se existe pai que cuida dessa criança, então todas essas questões, se tem cachorro em casa, a qualidade do alimento, tudo isso, se essa criança vai em creche ou não, se ela tem algum cuidado de professora da creche ou não, então acho que todos esses dados são importantes de serem levantados”(M4).

O trabalho humanizado permite o exercício das atividades em cuidados de saúde de forma ampliada destacando o compromisso com a qualidade de vida dos usuários. Interesse conjunto na equipe nas necessidades de saúde dos usuários; trabalhando com o foco na promoção da saúde.

“[...] a questão da separação que pode estar influenciando tanto o tabagismo quanto o controle da diabete, ou seja, tentar abordar numa perspectiva menos biológica apenas e ampliar a percepção do problema do paciente (...), porque muitos problemas clínicos têm uma base emocional-psicológica e o apoio da psicóloga ajudaria bastante. Então, é muito interessante pelo fato de que a questão aborda essa inter-relação entre o biológico e o emocional” (M3).

Os profissionais híbridos (BARROS, 2000), que incorporam além da racionalidade médica hegemônica, terapêuticas de outras racionalidades, assim como outros saberes, estariam em melhores condições de superar os limites dos filtros biomédicos e fazer uma clínica mais ampliada, tanto em função de um maior número de recursos terapêuticos, quanto pela maior convivência com a pluralidade de verdades, em vez de uma verdade única. Os sintomas referidos espontaneamente são mais valorizados que os sintomas descobertos a partir do questionamento do médico (CUNHA, 2004).

“Eu me ponho, me coloco nessas situações, principalmente de mudanças de comportamento, eu me ponho no sentido de conhecer a história, tentar conhecer um pouco o indivíduo, e, a partir

das experiências dele, tentar adaptar no que é possível, não só o que eu desejo (...)" (E4)

A maior contribuição da prática da clínica ampliada à integralidade da atenção está na razão de que a clínica precisa ser muito mais do que a comprovação de uma doença, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Faz-se necessário investimento da equipe em ações individuais e/ou coletivas na educação em saúde ampliada.

"[...] não é só passar a informação, o conhecimento para o paciente, é fazer com que ele tenha condições de adquirir aquele conhecimento, poder usar esse conhecimento; muitas vezes ele não pode porque ele não tem nem como se alimentar; aliás, às vezes não tem nem uma pia para escovar os dentes (...), às vezes não tem escova então, a gente tem que entender o lado do paciente (...)" (CD2).

Buss (2003 apud GUIMARÃES, 2008) destaca que a ação educativa é a estratégia central da Promoção da Saúde que busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que seja predominantemente favorável à saúde e à qualidade de vida e orienta a um conjunto de ações e decisões coletivas. Para Guimarães (2008), a abordagem biomédica, voltada basicamente a processos curativos, orientada nas ações de detecção, controle e, contudo, porém, ignorando os fatores de risco ou fatores causais de enfermidades contrariam à perspectiva da promoção de saúde. Em uma visão política desse assunto, esse autor declara que é possível incluir a falta de trabalho, moradia, educação, civilidade, cidadania fazendo parte desses fatores. Por conseguinte, de acordo com o autor, não devemos confundir a educação em saúde com informação em saúde e cair em armadilhas reducionistas e verticalizadas.

Para Giovanella (2000), a garantia do princípio da integralidade, em suma, implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Como ponto inicial, esta forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; a articulação das ações de promoção,

prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

“Embora as duas doenças mais prevalentes em odontologia, cárie e doenças periodontais, sejam preveníveis ou passíveis de controle mediante procedimentos relativamente simples, como a escovação dentária, o controle da frequência do consumo de açúcares, o uso adequado do flúor e visitas periódicas ao dentista, o objetivo de uma melhor saúde bucal não é alcançado em nível populacional. Uma das possíveis explicações para a alta prevalência e incidência dessas patologias é sua associação a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas a fatores determinantes biológicos” (MACIEL, 1994 apud LISBOA, 2006).

Para resolução coletiva dessas dificuldades enfrentadas pela população, a Conferência Estadual de Saúde Bucal em São Paulo propôs que os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde bucal para viabilizar o processo de capacitação da população e promover a responsabilização coletiva da promoção da saúde em todos os níveis da sociedade (proposta CESBSP, 2004).

“A gente trabalha a questão, por exemplo, social né, nós não somos da parte social, somos da parte técnica; mas o social ele vem sempre junto com outros problemas, o paciente nos conta: ah, eu não vou ao centro fazer meu exame porque eu não tenho vale transporte, então ali cabe a enfermeira, o bom senso da equipe de enfermagem de tá reunindo e vendo de que forma nós podemos ajudar (...)” (E2).

Tais propostas podem estimular uma prática reflexiva que leve o indivíduo a pensar sobre a saúde, a voltar sua reflexão para si mesmo; a refletir sobre a sua ação e dos outros, passando simultaneamente pelo processo de tomada de consciência, desenvolver competências para participar da vida em sociedade e habilidade para refletir sobre a ação social e política, sem se acomodar em justificativas reducionistas para explicar os fatores que podem afetar a sua saúde e da coletividade (GUIMARÃES & VELARDI, 2008). Podemos desta forma evidenciar proposta de educação e cuidado em saúde no relato que aborda a questão-problema 3:

“[...] teria que essa família, já é um caso de família, teria que chegar, pegar a família e tratar a família: tratar o pai, fazer com que tenha uma inclusão social que pegue um emprego, quer dizer um aconselhamento psicológico pra que ele vá a luta né, porque pelas quatro crianças mais uma que vai nascer, já são cinco que vai depender dele, vai depender dele e dela, ela não pode trabalhar porque tem que cuidar dos quatro filhos, ele é que vai ter que ir à luta. Então, não adianta tu mexer, tratar o paciente só, ah! ela é diabética e tal, vou resolver o problema da diabetes; ela vai ter o neném legal, e a parte social?”(CD2).

“Paciente com muito problema social eu diria, então um paciente assim, o que a gente faria era realmente sentar com ela, conversar, explicar todas essas questões (...)”(CD4),

Profissionais de saúde bucal capazes de compreender os complexos determinantes do processo saúde-doença desenvolverão potencial de propor condutas mais adequadas de intervenção sobre os mesmos, ainda que, muitas vezes, de forma parcial. Profissionais de saúde bucal capacitados para a clínica resolutive, baseada em evidências sustentáveis e encorpada pelas singularidades do sujeito que recebe o cuidado, poderão resolver de forma adequada grande parte dos problemas que aportam às Unidades Básicas de Saúde cotidianamente (NASCIMENTO, 2007).

Então, nada impede o profissional de saúde engajado no compromisso de cuidar do usuário, traçar estratégias de cuidados individuais contribuindo assim, de maneira humanizada e generalizada, nos processos determinantes da saúde/doença.

Em relação à promoção da saúde, é fundamental a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, sendo que este item não é responsabilidade apenas do setor saúde: os espaços para a prática educativa podem ser a família, espaços de lazer, trabalho, espaço escolar e espaço de saúde (CESBSP, 2004). Aqui observamos o profissional CD3 atuando na promoção de saúde através da educação em saúde com aconselhamentos para uma vida saudável:

“A gente ensina várias formas de lidar com o stress, melhoria de qualidade de vida, fazer exercício físico, mudança de alimentação, porque tudo isso influencia na mudança do hábito” (CD3).

A intenção do profissional se traduz no objetivo central de estimular atitudes e ambientes mais saudáveis, visando desenvolver

habilidades e estimular a tomada de decisões por meio da responsabilidade individual, familiar e comunitária (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde bucal na atenção básica, à luz da Estratégia da Saúde da Família (ESF), extrapola os limites da boca, o que exige que suas ações integrem serviços das diferentes áreas de conhecimento, através de ações intersetoriais, com o objetivo de mudar circunstâncias ambientais e sociais que afetam a saúde e que possam conduzir à ambientes saudáveis, ações educativas, promoção de saúde, ações assistenciais curativas de cunho individual e coletivo e através de atividades clínicas como procedimentos restauradores, exodontias, selantes, profilaxia, aplicação tópica de flúor e visitas domiciliares (BRASIL, 2006).

Com a demonstração de intenções ao vínculo por parte do profissional E4, podemos finalizar esta parte da análise com a definição de acolhimento, entendendo que o profissional acolhedor compreende o processo saúde–doença à luz da determinação social.

“O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006 pág.21).

”Então eu acho que isso é o acompanhamento mesmo, porque não adianta a gente passar receita, fórmulas mágicas, porque simplesmente nunca mais vê a pessoa para saber como é que está” (E4).

### 5.3 ENTRAVES NO CUIDADO INTEGRAL

Esta categoria revelou relações conflituosas na concepção de cada profissional e nas próprias organizações dos processos no modelo da integralidade: as dificuldades no acesso à assistência pelos usuários; a não percepção de que as diferenças podem existir e fazer parte das relações e no modo de vida das pessoas; a limitação do profissional em assumir compromisso com funções que lhe são cabíveis; a carência de recursos materiais e de pessoal para atividades extramuros; a deficiência na tomada de iniciativa no trabalho; o conflito de poderes na indefinição do papel de cada profissional nas equipes a qual poderia influenciar na eficiência da equipe; a capacitação deficiente para atividades nos processos internos e a resistência em querer aprender o “algo mais”.

Esses conflitos, que aqui são chamados de entraves, podem influenciar negativamente os trabalhos em equipe para uma prática humanizadora e acolhedora dos serviços visando à integralidade das ações conforme será discutido a seguir:

Diante destes entraves, a habilidade do coordenador de CS em contornar e lidar com os mesmos configura-se em um ponto vital para o realinhamento das tarefas desempenhadas pelos atores em saúde dentro dos CS em prol de uma sólida ação acolhedora e interdisciplinar. No entanto, um ponto universal norteador para os processos em saúde está na dependência da decisão política institucional da saúde em defender sua estratégia e garantir atendimento de qualidade às necessidades da comunidade. Para Ferreira (2004):

“A capacitação de recursos humanos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para o exercício de funções gerenciais, vem se defasando ao longo dos anos. Esta realidade pode ser observada nas instâncias superiores de comando político-administrativo dessas Unidades. No Brasil, contamos, atualmente, com diversos cursos em funcionamento em nível de especialização, nos quais é dado um enfoque muito grande à administração hospitalar. No entanto, os planejadores desses cursos não buscam desenvolver projetos de capacitação de recursos humanos para a gestão das UBS, que desenvolvem atividades voltadas para a saúde da família, trabalhando com a prevenção, promoção e

recuperação da saúde da comunidade”  
(FERREIRA, 2004)

Destaque para essa importante capacitação que pode ser constatada nas declarações em que o profissional E3 aponta para as dificuldades dos cirurgiões-dentistas em poderem participar das reuniões em equipes; fato este que por si só pode influenciar a tomada de decisões na integralidade das ações em equipe e desta forma fragmentar os cuidados ao usuário do Sistema.

“A reunião, faz só eu primeiro com os agentes comunitários, médicos e nenhum dentista participa, não sei o porquê, a gente até teria (...) por questões de espaço na agenda. Vai diminuir horários de dentista no consultório, vai diminuir vaga na marcação, daí os usuários reclamam, então acho que é questão até de gestão” (E3).

A não-participação regular do CD nas reuniões pode não ser o único viés em que o Sistema torna-se vulnerável à fragmentação nos processos de trabalho nos CS conforme podemos explicitar com a seqüência desta análise.

É possível notar a dificuldade das equipes em momentos de trabalhos coletivos integrados. Entretanto, foi percebida a possibilidade desta dificuldade estar atrelada à não-programação planejada dessas atividades coletivas nos cuidados estratégicos para a saúde dos usuários do Sistema e da necessidade de reorganização de rotinas de algumas atividades.

“[...] não pode ser só na teoria, do tipo bem, nosso modelo de assistência é o PSF; na prática, não funciona bem assim, você deve tá percebendo que não é bem assim. A própria inserção da odonto no PSF é interessante; mas assim, não adianta a odonto estar inserida se ficar só no consultório, então, o fato da nossa dentista sair para fazer atendimento domiciliar, participar da visita domiciliar com o médico e ter essa, interação, talvez mais do que integração com os nossos pacientes, esse é um grande avanço. Mas tá longe ainda do ideal” (M3).

“[...] a gente fez um grupo de tabagismo; num encontro a gente conseguiu chamar os dentistas, é tão importante ter essa abordagem, mas eles ficam também tão amarrados; digamos assim, não por

vontade, eles têm vontade de participar mais; acho que é o profissional que fica mais amarrado, e os médicos naquela pressão de atender, atender, também né e acabam não participando das atividades de educação em saúde, de grupos então ficam só naquela lógica de atender”(E3).

Pinheiro (2001) considera como principal, dentre os objetivos do PSF, “garantir a integralidade como eixo condutor das práticas em saúde”. Para Cecílio (2001), a implantação dessa diretriz, na prática, é difícil, pois “seguimos trabalhando de forma muito fragmentada, respondendo a demandas pontuais com o que temos em mãos, ou seja, não temos nos ocupado com a questão da integralidade de uma forma mais completa”, entendida como “integralidade ampliada”.

“Infelizmente nos outros casos a gente não consegue muito, até por não ter essa oportunidade de sentar, discutir; está cada um na sua bolha como se diz às vezes o médico nem vê, não sai do consultório; dentista fica mais, acho que da equipe, é o que fica mais afastado assim né” (E3).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, “a construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras. Algumas vezes, o trabalhador da saúde está tão acostumado ao seu trabalho, à rotina ou ao seu lugar institucional, que não consegue pensar, isoladamente, em alternativas diferentes. O trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provoca novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente. No entanto, é importante que o grupo respeite seu próprio tempo de construção, pois é necessário amadurecer laços e projetos antes de decidir o quê e como fazer. Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar a percepção das diversas dimensões implicadas. Trata-se de um exercício de protagonismo, um esforço de co-gestão na direção das mudanças desejadas” (BRASIL, 2006).

Com a hierarquização nos cuidados, a rede de atenção na ponta do Sistema esbarra em dificuldades que problematizam relações de vínculo dos CS com os usuários:

“Tentar resgatar, porque às vezes a gente perde o contato, quando a gente encaminha o paciente, tipo uma gestante no caso aqui, pro pré-natal de

risco, a equipe básica perde o contato, acaba perdendo a vinculação com essa gestante, no sentido de que ela não consulta mais com a gente, ela vai só ao especialista” (E4).

A mudança na composição das equipes tem causado entraves nos desempenhos das atividades integradas na Estratégia de Saúde da Família.

“A saúde bucal contava com odontólogo efetivo que trabalhava nessa unidade há mais de quinze anos, o ano passado ele foi convidado pra fazer parte de outra estrutura da secretaria e ele aceitou o convite; então nós recebemos uma odontóloga que é contratada, também está buscando participar das nossas ações, dar continuidade ao processo; mas confesso que a gente houve uma quebra, uma quebra na questão do trabalho em equipe, na questão da integralidade” (E5).

Ocorreu-nos, no entanto, a percepção de que possibilidade da falta de profissional dentro do quadro de equipes nos CS pode configurar em apenas um dos entraves para a regularidade dos processos de trabalhos na perspectiva da integralidade das ações.

### 5.3.2 ACESSO

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde, com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário, permanece com várias lacunas (BRASIL, 2006).

As dificuldades ao acesso dos usuários aos cuidados de suas necessidades mais emergentes fizeram-se presente nas falas dos entrevistados.

“Eu sei que isso é um pouco difícil aqui pelo SUS, existe um programa de prótese para idoso, mas, tá um pouco difícil o acesso. Faria a relação para ele da parte ortodôntica com a dor de cabeça, mas, não acho que seja enxaqueca. Estes procedimentos só dependem do consultório do dentista; é possível que eu tivesse dificuldade de conseguir a integralidade desse tratamento pelo SUS” (M2).

Apesar dos avanços quanto à descentralização político-administrativa e financeira, a organização e a ampliação do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde permanecem como um importante desafio. Sua superação requer ações para combater a iniquidade de acesso e de financiamento e promover a oferta ordenada dos serviços (BRASIL, 2002).

“[...] com o levantamento de problemas que a gente fez na comunidade, um deles é o problema da boca então, nós temos uma fila de espera para odontologia, para tratamento odontológico, próximo a trezentas pessoas; então essa é uma questão problema, é uma dentista quarenta horas semanais que tá vencendo contrato, que é um problema também gerencial, e que não consegue atender a demanda da população, é humanamente impossível; então esse é realmente um gargalo na questão problema de saúde/doença”(E5)

Ainda, em consonância com as palavras do presidente do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, veiculadas na edição 91/2009 do jornal CFO, onde declarou que “o Conselho Nacional de Saúde, como caixa de ressonância maior da participação da comunidade na construção, avaliação, fiscalização e destino das políticas do SUS, tem uma responsabilidade que extrapola o senso comum da simples representação política de entidades e de atores sociais e institucionais”. Sendo assim, estamos de acordo com o presidente quando declara que “a Comissão de Saúde Bucal tem sob a sua responsabilidade o debate de ações e propostas que apontem para a superação de um dos maiores gargalos na saúde pública brasileira. Uma realidade caracterizada pelo descaso numa área vital à saúde geral do indivíduo, que gerou não só uma população sem os direitos mínimos na área de saúde, mas um sistema excludente, que deixa a imensa maioria das pessoas totalmente à margem da cidadania” (J. CFO 91/2009).

“Aqui também é bem claro, pelo menos para nós, no nosso serviço a relação que existe, quer dizer, já é instituído pela secretaria que as gestantes tenham um acesso mais rápido à consulta odontológica. Só que, na prática, nem sempre a gente lembra, nem sempre isso acontece” (M3).

É possível entender que, nas relações profissional-usuário, se envolva toda uma questão do comprometimento deste próprio usuário com o processo de cuidado para sua reabilitação (o acesso depende

também da postura do usuário frente aos seus problemas), como pode ser notado na fala abaixo.

“Um paciente assim, com esse perfil, geralmente a gente não consegue retê-los, eu já percebi, até que eles precisam de atenção e tudo, mas tu não consegues contato com eles para volta; eles não voltam, abandonam muito o tratamento, aí já passam às vezes pra outra unidade, aí começam novamente o tratamento lá” (CD4).

“[...] porque tem alguns casos assim, que tem dois lados: um é de não, pela falta de saber, do saber cognitivo educacional, não tem acesso; o outro, que eu acho meio difícil, porque hoje é tão divulgado nosso serviço é o desleixo mesmo; pessoas que não conseguem ter a consciência da importância dos acompanhamentos de saúde. São pessoas que tem essa coisa assim de que não é importante para vida, dos valores mesmo, dos valores, fazer aquela pessoa ver que aquilo é importante” (E1).

“A correria é uma desculpa que todo mundo dá, até a gente como profissional – ‘ah, tô sempre correndo, não tenho tempo pra isso’; mas tem que ter isso enfatizado, uma hora vai ter que cuidar da saúde. Os pacientes reclamam que não podem faltar ao trabalho, mas a gente pode dar um atestado, pode dar uma declaração de que realmente veio para cuidar da saúde” (CD4).

Em contraposição a esses entraves, cabem aqui algumas das citações do Presidente do CNS nas propostas veiculadas pela Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo, 2004. Podemos destacar aquelas capazes de ampliar os cuidados da assistência bucal na integralidade das ações:

Incentivo às pesquisas científicas para garantir à população acesso ao desenvolvimento de tecnologias que a beneficiem no que diz respeito à sua saúde bucal (CESBSP, 2004).

Desta forma, poderá ocorrer incremento nos tratamentos reabilitadores nos próprios CS, diminuindo assim a demanda na procura pelos serviços hierarquizados.

“[...] quando o paciente precisa fazer um tratamento de canal, um negócio desse tipo que a gente não tem condições de fazer na unidade; tem

que fazer um encaminhamento e um monitoramento para ver se foi feito o tratamento de canal ou não; na volta do paciente à atenção básica para gente continuar o tratamento e dar o final do tratamento, porém não é assim que sempre ocorre, pois o paciente acaba não retornando”(CD2).

Entretanto, segundo Narvai (2005), para que se possa assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos aos recursos de que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de um setor de saúde para outro; em geral de níveis de atenção diferentes. Porém, nada impede que esse encaminhamento se dê no mesmo setor de atenção. Uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para o setor de saúde de origem.

Para Campos e Domitti (2007), “no modelo de estruturação e hierarquização dos serviços, os tratamentos são transferidos através de encaminhamentos entre as especialidades sem garantias de que serão atendidos dentro dos prazos estabelecidos”.

Um modelo organizado por níveis hierárquicos, seguindo uma complexidade crescente, que vai de um nível de baixa complexidade (o primário) até um nível de maior complexidade (terciário/quaternário), para Mendes (2002), fundamenta-se num conceito de complexidade equivocada, ao estabelecer que a atenção primária à saúde seja menos complexa do que os níveis secundários e terciários. Ainda para Mendes (2002), as redes de CS “consistem em um sistema fragmentado de serviço de saúde, fortemente hegemônico, onde se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, com débil atenção primária à saúde e incapazes de prestar uma atenção continuada às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada”.

A circulação de informações, os contatos interprofissionais e a preocupação em captar as várias dimensões do sujeito na integralidade têm dimensões bastante restritas nesse modelo de estruturação do poder em organizações de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

“Então, esse paciente provavelmente, seria encaminhado pra um consulta médica e também para uma consulta odontológica; seria solicitado que fosse agendada uma consulta e isso, levaria em torno de quinze até trinta dias mais ou menos,

tanto para consulta médica, como para consulta odontológica” (M4).

”A gente tem um pouco de dificuldade ainda de fazer esse encaminhamento para um nutricionista, um atendimento rápido, até quatro meses atrás levava mais de um ano para uma consulta de nutricionista e hoje isso tem levado uns dois meses mais ou menos, mas ainda assim é demorado”(M4).

Camargo (2003 apud CAMPOS & DOMITTI, 2007) afirma que a crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença. Contudo, tem predominado uma lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado.

A Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica (RONCALLI, 2003).

A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou à necessidade de ampliar a autonomia das pessoas (BRASIL, 2003 p. 3-4).

“Insistir com mais sofrimento é um negócio muito sério, se ele tá sofrendo e ainda for abandonado pelas pessoas que fazem o tratamento, não dão a mínima para o cara, uma esperança e um negócio que fica acelerando ainda mais qualquer patologia” (CD2).

Também, limitações nos cuidados à saúde, sob o domínio da gestão a níveis intersetoriais, têm desfavorecido atividades de planejamento das ações das equipes conforme podemos notar no prosseguimento desta análise.

### 5.3.3 INTERSETORIALIDADE

É possível entender como proposta ministerial de saúde as atividades em promoção de saúde devam acontecer com o engajamento de diversos setores da organização pública, porém podemos observar, através das falas dos entrevistados, que não é sempre desta forma que acontece o comprometimento integrado nos cuidados da população.

Estamos de acordo que a crítica ao modelo explicativo da promoção da saúde clássica deve estar aliada ao entendimento de que, para comunidades ou indivíduos obterem saúde, é necessário retornar as condições de equidade, entendida aqui como sendo a justiça social e a melhor condição de acesso a bens e serviços de forma igualitária (NASCIMENTO, 2007). Entretanto, podemos ajuizar também que deva haver, simultaneamente, e em sintonia com os trabalhos voltados para as melhores condições sociais de vida da população, o comprometimento das entidades de saúde em comunhão com outros setores do Estado, inclusive dos atores da ponta do sistema, no sentido da responsabilização mútua dos cuidados em saúde dos usuários do Sistema, conforme a citação:

“Ampliar a compreensão da saúde bucal no sentido de qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, com ações convergentes e integradas, implementadas pelos governos dos municípios, dos estados e da União, pelas instâncias representativas do controle social e pelas entidades da sociedade civil organizada (através

de trabalhos educativos para conscientizar sobre os cuidados em saúde bucal, indissociável da saúde geral) e garantindo os programas já existentes” (BRASIL, 2004-CNSB).

“Você vê esgoto a céu aberto, às vezes é uma prefeitura que não tá atuando nessa parte, a gente tem que chamar a atenção desses órgãos que aquelas pessoas tão num risco muito grande e tão de maneira direta agravando problemas de saúde e que vão bater na nossa porta” (CD2).

“[...]ela não tá precisando só daquilo ali, aquilo ali, é uma partezinha pequena, porque às vezes o grande mal é o emprego que não tem, é a casa, moradia inadequada, os agravantes sociais daquela moradia, falta de esgoto, esgoto a céu aberto, as crianças andando, brincando quer dizer(...)resolver o problema da odontologia é o de menos(...)” (CD2).

Também é possível entendermos que a integralidade na atenção torna-se facilmente percebida com práticas de interdisciplinaridade, estas se dão no cotidiano das equipes; entretanto podem ser influenciadas por elementos que tanto podem colaborar como dificultar a prática da integralidade. Tais elementos configuram-se nos trabalhos em equipe, na formação dos profissionais, e na gestão dos serviços de saúde. Veremos abaixo alguns pontos de entraves para construção das atividades no modelo interdisciplinar.

#### 5.3.4 INTERDISCIPLINARIDADE

É possível notar a dificuldade das equipes em momentos de trabalhos coletivos integrados. Dificuldade atrelada a não-programação planejada dessas atividades coletivas nos cuidados estratégicos para a saúde dos usuários do Sistema e à necessidade de reorganização de rotinas com objetivo de aprimoramento dos processos.

“A reunião, faz só eu primeiro com os agentes comunitários, médicos e nenhum dentista participa, não sei o porquê, (...) por questões de espaço na agenda. Vai diminuir horários de dentista no consultório, vai diminuir vaga na

marcação, daí os usuários reclamam, então acho que é questão até de gestão” (E3).

“[...] não pode ser só na teoria, do tipo bem, nosso modelo de assistência é o PSF; na prática, não funciona bem assim, você deve tá percebendo que não é bem assim. A própria inserção da odonto no PSF é interessante; mas assim, não adianta a odonto estar inserida se ficar só no consultório (...)!” (M3).

“[...] dentistas (...) eles ficam também tão amarrados; digamos assim, não por vontade, eles têm vontade de participar mais; acho que é o profissional que fica mais amarrado; e os médicos naquela pressão de atender, atender, também né e acabam não participando das atividades de educação em saúde de grupos, então ficam só naquela lógica de atender. Está cada um na sua bolha como se diz às vezes o médico, nem vê, não sai do consultório; dentista fica mais, acho que da equipe, é o que fica mais afastado assim né” (E3).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, “a construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras. Algumas vezes, o trabalhador da saúde está tão acostumado ao seu trabalho, à rotina ou ao seu lugar institucional, que não consegue pensar, isoladamente, em alternativas diferentes. O trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provoca novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente. No entanto, é importante que o grupo respeite seu próprio tempo de construção, pois é necessário amadurecer laços e projetos antes de decidir o quê e como fazer. Diferentes visões sobre o mesmo problema ajudam a ampliar a percepção das diversas dimensões implicadas. Trata-se de um exercício de protagonismo, um esforço de co-gestão na direção das mudanças desejadas” (BRASIL, 2006).

Camargo (2003 apud CAMPOS & DOMITTI, 2007) afirma que a crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de

conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença. Contudo, tem predominado uma lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado.

Com a hierarquização nos cuidados, a rede de atenção na ponta do Sistema esbarra em dificuldades que problematizam relações de vínculo dos CS com os usuários:

“Tentar resgatar, porque às vezes a gente perde o contato, quando a gente encaminha o paciente, tipo uma gestante no caso aqui, pro pré-natal de risco, a equipe básica perde o contato, acaba perdendo a vinculação com essa gestante, no sentido de que ela não consulta mais com a gente, ela vai só ao especialista” (E4).

A mudança na composição das equipes tem causado entraves nos desempenhos das atividades integradas na Estratégia de Saúde da Família.

“A saúde bucal contava com odontólogo efetivo que trabalhava nessa unidade há mais de quinze anos, o ano passado ele foi convidado pra fazer parte de outra estrutura da secretaria e ele aceitou o convite; então nós recebemos uma odontóloga que é contratada, também está buscando participar das nossas ações, dar continuidade ao processo; mas confesso que a gente houve uma quebra, uma quebra na questão do trabalho em equipe, na questão da integralidade” (E5).

Na perspectiva de um diálogo com profissionais de saúde ainda formados no hospital tradicional, é fundamental explicitar as diferenças e reconstruir o papel dos profissionais de saúde na Atenção Básica [...] existe uma tendência cultural de acreditar que aos médicos cabe “salvar vidas”. Como o risco de morte imediato está nos hospitais, o trabalho fora dele fica “desvalorizado”. Nesse sentido, o movimento de profissionais de saúde em torno do PSF é positivo, porque possibilita a identificação dos profissionais com a lógica da Atenção Básica e disputa, no imaginário social, um novo papel para os profissionais de saúde (BOTAZZO, 2003).

“A enfermagem, ela pode mais do que faz, eu vejo entendeu, eu acho que a gente até que (...) de forma geral, os enfermeiros até fazem muito, identificam muita coisa, só que eu acho que falta essa coisa (...) juntar os saberes né, unir que é esse o trabalho, porque ainda existe muito ranso de profissão principalmente, entre medicina e a

enfermagem, porque tem muito médico que não aceita o trabalho do enfermeiro e, isso acaba com o trabalho na atenção primária, acaba” (E1)

“[...] ter mais contato com os agentes, porque a odontologia está ficando aquém com os agentes; eles acham que é só com a enfermagem, com a medicina, porque a gente nunca vai, nunca tá lá também, então eles não têm esse olhar pra saúde bucal, é difícil também eles trazerem os problemas, muito difícil, às vezes assim, uma acamada que não pode vir ao posto, mas essa parte preventiva mesmo é zerada, tenho certeza que nenhum agente comunitário fala sobre prevenção” (CD4).

“Muitas vezes a consulta médica é uma consulta normalmente mais enxuta do que a da enfermagem né, pela demanda maior, é porque as pessoas elas ainda não (...) acho que o serviço de enfermagem é pouco conhecido pela população né. É que nem a história do pré-natal, tem pessoas que acham que ainda o pré-natal tem que ser feito pelo ginecologista né e eu já fiz vários pré-natais sozinha, pré-natais de baixo risco por não ter médico na unidade” (E1).

Está evidente nas falas que há carência de iniciativas, de coordenação por parte dos trabalhos em gestão, bem como de outros recursos que deixam espaços para o não cumprimento de atividades em sua forma completa, dificultando assim a eficiência do trabalho das equipes. Caberia ao gestor uma atuação mais aproximada nesses casos no sentido de veicular meios de contornar essas dificuldades.

“[...] até o próprio info, nosso sistema de registro na unidade, ele é um sistema que é bem separatista digamos assim, ele separa o ícone da odonto, ele fica separado do prontuário médico então assim, se eu desconfo de alguma coisa, se eu acho que tem alguma informação que seja de interesse da parte da odonto também, eu tenho que sair do meu prontuário, entrar no prontuário da odonto e tentar procurar ali, ver o que me interessa de informação(...)” (M4).

“[...] deixar de fazer os registros, eu acho que registrar é uma coisa super importante né, porque daí tu vê que teu colega atendeu; daí tu tem oportunidade de saber quem foi, aí tu vês, conversa com ele, troca uma figurinha(...)”(E1).

“[...] cabe uma crítica aqui, que na realidade a estrutura não tá (...), é uma crise de definição de face, de modelo, de gestão, no meu ponto de vista, do gestor que é, porque assim, as nossas visitas domiciliares são totalmente erráticas; é uma disponibilidade errática do carro, ou seja, a gente deveria ter uma programação idealmente semanal de visitas domiciliares, no entanto, não existe essa disponibilidade do carro (...)”.(M3)

A gestão do trabalho e da educação para o trabalho na saúde é uma competência constitucional e legal dos gestores do SUS. Cabe ao Ministério da Saúde, levando em conta os princípios e diretrizes da Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB-RH/SUS), propor, acompanhar e executar as políticas de gestão do trabalho e de regulação profissional, de negociação do trabalho em saúde junto com os segmentos do governo e dos trabalhadores; e o incentivo à estruturação de uma política de gestão do trabalho nas esferas estadual e municipal, envolvendo os setores públicos e privados que compõem o SUS (BRASIL, 2004).

Quantidades insuficientes de pessoal e de estruturas dificultam as ações no campo.

“Infelizmente, pelo menos no nosso serviço, a nossa atividade extramuros tá muito precária, a gente praticamente não teve nenhum avanço com relação a fazer coisas fora daqui, exatamente pela falta de pessoal, problema da estrutura e assim por diante. Então é uma pena” (M3).

Muitos ainda não se encontram comprometidos com os objetivos ideais do novo modelo de atenção o que de certa forma pode estar sobrecarregando alguns profissionais das equipes.

“[...] pode perceber pelo movimento do fluxo, embora a proposta seja promoção e prevenção da saúde, na verdade a gente tem atitudes curativas na maior parte das vezes. Isso é denunciado pelo fato de que há um espaço na agenda para pronto atendimento, quando na verdade nosso serviço deveria ser de promoção e prevenção de demanda

agendada, de demanda orientada para solução de problemas, no entanto, em determinados momentos aparecem problemas que tem que ser resolvidos e que não são necessariamente de emergência; são problemas que se enquadrariam em pronto atendimento. Então, o fluxo das coisas, mesmo que no serviço de pronto atendimento, ele está perturbado. Essa perturbação existe porque há carência de informação das pessoas saberem também o que é realmente o programa, qual é a proposta na verdade como é que trabalha aquele médico, ou aquela enfermeira ou os técnicos, os agentes que são do programa” (M3).

Restrepo (2001 apud GUIMARÃES, 2008) observa uma grande dificuldade dos profissionais da área da saúde em diferenciar os termos Promoção da Saúde e Prevenção de Enfermidades, que, na maioria das vezes, são tratados como se fossem sinônimos. No entanto, a autora aponta a existência de diferenças entre estes dois termos no que diz respeito aos objetivos, às ações, às implantações, ao papel do interventor e às estratégias. Observa que, uma das diferenças está na forma intervenção, pois, enquanto a promoção da saúde enfoca a saúde da população, a prevenção de enfermidades enfoca a doença do indivíduo e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram.

“Então é uma confusão na verdade de definição, a respeito do papel para as pessoas do serviço e às vezes eu acho também as próprias pessoas envolvidas no serviço não tem bem claro qual é o papel delas não. Uma indefinição a respeito do rumo que as coisas tomam e isso é um problema que tem que ser dividido entre todos; entre nós através de uma autocrítica e do gestor que é quem define na verdade o modelo de assistência que tem que ser” (M3).

O avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão. A expansão das equipes de Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS (BRASIL, 2004, III CNSB). Os componentes técnicos da educação na graduação e pós-graduação em saúde geralmente não estão voltados para as necessidades de saúde da população, nem para o emprego ou criação de tecnologias assistenciais inovadoras e o SUS acaba sendo responsável por suprir as deficiências

desses processos de formação por meio de capacitações e outras estratégias de desenvolvimento dos recursos humanos (BRASIL, 2004, III CNSB).

Estruturar mecanismos de acompanhamento e monitoramento, tornando obrigatória a reformulação periódica dos currículos acadêmicos de todos os cursos relacionados à área da saúde, direcionando-os para a melhora da qualidade da atenção básica, com ênfase no modelo de promoção da saúde, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos princípios éticos, na intersetorialidade, na competência e habilidade técnica para atuar na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da humanização da atenção à saúde bucal (BRASIL, 2004 p.28).

Foi possível notar relação de conflito por parte de profissionais quanto à distribuição das responsabilidades em diversos níveis dos processos, o que poderia estar entavando ou dificultando a eficiência dos trabalhos em equipe.

“[...] e também outro problema que é assim; a enfermeira tem um papel de extrema importância, não sei se elas vão preencher também, mas no contexto do PSF, elas tão burocratizadas, porque boa parte delas está no nível central fazendo papel de coordenação e poucas na verdade conseguem se dedicar exclusivamente a questão da enfermagem” (M3).

“O papel da enfermeira é de extrema importância na estruturação do programa saúde da família. Não sei nem se elas reconhecem a importância disso, para se permitirem participar tanto de outras coisas que não é enfermagem propriamente dita. Onde quebra um desses desencadeamentos é não ter enfermeira mais presente, não ter técnico mais presente ou agente coloca em questão o programa” (M3).

“Para isso ser verdade, a enfermeira fazendo menos; não que ela trabalhe menos, mas fazendo menos que a capacidade dela; para aquilo que ela foi formada, ela deixa de oferecer conhecimento de ações de extrema importância que poderia

intervir; quer dizer, a enfermeira tem capacitação pra fazer pré-natal, puericultura, prescrições de complexidades menores, fazer visitação, uma série de coisas”.(M3).

“[...] um elemento de extrema importância, vital na verdade no programa. Mas, se ela fica burocratizada, fazendo papel de coordenadora, ou indo pro nível central, sei lá o que fazer (...), se perde essa qualificação, e a outra razão na verdade, é que não se consegue, justamente por causa dessa indefinição do modelo, impedir que haja o pronto atendimento, muito embora não seja, uma exclusividade da enfermeira fazer triagem nos pacientes de pronto atendimento, mas o conhecimento que ela tem permite qualificar o tipo de pronto atendimento que se vai fazer, porque as orientações, ela tem condições de orientar; por exemplo, há coisas, por exemplo, uma diarreia aguda. Quer dizer, se vê que a pessoa não está desidratada, que é um quadro agudo, que não tem nenhum agravante, através da orientação de reidratação oral e outras coisas, é suficiente essa abordagem. Então, entende, massifica o atendimento porque não se tem uma espécie de filtro, vai passar todo mundo, alguém que não passe vai pro PA, do PA se não consegue vai para o hospital, para o pronto atendimento do hospital e assim por diante “. (M3).

Na Atenção Básica a iatrogenia cultural, dependência dos usuários dos serviços médicos (ILLICH, 1975) torna-se não só evidente como também um problema relevante na dinâmica do serviço, na medida em que produz uma demanda que os profissionais costumam chamar de "desnecessária". Uma comunidade que entende pouco sobre as doenças crônicas que a afetam pode procurar mais vezes o serviço do que seria necessário se compreendesse o que se passa consigo. Uma população que não sabe distinguir uma gripe simples de uma gripe grave compromete um serviço de Atenção Básica com o excesso de demanda. A produção de dependência, ou a não produção de autonomia, é um desastre na

Atenção Básica, sendo que tem impactos diluídos dentro do hospital (CUNHA, 2004, p.47).

Para Fourez (1995 apud SCHERER, 2006), uma determinada concepção de saúde poderia levar a mudanças no trabalho em equipe, tirando, por exemplo, a centralidade do trabalho médico.

Uma mudança de paradigma poderia provocar mudanças na estrutura social da equipe, fazendo com que a equipe fosse mais integrada, e tudo isso teria conseqüências sociais, influenciaria na escolha de prioridades e na maneira de agir. A ciência é um saber ligado a grupos sociais determinados, cada qual com seus próprios paradigmas, que vão influenciar na evolução das disciplinas e na conformação das práticas dos trabalhadores na área da saúde (FOUREZ, 1995).

“[...] se a enfermeira melhora o papel dela, isso reduz um pouco a idéia de que todo atendimento tem que estar centrado na figura do médico; ou seja, quanto mais se distribui os saberes, a tecnologia, melhor vai ser pra quebrar um pouco essa idéia de que o médico é quem decide, que a busca da demanda pelo serviço é sempre em função do médico” (M3).

Para Cunha (2004) na Atenção Básica, a capacidade crítica dos profissionais em relação aos possíveis danos de suas ações e terapêuticas é uma necessidade e deve se desdobrar na utilização e criação de novas tecnologias de intervenção.

Nascimento (2007) relata que “o pressuposto essencial à prática da interdisciplinaridade encontra-se na dependência da abertura para o conhecimento do próximo e abertura para ofertar o conhecimento ao próximo”.

“Quer dizer, vai ter que chegar o dia em que alguém se proponha a buscar o serviço porque a enfermeira pode fazer algo por ele, não simplesmente porque tem que passar pelo médico; ou seja, no fundo são elas mesmas que tem que procurar se qualificar em termos de inserção no programa, não em termos de capacidade, são capazes, mas sofrem uma crise de identidade. É um problemão” (M3).

Para Franco et al (1997 apud CAMPOS, 2003), “a superespecialização, o trabalho fracionado, faz com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores em saúde sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado pontualmente.

Entretanto o SUS prevê que as unidades de saúde devam garantir gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros) (BRASIL, 2006).

“[...] a maioria das pessoas se capacita exatamente fazendo curso de especialização em saúde da família. Eu não sei, na verdade eu conheço pessoas que fizeram o curso e eu não vejo que tiveram grandes modificações em termos de discussão de práticas” (M3).

Para Paim (2002 apud SCHERER, 2006), o estabelecimento de estratégias para a integração multidisciplinar e multiprofissional deve acontecer a partir de uma revisão crítica do conhecimento, do processo de formação e da prática profissional em saúde; que passaria pela reorganização do ensino das profissões, pelo desenvolvimento de novos modelos assistenciais e pela instauração de uma nova ética entre profissionais e a sociedade. A integração multidisciplinar e multiprofissional seria condicionada por mudanças no plano institucional da formação, que rompesse com a organização acadêmica compartimentalizada em departamentos e disciplinas para abordagens totalizantes.

“[...] do administrativo até o médico, a pessoa termina a residência, aliás, nem termina a residência, forma e é o primeiro emprego, tem aquelas noções de saúde pública, etc. Acaba indo, por menos que a gente queira, servindo como um subemprego, não no sentido de que pague menos, que não possa atender bem, etc, mas da mesma forma que é preciso haver formação para ser anestesista e qualquer outra especialidade tem que ter para ser médico de atenção primária, não da para subestimar, achar assim que um cara que faz atenção primária ou uma enfermeira que escolhe saúde pública, por exemplo, são subcategorias dentro da medicina e da enfermagem. Mas aí, também compete ao gestor, qualificar melhor essas pessoas, sensibilizar para que tipo de trabalho elas vão fazer, o que é esperado, o comprometimento que tem que ter”. (M3).

Segundo Iribarry (2003), é necessário mais do que uma equipe coordenada, colaborativa e com finalidade compartilhada para que aconteça a interdisciplinaridade. É preciso que haja um compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado. É preciso também que cada membro da equipe esteja o mais familiarizado possível com a diversidade de disciplinas e que freqüente continuamente as disciplinas de seus colegas.

“[...] tem a educação formal, que é a promovida por capacitações pela secretaria e aquela, que seria a mais importante que é a intramuros; ou seja, o próprio serviço se organizar para estudar artigos, para fazer estudos de casos e se auto-capacitar, mas o que a gente observa é um desequilíbrio nisso, quem, até por ter mais condição, se qualifica, se capacita mais geralmente, é o pessoal de nível superior, aí principalmente, médico e dentista, ou seja, tem mais acesso a informação, mais acesso a curso, congresso, literatura e assim por diante”(M3).

A capacitação dos profissionais que compõem a estratégia de saúde da família já era identificada como o aspecto mais vulnerável da organização do trabalho em equipe; tanto por dificuldades do aparelho formador em adequar-se às mudanças assistenciais pretendidas, quanto pela insuficiência dos pólos estaduais em atender todas às demandas para a educação continuada dos diversos profissionais, bem como pela incipiente organização de uma estrutura de supervisão, que respalde o fortalecimento da nova divisão de trabalho e a efetivação do processo interativo dos diversos agentes em torno dos cuidados e da promoção da saúde (BRASIL, 2002, p. 169).

Pode ser notório o expressivo discurso acerca das necessidades de aprimoramento profissional, quanto às práticas em saúde para o modelo vigente de promoção de saúde, conquanto possa ser justificado por um dos filtros para esta pesquisa em que inclui apenas profissionais capacitados em cursos da saúde coletiva.

“[...] dificilmente a gente tem um agente comunitário bem qualificado para pesar dando as devidas orientações de saúde ou enfim, chamando esse paciente, mesmo que seja só chamando para unidade ou conseguindo identificar o paciente de

maior risco ou de maior necessidade para uma consulta; então acaba isso ficando em cima do enfermeiro mesmo, na enfermeira né, que acaba fazendo esse papel de acolher e de chamar o paciente; e mesmo o acolhimento assim de urgência acaba não acontecendo da forma como deveria acontecer”(M4).

“Eu nem acho, que a gente deva esperar a secretaria promover isso; na verdade, eu defendo que isso deveria acontecer internamente, mas é aquela velha história, o técnico tá subordinado em princípio seria a enfermeira, se a enfermeira é ausente enquanto enfermeira, mas é quem pode estar fazendo essas coisas, já se cria um hiato de um problema”(M3).

“Na verdade, deveria haver uma conscientização de todas as categorias, do agente, até o médico para que; primeiro entender que o resultado do trabalho tem que ser coletivo, não adianta só o médico estar bem capacitado, a enfermeira e passa para o técnico tem problemas, passa para o agente tem problemas; porque o resultado, o mérito, tem que ser coletivo”(M3).

Vimos que um dos importantes fatores para o bom desempenho do trabalho em equipe na ESF está na capacitação de todos os seus integrantes, e não apenas parte deles, o que configuraria em risco para a fragmentação no processo de trabalho.

Para Nascimento (2007) “o grande desafio para os gestores municipais do SUS, no que diz respeito aos recursos humanos para os sistemas locais de saúde, está na constatação de que grande parte dos profissionais de saúde necessários ao SUS, ou às estratégias específicas como a ESF, não são os que saem das universidades, residências ou especializações”.

Mas, para isto ocorrer, faz-se necessário entender que muito se apraz a realização de reuniões em grupos de trabalhos internos no CS para momentos de realinhamento dos objetivos das equipes, bem como para troca de informações e experiências.

“Eu queria acrescentar uma sugestão que eu acho que iria favorecer bastante a interdisciplinaridade na unidade; que seria um espaço de discussão, que a gente pudesse conversar entre todos os

profissionais, mais principalmente eu acho, que entre o médico, o enfermeiro e o dentista a respeito desses casos que envolvem realmente as três áreas” (M4).

“Eu digo que principalmente as três áreas, mas é claro que existe o envolvimento de outras, mas assim, da equipe básica, o dentista, o ACD, o enfermeiro e o médico, porque isso acaba não acontecendo, a gente não tem nenhum espaço na rotina da unidade em que a gente possa fazer essa discussão de casos clínicos” (M4).

O fato de a equipe não ter um momento de integração impossibilita, ou, no mínimo, dificulta o trabalho em equipe e consequentemente a efetividade de suas ações.

“Então assim, a capacitação deveria ser também coletiva, através, como eu disse, dos grupos para estudo de caso, abordar um determinado problema comunitário etc. Só que infelizmente, pela questão de organização do serviço, falta de pessoal, por essa indefinição, fazemos promoção? Ou fazemos abordagem curativa? Ou tentamos fazer um “link” entre esses dois; que não dá certo quase em lugar nenhum, o que acontece então, há um desfacelamento dessas propostas e no fim para maioria das pessoas não é mais que um emprego; quando na verdade, deveria ser um trabalho, onde a pessoa se encontrasse e achasse sentido naquilo que faz, e não simplesmente ir lá fazer o procedimento, deu cinco horas, se descompromete daquilo, ou seja, em casa não pensa em estudar alguma coisa, assim, sem criar alguma coisa” (M3).

Em consonância com as sugestões acima, as propostas da Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004) e da Conferência Estadual de Saúde Bucal do Estado de São Paulo (2004) podem ser exemplificadas para diminuição de algumas dessas dificuldades:

“Adequar a qualidade dos cursos de graduação existentes tendo em vista que o modelo formador do País está dissociado da realidade brasileira, não se comprometendo com as necessidades da população, integrando a docência, serviços de saúde e pesquisa na perspectiva de realizar a transformação de prática de saúde alienada para

uma prática consciente e humanizada, visando à melhoria e à capacitação dos serviços, a adequação da formação de recursos humanos em saúde bucal e a produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população” (BRASIL, 2004 p.60).

Integrar docência, serviço e pesquisa na perspectiva de realizar a transformação da prática alienada para uma prática consciente, visando à melhoria e à capacitação dos serviços, à adequação da formação de recursos humanos em saúde bucal e à produção de conhecimento em consonância com as realidades e necessidades da população (BRASIL, 2004).

Inserir nos processos de formação e capacitação de profissionais de saúde conteúdos de modo a que possam perceber e identificar sinais e sintomas envolvendo estruturas bucais, típicas de alterações como doença celíaca, doenças neuro-evolutivas, autismo, HIV, dentre outras, e encaminhar para adequado tratamento (CESBSP, 2004).

“Reforçar junto à população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde, a cultura da intersetorialidade, que deve se manifestar nos cotidianos e prática desses setores, nas ações técnicas e nas rotinas de trabalho, valorizando a humanização e a qualidade resolutiva no atendimento ao usuário. Para tanto devem ocorrer mudanças no setor educacional, nos diversos níveis de ensino e da formação profissional, que resultem no desenvolvimento de informações adequadas, na melhoria da capacidade gerencial, da ação política da sociedade e dos técnicos das diversas instituições, e introduzindo no sistema de educação permanente dos gestores, técnicos e demais operadores dos serviços de saúde, à ênfase na intersetorialidade e na interdisciplinaridade para a difusão dos princípios da ação colaborativa e solidária” (BRASIL, 2004 p.25).

É possível observar, então, limitações dos trabalhos em equipe voltados à integralidade das atenções na inferência das falas dos entrevistados. A mesma questão ainda fora abordada pelo Ministério da Saúde em 2006:

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar dos avanços

acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas, destacando-se entre outros: Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (BRASIL, 2006 p.4).

Entretanto entendemos que nada disso poderá ser viabilizado caso o Sistema não possa contar com profissionais devidamente capacitados para esse virtuoso compromisso.

“O pior sintoma da alienação no trabalho é justamente isso, quando a pessoa abre mão, ou perde a capacidade de qualquer propósito criativo. Vir e cumprir o seu trabalho é mecânico demais; as pessoas que trabalham em saúde pública precisam ter uma margem de criatividade preservada, porque senão, não se diferencia de outra forma de trabalho, porque se tu não cria no teu trabalho, perde o sentido, não evolui, não acontece simplesmente, só fica reproduzindo determinadas coisas que já estão massificadas. É um problema” (M3).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa foi possível perceber o potencial que a Odontologia exerce ante aos desafios da integralidade da atenção no contexto da Estratégia Saúde da Família. Destacou-se o potencial dos participantes da pesquisa em reportar informações qualificadas e exprimir, explícita ou implicitamente, suas “verdades” enquanto protagonistas de suas experiências analisadas.

Através da análise dos discursos de cirurgiões(ãs)-dentistas, médicos(as) e enfermeiros(as), identificou-se a presença de um modelo de atenção responsável pelo cuidado integral da saúde dos usuários do SUS, entretanto com algumas limitações.

O material textual analisado gerou categorias próprias que não permitem ajuizar inferência para todo o sistema de saúde nos demais municípios brasileiros.

Entender as práticas de integralidade em seu aspecto interdisciplinar na abordagem da saúde bucal dos usuários do sistema nos permitiu concluir que nos discursos dos entrevistados, destacou-se que o cuidado integral da saúde encontra-se dependente dos cuidados com a saúde bucal. Contudo, não nos pareceu que isso esteja ocorrendo em sua forma plena .

Independente da categoria profissional percebemos a presença da vertente da integralidade voltada aos cuidados da saúde com o foco nos determinantes sociais no processo saúde-doença; além disso, é possível destacar o significativo potencial que a Odontologia desempenha nos trabalhos em saúde pública quanto às questões “tratáveis em seu” núcleo de competência”, porém sem perder sua capacidade nas questões que envolvem o seu “campo de competência” para a manutenção da saúde geral dos usuários do Sistema.

Foi possível inferir também sobre a influência que os cursos de pós-graduação exercem nas atividades laborais dos CS, onde o “olhar ampliado” dos profissionais das equipes sobre os processos de saúde-doença repercute nas diversas formas de cuidado aos usuários do Sistema.

Contudo, colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam (BRASIL, 2004).

A partir desta pesquisa, foi possível perceber com que ênfase os cuidados da saúde bucal dentro dos princípios da integralidade são

enfrentados pelas equipes de saúde em respostas à saúde integral dos usuários.

Através dos discursos dos entrevistados, pode-se notar envolvimento das atitudes das equipes nos cuidados e no acolhimento dos pacientes quanto aos propósitos da saúde bucal para a promoção da saúde. Dentro de cada um de seus núcleos específicos de atuação, os profissionais “abrem espaço” para alcançar as necessidades dos usuários do Sistema em seu sentido mais amplo.

Porém, foi possível identificar que nesse “leque de cuidados” ofertados apenas uma parcela de usuários pode ter acesso à satisfação de suas necessidades de maneira abrangente e resolutiva na manutenção e reabilitação de sua saúde bucal. Nota-se, então, a necessidade da ampliação das vias de acesso devido à carência de oferta nesses cuidados.

Acreditamos que muitos passos já foram dados, principalmente a partir da descentralização da gestão do Sistema; porém é notório que mais alguns outros possam ser dados ao encontro das necessidades dos usuários: como o aumento do número de profissionais nos CS, bem como o da política de atitude tomada a partir da “gestão integral” endereçada pela abrangência local das diversas modalidades assistenciais (reabilitadora e/ou curativa) que a odontologia moderna permite.

Denotou-se enfaticamente a necessidade do cuidado prático efetivo dos usuários em suas carências em saúde nas diversas formas de apresentação, inclusive as bucais, e em suas diferenciadas formas de atenção no biológico através de outras “portas de entrada” no acolhimento do usuário. Por exemplo, houve acentuado compromisso dos profissionais quanto às suas percepções das necessidades dos cuidados bucais dos pacientes quando expuseram as relações entre infecções bucais com o diabetes. Apesar de a literatura científica ter outras evidências de relações entre doenças bucais e sistêmicas, outra modalidade de correlação não foi notificada entre as infecções bucais e outros distúrbios sistêmicos. No entanto, foi possível perceber que esse fato não resultou por si em menor forma de cuidar das necessidades bucais dos pacientes com o intuito de promover a saúde geral dos usuários.

Os participantes de uma maneira geral destacaram em suas narrativas a necessidade da presença do cirurgião-dentista na abordagem dos casos os quais não teriam alguma condição de interferirem resolutivamente agindo de uma maneira isolada. Pode-se desta forma evidenciar a importância do potencial resolutivo que o cirurgião-dentista

desempenha em suas ações intencionadas pelas equipes, o que lhe confere dentro desse trabalho um importante elemento de viabilização de tarefas em saúde voltadas à saúde integral de seus usuários.

Do mesmo modo, foi possível observar que independentemente da categoria profissional, sua forma de atuação/atenção aos cuidados de saúde esteve sempre atenta aos aspectos da integralidade na sua vertente em que os determinantes sociais seriam os grandes protagonistas no processo do adoecimento. Esse fato vem justificar a enorme e importante parcela de contribuição que a saúde bucal, representada pela “postura nova” de atuação dos profissionais, nos “novos tempos”, na Estratégia de Saúde da Família. Contudo, o que ainda pode se caracterizar preocupante é em razão do Sistema não se encontrar preparado para dar conta à abrangência nos cuidados em saúde bucal nos CS; provavelmente porque ainda ocorram barreiras em sua autonomia para atuar resolutivamente na grande maioria dos casos, quer por limitações em seu quadro de pessoal, quer por limitações estruturais em seus processos e/ou gestões públicas de perfil tímido ao incremento de financiamentos para ações na ponta do Sistema.

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas, durante muitos anos deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Merhy e Franco (2003) também evidenciam que é no espaço da micropolítica do processo de trabalho, lugar de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir cotidiano, que se pode operar a integralidade. Nesse sentido, entende-se que o espaço de construção de práticas de integralidade em saúde é o trabalho da equipe de saúde da família.

Percebe-se que o desempenho do cirurgião-dentista na ESF proporciona um importante meio estratégico para viabilização dos diálogos em direção da integralidade da atenção entre os integrantes das macro-especialidades atuantes na ESF; uma vez que há eficiência desse profissional atuando no modelo proposto, quer nas relações interpessoais, nas trocas de experiências e informações; quer no cumprimento e comprometimento de ações voltadas à integralidade acolhedora no conjunto de seus sentidos.

Os trabalhos das equipes voltados aos cuidados dos usuários com a saúde bucal para saúde geral e vice-versa demonstraram um elevado potencial em sua eficácia no trabalho dos CS, uma vez que foi notória a interdependência das atividades entre cirurgiões-dentistas e os demais membros das equipes em suas atuações unidas pela integralidade. Como exemplo disso, podemos citar: ações dos programas de cuidados com as

gestantes; ações no programa antitabagismo/alcoolismo; programas em educação em saúde; programa das doenças sexualmente transmissíveis; programa de planejamento familiar; programas de cuidados com os diabéticos/hipertensos, além das práticas de aconselhamento quanto a dietas e comportamentos de vida saudável, etc.

Não obstante, em citação do estudo “O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família” (GONÇALVES e RAMOS, 2009), os autores concluíram que, dentre outros, os principais limites nos processos de trabalho na ESF, estão: a falta de profissionais; a falta de apoio da coordenação local das unidades de saúde; a falta de planejamento local e de parâmetros para definir as estratégias de atuação; a dificuldade de inserção nas equipes multiprofissionais; a demanda clínica reprimida; a falta de um serviço de referência de fácil acesso e que supra a demanda; a falta de cursos clínicos de capacitação específicos para Odontologia; e a grande desconfiança por parte da comunidade e dos outros integrantes da equipe de saúde quanto ao exercício de atividades nada convencionais ao cirurgião-dentista, como: visitas domiciliares, reuniões de equipe, participação em atividades de grupo.

As limitações apontadas no trabalho das equipes nos CS , estão significativamente conflituosas com o propósito da integralidade; respondem contrariamente às atividades em sua forma mais plena, ou seja, dentro da Estratégia da Saúde da Família. Podemos identificá-las e destacá-las em uma das grandes categorias levantadas no estudo a qual denominamos “entraves no cuidado integral”.

Oportunamente, gostaria de chamar atenção para outro problema o qual poderia definir como ponto “nevrálgico” para as práticas de trabalho na integralidade. O fato de alguns poucos profissionais ainda não terem habilidades ou capacidades intelectivas referentes aos propósitos holísticos de cuidados que o Sistema propõe e disponibiliza, uma vez que têm em suas concepções a pouca noção quanto aos seus deveres globais para com o Sistema e de compromisso com o usuário; fixam sua atenção apenas naquelas atreladas ao seu núcleo de formação. Caberia uma participação aproximada, orientadora e coordenadora por parte dos gestores do Sistema buscando assim alertá-los quanto à necessidade de maior engajamento em suas competências no “campo de suas atuações”. Mas, para que isso possa ocorrer, percebemos que se faz necessária a participação contínua e presente por parte da direção dos trabalhos nos CS, no sentido de incentivar e viabilizar momentos de reuniões, bem como disponibilizar na agenda horários e dispositivos para grupos de trabalhos, ações programáticas coletivas com todos da

equipe; capacitações abordando aspectos diversos. Entendemos também que atividades de monitoramento e avaliação dos processos de ações em saúde são fundamentais para o acompanhamento da situação local de saúde e avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde.

As equipes da ESF têm garantido um período de 2 horas semanais para reunião de organização, planejamento de ações e/ou para discussão de casos e educação permanente (Portaria283/FL/2007), mesmo assim, o estudo demonstrou que esta inexistente com regularidade necessária para a reorganização, reorientação e alinhamento das atividades na rotina dos CS.

Entretanto, pode ser observado que, pela maioria dos integrantes das equipes estudadas, a formação em nível de pós-graduação voltada para a saúde pública e ou coletiva proporciona um mesmo modo de pensar fazendo com que a equipe tenha imagem objetivo do trabalho em saúde.

A necessidade abordada abaixo por um dos cirurgiões-dentistas entrevistados sinaliza que estamos no caminho certo para a consolidação definitiva da inclusão da categoria profissional (cirurgião-dentista) em todos os setores da Saúde Pública; no entanto dependerá principalmente de sua própria abertura para o conhecimento de que:

“Trabalhar numa equipe de saúde da família requer um aprendizado novo para os profissionais da odontologia. Coisas que nós não tivemos nos bancos escolares das universidades; com respeito à humanização, com respeito à psicologia, com respeito a temas como gestão em saúde, como o dinheiro da saúde chega até o local, o fim, a parte fim que é o paciente, como são empregados esses recursos, então eu acho, tenho plena certeza de que se todos profissionais da odontologia, fizesse esse curso da saúde da família acho que nós teríamos assim uma capacitação, teriam profissionais mais prontos para atuar nas equipes saúde da família, porque da muita abertura pro profissional. [...]. Isso aí é a grande diferença, eu acho que o profissional que faz a estratégia saúde da família como pós-graduação, ele fica mais cordato com as coisas da saúde e tá sempre a disposição, ele não puxa a corda contra, ele está a favor da saúde” (CD2).

A busca de eficácia no trabalho em saúde resulta num esforço enorme do profissional em encontrar alternativas para cuidar de

problemas do usuário. Em muitos casos, mesmo que a solução de um problema apresentado não esteja sob a sua responsabilidade profissional, definida pelas regras da corporação, o profissional tenta resolver, porque entende que aqueles problemas, se não enfrentados, inviabilizariam a resolução daquele que seria considerado o problema a resolver por ele (SCHERER, 2006).

Recursos com o objetivo de estimular pensamento crítico, a consciência dos indivíduos, são necessários dentro do contexto das práticas em saúde, ampliando chances de elevar autonomia; pois é difícil acreditar na força da integralidade das ações se não for oferecida oportunidade ao indivíduo o exercício de reflexão crítica a fim de que o mesmo tome uma direção opcional aos seus cuidados.

Então, no sentido da superação da dissociação entre a prática da integralidade e a integralidade prática, faz-se necessária a compreensão de que essas duas vertentes da integralidade processam simultaneamente; e são inseparáveis nas práticas da promoção de saúde, tanto nas relações inter-profissionais quanto nos processos de trabalho das equipes. A integralidade não pode restringir-se à determinada vertente de atuação, deve estar comprometida com o cuidado integral da saúde de seus usuários, inclusive daqueles que não percebam sua autonomia para receber e entender o que lhes é de direito.

Concluimos que, no novo modelo de atenção para a saúde dos usuários proposto pelo SUS, não há lugar para a separação e/ou hierarquização de ambas as vertentes da integralidade que emergem neste estudo: vertente da promoção de saúde = prática da integralidade; e vertente assistencial integral = integralidade da prática. A maneira como entendemos o modelo presente de atenção permite ações de forma igualitária em ambas as vertentes de cuidados atendendo as amplas expectativas e necessidades de seus usuários em suas formas de acolhimento e cuidado integral.

## 7 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

É importante salientar que os obstáculos que influenciam na qualidade dos serviços prestados pelo SUS podem estar centrados nos conflitos de poderes nos diversos eixos do segmento responsável pelos cuidados da saúde da população e não tão somente nos conflitos gerados nos espaços internos de produção de saúde, conforme foram apontados na análise deste trabalho. No entanto, entendemos que a capacidade dos usuários do Sistema careça de ampliação no sentido de estarem comprometidos com sua saúde e em condições de percepções claras sobre os processos de saúde-doença cujos determinantes sociais estejam relacionados, evitando-se assim sua alienação aos veículos do controle social.

Entretanto, faz-se necessária a participação de todos envolvidos nos processos de cuidados de saúde dos usuários, principalmente dos profissionais que integram as redes de atenção, o comprometimento para o bem estar dos usuários. Entendemos que, para isso tornar-se realidade, os gestores dessa rede necessitam estar engajados no sentido de disponibilizar recursos estruturais e humanos para que possam ser percebidos por seus usuários o sentimento de compromisso e de responsabilidade nas atitudes daqueles profissionais que integram a saúde em seus lugares mais “pulsantes”, os CS e hospitais da rede pública.

Como sugestão, a fim de fomentar trabalhos futuros, que sejam abordados assuntos como a percepção do segmento gestor de saúde quanto à sua eficácia nos trabalhos instrumentados no modelo da integralidade e interdisciplinaridade que resultaram em melhor qualidade de vida dos usuários do Sistema.

Estudos, que tratam de levantamentos epidemiológicos das necessidades de saúde bucal dos usuários, também precisam estar sendo fomentados em consonância aos interesses nos tempos modernos.

Também estudos sobre relações causais entre doenças, pouco exploradas pela literatura, com o propósito de reorientar e respaldar cientificamente os trabalhos no campo da educação em saúde, no sentido do aprimoramento das ações no campo da promoção de saúde, necessitam de maiores incentivos por parte da estrutura organizacional educacional, porque assim acreditamos poder servir de instrumento de integração no caminho da interdisciplinaridade e da integralidade.

Trabalhos que tratem das questões da interdisciplinaridade, cuja temática estejam fundamentadas na promoção da saúde, requerem da

academia maior esforço no estudo de pesquisas que viabilizem integração das disciplinas, que compõem e operam o Sistema possibilitando assim uma efetiva qualidade no cuidado integral dos usuários.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, SP: Fundação UNI Botucatu/ UNESP, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, N. F. **Medicina Complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume: FAPESP. 2000.

BATISTA, Sylvia Helena S. A interdisciplinaridade no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n.1, p. 39-46, 2006.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Notas de campo. In: BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação** - uma introdução à teorias e aos métodos. Porto Editora, p. 150-175, 1994.

BOTAZZO, Carlos. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: PEREIRA, Antônio Carlos. **Odontologia em saúde coletiva**. Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde** – Pró-Saúde. Objetivos: Implementação e desenvolvimento potencial. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF. 2007.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família**. Brasília, DF. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n.17. Saúde Bucal**. Brasília, DF. 2006, p. 92.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica – DAB**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>>. Acesso em 14 de jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2. ed. Brasília, DF. 2006, p. 44: il. Color.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. p. 126.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 2006, p. 60. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica\\_nacional\\_%20saude\\_nv.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf)>. Acesso em 10 out. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. GM/MS 648, 28 de março de 2006**. Disponível em: [http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/copasems/portaria\\_648.doc](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc)>. Acesso em 20 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**. Ano I – n. 1. Agosto de 2006. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel\\_%20indicadores\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf)>. Acesso em 15 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, DF.1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília, DF. 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/**Saúde da Família**, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atençãobasica.php>>. Acesso em 20 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444/GM.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 28 de dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal.** Municípios com Equipes de Saúde Bucal. Brasília, DF. 2007. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/cidades\\_atendidas.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/cidades_atendidas.php)>. Acesso em 21 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (SB-Brasil, 2003). Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Ministério da Saúde.** Brasília, DF. 2004. Disponível em: <[www.whocollab.od.mah.se/amro/brazil/data/projeto\\_sb2004.pdf](http://www.whocollab.od.mah.se/amro/brazil/data/projeto_sb2004.pdf)>. Acesso em 18 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**. PNAD. 1998. Brasília, DF. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em 10 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: **Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social**. Brasília, DF. 2005. 148p. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_bucal.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf). Acesso em 20 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, DF. 2006. 72 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>. Acesso em 05 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional De Saúde Bucal**. Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social. Brasília, DF. Março de 2004. Disponível em: [www.saude.sc.gov.br/.../ConferenciaSaudeBucal/Documento\\_Base.doc](http://www.saude.sc.gov.br/.../ConferenciaSaudeBucal/Documento_Base.doc) Acesso em 16 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/publicacoes/avaliacao-implementacao.pdf>. Acesso em 07 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília, DF. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em 14 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília, DF. 2002. 280p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto **SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003**. Brasília, DF. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha Humaniza SUS**. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, ed. 3. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 91/07**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/pactuacao/arquivos/Portaria%2091.pdf>>. Acesso em 16 fev. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 673, De 3 De Junho De 2003**. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-673.htm>>. Acesso em 15 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e institucionaliza a descentralização e as relações entre união, Estados e Municípios, com relação à política de saúde. 1990.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Atenção Básica. Divisão de Políticas de Saúde bucal. **Relatório: registro de ações coletivas de saúde bucal no SIA E SIAB**. Disponível em: <  
[www.saude.sc.gov.br/%20Ações%20Coletivas%20em%20Saúde%2...SIAB](http://www.saude.sc.gov.br/%20Ações%20Coletivas%20em%20Saúde%2...SIAB)>. Acesso em 16 fev. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**. Ano 17, n. 91, ed. jul-ago, 2009.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 871, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde.  
 In: \_\_\_\_\_ et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, p. 53-92, 2006.

\_\_\_\_\_, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec. p. 185, 2003.

\_\_\_\_\_, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, ed. 23, v.2, p. 399-407, fev. 2007.

\_\_\_\_\_, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família **Artigo Ciências Saúde Coletiva**, vol.8, n. 2. Rio de Janeiro 2003. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, ed. 5, v.2, p. 219-230, 2000.

CARCERERI, D. L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competência na área de Odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina**. 2005. 218 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CARVALHO, D. Q. e col. A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. **Revista da Escola de Saúde Pública do R.S.** v. 18, n. 1, jan./jun. p. 175-184, 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clinica ampliada na atenção básica. 2004. 201f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: 2004.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. 2000. 207f. Tese (Doutorado em Educação e Ciência). Florianópolis: CED, UFSC, 2000.

DEDIVITIS, R. A. e col. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. v. 70, n.1, São Paulo, Jan./Fev. 2004.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

FERREIRA, A. A. A.; ALVES, M. S. C. F. **Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança, Natal, RN**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social). Natal, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2002.

FERREIRA, A. A. A. ET AL, 2006. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, ed. 11, v. 1, p. 211-218, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29466.pdf>>. Acesso em 17 dez. 2008.

FERREIRA, A. S. Competências gerencias para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, Rio de Janeiro 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100007&script=sci_arttext)>. Acesso em 10 abr. 2009.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização a distância. **Revista brasileira Educacional Medica**, v.32, n..3 , Rio de Janeiro July/Sept. 2008.

FLORIANÓPOLIS. SMS. **Portaria/SS/GAB/ N° 283/2007**. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/portaria\\_283\\_esf\\_municipal\\_final.doc](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/portarias/2007/portaria_283_esf_municipal_final.doc)>. Acesso em 20 fev. 2009.

FRANCO, T. B., BUENO W. S., MERHY E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

FRANCO T. B. ; Bueno W. S. & Merhy E. E.. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim**, MG. (Mimeo). 1997.

FREIRE, P. Educação e mudança. ed. 24, Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. ed. 17, Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1987.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. ed. 29, Rio de Janeiro (RJ): **Paz e Terra**, 1999.

GIOVANELLA L et al. 2000. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção**. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro. Mimeo. 2000.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. *Mar./ago.* 2005, v. 9, n. 17, p. 287-301. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000200006&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&Ing=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 fev. 2009.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS, F. R. S. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: Potenciais e Limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo171.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2010.

GUIMARÃES, C. C. P. A. ; VELARDI, Marília . Da Educação Sanitária à Educação em Saúde: O Caminho Para a Escola Promotora de Saúde. In: **VI Encontro Internacional do Fórum Paulo Freire**, 2008, São Paulo. Anais do VI Encontro Internacional Fórum Paulo Freire, 2008.

GUIMARÃES, C. C. P. A.; VELARDI, M.:. **Da Educação Sanitária à Educação em Saúde: O Caminho Para a Escola Promotora de Saúde** . Universidade São Judas Tadeu. 2008. Disponível em: <[http://www.paulofreire.org/twiki/pub/FPF2008/TrabalhoClaudiaPacífico/Guimaraes Claudia Cristina Pacífico Assis.doc](http://www.paulofreire.org/twiki/pub/FPF2008/TrabalhoClaudiaPacífico/Guimaraes%20Claudia%20Cristina%20Pacífico%20Assis.doc)>. Acesso em 20 abr. 2009.

LALONDE, M. A. **New Perspective on the health of Canadians.**

PAHO, 1994. Disponível em:

<<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/perspective/perspective.html>>

. Acesso em 27 jun. 2009.

LISBÔA , I. C.; ABEGG, C. I. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil .[Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(4) : 29 - 39]. Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3artigo\\_habitos\\_higiene\\_bucal\\_servicos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3artigo_habitos_higiene_bucal_servicos.pdf). Acesso em 23 out. 2008.

LUCK, H. **Pedagogia interdisciplinar.** Fundamentos teórico-metodológicos. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

MACIEL, S. M. **Saúde bucal infantil: a participação da mãe.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo; 1994.

MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. In: Angelin DA (org). **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas.** São Paulo: ed. Santos; 2006. P. 43-73.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 39-64, 2001.

MELLO A. L. S. F.; ERDMANN A. L.; CAETANO J. C. **Saúde Bucal do Idoso: Por uma Política Inclusiva** .Tese (Doutorado em Enfermagem. Florianópolis, 2008, p. 696-704.<Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/10.pdf>>. Acesso em 19 fev. 2010.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica.** Belo Horizonte PUC-MG, FINEP, 1985.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público.** (E. E. Merhy & R. Onocko, Org.), São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil.** (Mimeo), 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, p.116-60, 1994.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** ed. 7. São Paulo: Hucitec, p. 269, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** ed. 24. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 80, 1993.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Ed. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev. Brasileira Odontologia em Saúde Coletiva.** v.1, n.1, 2000.p. 7-17.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** ed. 2, São Paulo: Santos, 2002, p. 120.

NARVAI, P. C; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: Lebrão, ML; Duarte, YAO (Org). **O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: OPAS/MS, 2003, p. 121-40.

NARVAI, P. C. **Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica?** Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro – CIORJ 2005, em 15 jul. 2005.

NASCIMENTO, A. C. **Saúde bucal na estratégia da saúde da família:mudança de prática a principal razão para estes não procurarem o serviço odontológico é a não percepção de sua necessidade ou diversionismo semântico?** Dissertação. PUC. Paraná, 2007. Disponível em:  
[http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=885](http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=885). Acesso em 14 fev. 2009.

OLIVEIRA, E. R. Representações sociais sobre doenças: os mitos da ciência e os cientistas da magia. In: C Botazzo, SFT Freitas, organizadores. **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas.** São Paulo: Unesp; 1998. p. 43-85.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Discussão sobre o marco conceitual e referencial da atenção básica e saúde da família no Brasil**. Brasília, 2003. 12 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/Sala5309.pdf>>. Acesso em 20 de fev. 2009.

**PAIM, J. S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional?** Salvador: ISC/UFBA, 2002.

POMBO, Olga. **Interdisciplinaridade e integração dos saberes**. Liinc em Revista, v.1, n.1, 2005. p.4-16. Disponível em: <[http://www.liinc.ufrj.br/revista um/Olga1.pdf](http://www.liinc.ufrj.br/revista_um/Olga1.pdf)>. Acesso em 04 abr. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [doutorado]. Campinas,SP. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP. 1998.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **Revista O Mundo da Saúde** - São Paulo, ano 24, v. 24, n. 1, jan/fev., 2000.

PELÁEZ Martha, 2003 in: **SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. Lebrão, Maria Lúcia. Brasília: OPAS, 2003.

PINHEIRO, R.,; MATTOS RA, Orgs. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001. p. 157-66.

PINHEIRO, R.,; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.,; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: L Krieger, (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1988, p. 27-42.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. ed. 2, Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

PUCCA JR, G. A. **Perfil do edentulismo e do uso de prótese dentária em idosos residentes no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1998.

RABELLO SB, CORVINO MPF. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Ver. Bras. Odonto**. 2001; 58:266-7.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, ed. 20, v.2, p. 492-501, mar- abr, 2004.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde : prática e reflexão**. São Paulo : Áurea Editora, 2009.

SÁ, P. K. **Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói – RJ**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciencia Saúde Coletiva**, 2006. ed. 11, v. 1, p. 53-61.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 33, n. 3, 2004. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/182.pdf>>. Acesso em 25 abr. 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Divisão de Atenção à Saúde. Seção de Saúde Bucal. Projeto SB-RS. Condições de saúde bucal da população do Rio Grande do Sul. In: Projeto SB Brasil 2003: **condições de saúde bucal da população brasileira.** Ampliação da amostra para o Rio Grande do Sul – Relatório Final. Porto Alegre: SES; 2003.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade.** Tese (Doutorado) – Florianópolis: UFSC/PN, 2006.

SILVA, N. E. K. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista de Saúde Pública,** 2002. ed. 36, v. 4, p. 108-16.

SILVA, S. R. C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.

SILVA, E. V. M.; OLIVEIRA, M. S.; SILVA, S. F.; LIMA, V. V. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar.** CONASEMS. Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2008.

SILVA, A. M.; VARGAS, A. M. D.; FERREIRA, E. F. A Integralidade Da Atenção Em Diabéticos Com Doença Periodontal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.** 2007. Disponível em [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1905](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1905) Acessado em 03 de abr. 2009.

**SILVA, T. C. S. A construção das práticas de integralidade no cotidiano de uma**

**equipe de saúde da família/Teresa Cristina Santos Silva. Belo Horizonte, 2006.149f.**

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas.Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/TeresaCristina.pdf>. Acesso em 10 jan. 2009.

SOUZA, D. S. et al. A Inserção da Saúde Bucal no Saúde da Família.

**Revista Bras. de Odontologia em Saúde Coletiva de Santa Catarina**, v. 2 n. 2, p. 07-31, dez. 2001.

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

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-31, julho-agosto, 2003.

WESTPHAL,M. F; ROSILDA, M. **Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade**. **Revista de Administração Pública – RAP** - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000. Disponível em : [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HxLPN16jzKEJ:www.natal.rn.gov.br/sempla/paginas/File/9\\_texto\\_cidade\\_saudavel.pdf](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HxLPN16jzKEJ:www.natal.rn.gov.br/sempla/paginas/File/9_texto_cidade_saudavel.pdf). Acesso em 10 abr. 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

“Integralidade da Atenção nas Relações de Saúde Geral/Bucal no Município de Florianópolis”.

**1. JUSTIFICATIVA e PROPÓSITO** desta pesquisa: acreditamos que no processo de fortalecimento das práticas de integralidade objetivadas pelo SUS a comunidade de saúde deva estreitar cada vez mais suas relações e ampliar os seus olhares e fazeres de forma a atuar multidisciplinarmente, todos trabalhando com um só propósito: oferecer o que há de melhor nas práticas da saúde para todos os usuários, objetivando a promoção da saúde integral das pessoas. Porém para que isto se torne factual, instrumentos de ações necessitam ser reinventados para que os olhos dos atores do Sistema enxerguem a totalidade das atenções a que os usuários estão entregues para atingirem sua saúde geral.

**2. OBJETIVO GERAL:** Analisar como cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos compreendem o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que se refere à integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal.

**3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Inferir as práticas de integralidade em seu aspecto interdisciplinar **na abordagem da saúde bucal** dos usuários do sistema;

- Compreender o entendimento cultural e intelectual da relação das infecções bucais a determinadas doenças sistêmicas no processo de trabalho na estratégia da saúde da família (ESF);
- Servir de um instrumento viabilizador para o diálogo rumo à integralidade da atenção entre os integrantes das macro-especialidades atuantes na ESF, bem como por todos os que trabalham na construção do sistema de saúde;
- Apontar a eficiência do estreitamento das relações de/no trabalho dos atores em saúde na formação do conhecimento explícito e tácito para a construção da integralidade acolhedora, humanística, preditiva;
- Expor o problema da sinergia entre doenças bucais e doenças sistêmicas as quais aparecem no decurso da vida e a importância do seu

efetivo entendimento (significado) no trabalho integralizado da Estratégia Saúde da Família;

- Aferir com que ênfase os cuidados da saúde bucal dentro dos princípios da integralidade são encarados pelas equipes de saúde em respostas à saúde integral dos usuários.

**4. PARTICIPANTES:** A seleção dos participantes desse estudo terá caráter específico para o fim a que a pesquisa se propõe e seguirá a lógica do envolvimento dos sujeitos com o objeto de investigação, bem como dos objetivos do estudo em questão. Estima-se um número máximo de 30 participantes, tendo em vista que o encerramento da coleta dar-se-á observando-se os critérios de saturação do discurso descrito em Minayo (2000). No âmbito da SMS envolverá cirurgiões-dentistas, médicos e enfermeiros procurando fornecer como base na análise descritiva de seus discursos uma possível estratégia para o aprimoramento das práticas na ESF.

**5. COLETA DOS DADOS:** Será viabilizada por meio de questionário e entrevista gravada com base em roteiro estruturado contendo perguntas abertas do tipo situações-problemas direcionadas a um tema específico. Coletar-se-á dessa forma os depoimentos por meio da fala dos atores sociais. A coleta de dados será realizada no próprio local de trabalho (CS) através de entrevistas nas quais estarão em pauta algumas situações-problema que deverão ser analisadas e respondidas pelos participantes. Vão ocorrer dois encontros para a entrevista. No primeiro contato ficará definida a disponibilidade do entrevistado em participar da pesquisa bem como a disponibilização do material de pesquisa (questões-problemas) ficando neste momento acordado o local, a data e a hora do segundo encontro para a entrevista propriamente dita.

**6. QUESTÕES-PROBLEMAS:**

**a)** - Paciente masculino de 54 anos, diabético, fumante, separado da esposa há seis meses, trabalha na cozinha de um hospital, queixa-se de dor epigástrica. Tem tomado bicarbonato de sódio para azia freqüentemente e diz bochechar com essa solução porque disseram que também faz bem para gengiva. Relata também mau hálito e que sua gengiva sangra todas as vezes que faz a escovação bucal. Também relata que em seu último exame acusou taxa elevada de triglicérides e PCR (proteína C-reativa) onde fora orientado a reduzir o consumo de gorduras, porém relata que “com a correria do dia-a-dia” no trabalho não tem se alimentado corretamente. Conte-me um pouco sobre seus

procedimentos em relação à anamnese e cuidados dos pacientes que apresentam essa história clínica.

**b)** - Paciente de 35 anos, solteiro, trabalha em uma empresa de costura, portador da AIDS, conta que logo após a instalação de sua prótese dentária removível há um ano, não tem agüentando suas crises de enxaqueca e diz ter procurado “arrumar os dentes porque queria ver se aumentava um pouco sua auto-estima que andava um tanto baixa”. Não quer voltar ao dentista porque “aquele homem só pensa em dinheiro”. Conta que apesar de possuir poucos dentes tem excessivo cuidado com os mesmos embora achar que não tem adiantado muito porque os dentes que lhe restavam estavam “amolecendo”. Também diz estar tomando corretamente todos os seus comprimidos e estar perdendo muito peso. Partindo-se da concepção de vulnerabilidade em seu equilíbrio imunológico, o que poderia estar originando sua enxaqueca e quais os cuidados com a saúde desse paciente você poderia aconselhar ou mesmo entrar com algum tipo de terapia?

**c)** - Paciente do sexo feminino, 27 anos, do lar, IMC: 32 kg/m<sup>2</sup>, pressão sanguínea 18/11 kgf/mm<sup>2</sup>, diabética, informa estar grávida há 2 meses e não está no programa do pré-natal por já saber “o caminho das pedras” para se ter uma boa gravidez. Diz estar sentindo muito cansaço e dor nas pernas ultimamente e estar “comendo muita bobagem” porque seus “meninos” não param de aparecer no “barraco” com aquelas guloseimas. Conta que durante esse mês percebeu estar cuspidando muito sangue em suas crises de enjôo, mas “ tá melhorando com o bochecho com a água oxigenada que a irmã lhe ensinou, porém “piora o enjôo”, diz. Conta também que é mãe de 4 filhos e não tem tomado anticoncepcional porque lhe tem feito mal. Seu esposo é mecânico de automóveis e está atualmente desempregado. Quais medidas de cuidados de saúde e/ou terapêuticas instituiria a essa paciente?

**d)** - Uma menina de 4 anos de idade comparece com a avó de 52 anos, aposentada, a esta unidade para uma consulta. A avó diz que o motivo pelo qual a menina faltara à última consulta, há mais de 2 meses, foi o fato de ter tido muito envolvimento com os preparativos da escola de samba a qual pertence; mas agora não poderia adiar mais, pois a menina está sentindo muita cólica e também sua barriga tem parecido meio inchada já há uns 3 meses. “Essa criança tá muito magra”, comenta. Diz não ter muito tempo para cuidar da criança porque agora era a hora dela aproveitar a vida, mas “ fazer o quê?”, diz a avó, “minha filha tinha que fugir com aquele safado[...]”. Também relata que “os dentes da menina estão todos pretos porque é a quantidade de doces que ela vem comendo” embora ela dizer que tem comprado doces para a menina

“senão ela continuará nesse desânimo”[...], porém, nesse momento a criança a interrompe dizendo que gosta de doce porque é macio e quando a avó lhe dá pão para comer seus dentes doíam.

Ciente de poder contar com sua participação agradeço desde já a gentileza e pelo tempo nos disponibilizado para a viabilização deste trabalho.

---

Paulo Henrique Ferreira CRO: 8173  
Aluno de mestrado do curso de  
Odontologia em Saúde Coletiva- UFSC

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2 vias)**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

#### **Termo de Consentimento Livre e esclarecido**

Concordo em colaborar participando da entrevista do cirurgião-dentista Paulo Henrique Ferreira, mestrando em Odontologia em saúde coletiva pela UFSC e orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Lemos Carcereri sob o título “Integralidade da Atenção nas Relações de Saúde Geral/Bucal no Município de Florianópolis”. De acordo com o pesquisador os aspectos éticos, legais, e atendendo às orientações da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (Brasil, 1996), o projeto de pesquisa deste estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPESH- UFSC), sob o protocolo n° 233/08, e com autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

O pesquisador declara como justificativa para sua pesquisa apoiar-se na concepção de que no processo de fortalecimento das práticas de integralidade objetivadas pelo SUS a comunidade de saúde deva estreitar cada vez mais suas relações e ampliar os seus olhares e fazeres de forma a atuar multidisciplinarmente, todos trabalhando com um só propósito: oferecer o que há de melhor nas práticas da saúde para todos os usuários, objetivando a promoção da saúde integral das pessoas.

Objetivo da pesquisa: analisar o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no que se refere à integralidade da atenção nas relações de saúde geral/bucal, buscando observar esta relação e a concepção multiprofissional na avaliação dos pacientes em cada macro-especialidade de saúde pesquisada no município de Florianópolis - SC.

A coleta dos dados será viabilizada por meio de questionário e entrevista gravada com base em roteiro estruturado contendo perguntas abertas do tipo situações-problemas direcionadas a um tema específico. Coletar-se-á dessa forma os depoimentos por meio da fala dos atores sociais.

Estou ciente que o autor da pesquisa garante o sigilo e privacidade deste entrevistado quanto aos dados confidenciais

envolvidos na pesquisa e, após terminado o trabalho, qualquer referência que permita a minha identificação será destruída, garantindo sigilo absoluto das informações.

Mesmo após ter sido assinado este termo de consentimento você pode desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo para você.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009.

---

Assinatura e número do registro civil do **entrevistado**

---

Assinatura e número do registro civil do **pesquisador**

Para esclarecer dúvidas:

Dr. Paulo Henrique Ferreira (CRO: 8173)

Telefone – (48) 84231306

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC