

O processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG: um estudo qualitativo com base na visão da equipe de Coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família

The process of implementing dental care within the Family Health Care Program in Belo Horizonte/MG: a qualitative study based on the perception of the Oral Healthcare Coordination Team and Dental Surgeons from the Family Health Care Program

Warner Kwasnicka Santiago¹, Marcos Azeredo Furquim Werneck², Efigênia Ferreira e Ferreira²

RESUMO

Este estudo investigou o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida, em 2003, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte/MG. Utilizou-se a Metodologia de Pesquisa Qualitativa, por ser mais apropriada para as abordagens em que se procuram estudar conceitos e atitudes das pessoas. O trabalho desenvolveu-se por meio de entrevistas com oito Cirurgiões-dentistas e oito membros da Coordenação de Saúde bucal. Observou-se que não houve um amplo debate da proposta de implantação do Programa BH Vida, principalmente em relação aos Cirurgiões-dentistas que atuam na “ponta do serviço”, revelando uma contradição entre o que foi proposto e o que, de fato, ocorreu na prática. A equipe de Saúde Bucal ainda não conseguiu se integrar efetivamente à Equipe de Saúde da Família, de forma a possibilitar o desenvolvimento de ações interdisciplinares na produção do cuidado em saúde, afetando o potencial do BH Vida em produzir mudanças no modelo assistencial. O processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal não apresentou alterações impactantes, pois ainda se encontra baseado na geração de procedimentos curativos, reproduzindo o modelo curativista. Permanece a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico devido à demanda reprimida e, principalmente, à pequena alteração no processo de trabalho das equipes. Conclui-se ser necessária uma revisão da implantação do BH vida, a fim de se corrigirem os problemas apontados e, com isso, garantir a efetividade do Programa.

Descritores: Programa Saúde da Família. Odontologia comunitária. Saúde pública

INTRODUÇÃO

A atenção odontológica da rede pública brasileira estruturou-se, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde. Os modelos gerenciais que norteavam as ações de saúde bucal estabeleceram-se de forma pulverizada entre as várias instituições que prestavam assistência

odontológica. Os modelos assistenciais em saúde e de saúde bucal, em particular, passaram a ter uma importância maior, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS traz, em seu bojo, os princípios da universalidade, da integralidade e do controle social. São princípios que colocaram em cheque os modelos vigentes e imputaram um desafio muito grande aos municípios que se propuseram a

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

²Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Contato: warnersantiago@yahoo.com.br / efigeniaf@gmail.com /

reorganizar os seus serviços de saúde, como é o caso de Belo Horizonte¹³.

O primeiro serviço odontológico criado na Prefeitura de Belo Horizonte surgiu em 1953, no âmbito de uma assistência odontológica em que o atendimento de urgência nas unidades de saúde era preponderante. Paralelamente, havia alguns serviços em escolas direcionados às crianças e adultos carentes. Nas escolas, era priorizada a faixa etária de 6 a 12 anos e, nos postos de saúde era feito o atendimento aos adultos^{7,16,18,19}.

Em 1994, iniciou-se um processo de reorganização da atenção à saúde bucal, sendo realizada a transferência dos cirurgiões-dentistas das escolas para as unidades de saúde, possibilitando uma inversão na distribuição dos recursos humanos, com cerca de 70% destes profissionais passando a trabalhar em unidades de saúde^{1,16}. Com isso, partiu-se para a formulação de um serviço odontológico capaz de atender aos preceitos constitucionais para uma atenção na perspectiva da Promoção de Saúde⁷.

Em 1999, iniciou-se a discussão da proposta de implantação do Programa BH Vida, nome dado à estratégia de atenção com base nos "moldes" do Programa Saúde da Família. Posteriormente iniciou-se a discussão sobre a inserção dos profissionais da Saúde Bucal no Programa².

Para os gestores do serviço de saúde, a inserção da odontologia no Programa BH Vida representa uma possibilidade de maior integração da Equipe de Saúde Bucal no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família, de forma a proporcionar uma ação mais integral e resolutiva do cuidado em saúde³.

No ano 2000 iniciou-se a implantação do Programa BH Vida através da incorporação de 2625 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) à rede básica de saúde. Em 2001, iniciaram-se as discussões sobre as Equipes de Saúde da Família (ESF) enquanto alternativa de reorganização da rede básica e ampliação da assistência. Esse processo, segundo a PBH, ocorreu com ampla mobilização de gestores, trabalhadores, conselhos e usuários do Sistema Único de Saúde/BH. Durante a construção das propostas preliminares do Programa BH Vida, foram realizadas discussões em várias esferas governamentais e entidades, como Secretaria Municipal de Políticas Sociais, sindicatos, UFMG, Conselhos Regionais e Municipal de Saúde, unidades de saúde e usuários,

com o objetivo de proporcionar um aprofundamento das propostas e adequação do projeto à realidade do município².

Para cada duas ESF, está sendo constituída uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), composta por Cirurgião-dentista (CD), ASB (Auxiliar de Saúde Bucal), em algumas unidades, TSB (Técnico em Saúde Bucal). O número de famílias adscritas por equipe é variável, conforme a classificação do risco de adoecer e morrer adotada no município. A implantação das ESF está ocorrendo de forma gradativa, com base em estudos sobre a realidade local, critérios de risco, adesão dos profissionais e infra-estrutura, iniciando-se nas regiões de risco muito elevado e avançando para as áreas de risco elevado e médio respectivamente. Visando o alcance das metas, o trabalho das ESF deverá ser pautado por uma atuação multiprofissional e interdisciplinar¹.

A abordagem coletiva, com a identificação dos problemas de saúde mais frequentes, situações de risco das famílias adscritas, assim como o plano de ação a ser elaborado em conjunto com a comunidade representam o primeiro trabalho a ser desenvolvido por cada ESF. As ações das equipes são orientadas pelo diagnóstico epidemiológico, levando em consideração tanto os fatores biológicos quanto os aspectos sociais, econômicos e culturais do processo saúde-doença. Uma parte das atividades ocorre de forma planejada por meio de ações preventivas de educação em saúde, vigilância a situações de risco, promoção de saúde, desenvolvimento de hábitos ou estilos de vida saudáveis, ações no sentido da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos adscritos, realizando os cuidados básicos de saúde, conciliando o acolhimento¹¹ e o atendimento às intercorrências clínicas.

Pretende-se, com este trabalho, investigar o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida, sob o ponto de vista dos profissionais da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família (ESF), utilizando a metodologia qualitativa como instrumento de pesquisa. A intenção final é de que as reflexões aqui construídas possam tornar-se instrumentos para a definição de estratégias de atenção à saúde e, conseqüentemente, para a reformulação do modelo de atenção à saúde bucal adotado no município.

¹O termo multiprofissional, de acordo com Maximiano⁹, serve para subentender que a equipe é composta não apenas por vários profissionais, mas que esses seriam de profissões diferentes. Já a Interdisciplinaridade é a integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento, tem, portanto, caráter epistemológico.

¹¹O acolhimento é uma estratégia que organiza o processo de trabalho das unidades de saúde de forma a ampliar e melhorar a porta de entrada, através de uma escuta mais qualificada dos problemas dos usuários definindo encaminhamentos para a solução destas demandas. Acolher os usuários e humanizar o atendimento são pressupostos para uma assistência de qualidade com respostas efetivas para a população⁴.

Desta forma, este estudo teve por objetivo investigar o processo de implantação das ações de saúde bucal no Programa BH Vida sob o ponto de vista da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família. De forma específica, verificou-se o grau de participação da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e dos Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família nas discussões acerca da implantação do Programa BH Vida. Procurou, também, identificar, na visão da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas das Equipes de Saúde da Família, se ocorreram mudanças no processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal com a implantação do Programa BH Vida.

METODOLOGIA

A opção pelo método qualitativo relaciona-se com o objeto de estudo e com a necessidade de conhecer a profundidade, especificidade e complexidade dos atores sociais participantes do processo de implantação da odontologia no Programa BH Vida.

A pesquisa qualitativa está preocupada com uma realidade que não pode ser quantificada, uma vez que trabalha com o universo das significações, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esta metodologia de pesquisa trabalha com um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de números^{6,11}.

Na abordagem quantitativa, busca-se um critério de representatividade numérica para possibilitar a generalização dos conceitos teóricos a serem estados. Já na pesquisa qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com a profundidade e abrangência da compreensão do objeto de estudo, ou seja, seu critério de representatividade não é numérico. Na abordagem qualitativa, procura-se entrevistar pessoas cujas idéias são representativas na população estudada. Nessa abordagem, o tamanho da amostra não é definido de forma prévia, as entrevistas são interrompidas a partir do momento em que as informações se esgotam, quando se atinge o critério de exaustão. A exaustão se caracteriza por meio da repetição de conceitos e novas entrevistas, que acabam por não acrescentar informações diferentes aos dados já coletados¹¹.

O trabalho de campo

Para realização desta pesquisa, foram elaborados dois roteiros de entrevistas semi-estruturadas para cada grupo pesquisado (Equipe de

Coordenação de Saúde Bucal e Cirurgiões-dentistas do Programa BH Vida). Seguiu-se o proposto por Minayo¹¹, no tocante ao fato de que a entrevista semi-estruturada é aquela que combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, em que o entrevistado pode discorrer o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas. O roteiro de entrevista representa “*um instrumento para orientar uma conversa com finalidade, que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação*”, a fim de que o pesquisador possa apreender o conjunto de idéias, sentimentos e atitudes dos atores sociais. As entrevistas seguiram um modelo de conversação entre iguais e não um intercâmbio formal de perguntas e respostas. O investigador não era só um coletor de dados, mas um sujeito ativo num processo de relação com o outro, em cujos momentos concretos poderiam ser expressos conteúdos sobre os quais caberia ao pesquisador definir os indicadores susceptíveis de serem integrados no processo de construção da informação, conforme proposto por Rey¹⁴.

Realizou-se o experimento-piloto, através de entrevistas com dois Cirurgiões-dentistas que estavam integrando a ESF desde o início da inserção da Odontologia no Programa BH Vida e com um membro da equipe de coordenação em Saúde Bucal que havia participado de todo este processo. Concluiu-se que os roteiros de entrevistas eram perfeitamente eficazes, não sendo necessárias modificações em sua estrutura. Partiu-se, então, para o experimento principal.

No experimento principal, foram entrevistados todos os membros da equipe de coordenação em Saúde Bucal que participaram da implantação das ações de Saúde Bucal no Programa BH Vida, desde o seu início até a data de realização das entrevistas. Entrevistou-se também, dois ex-Coordenadores de Saúde Bucal que ocuparam o cargo na época de discussão e início de implantação do Programa. No total foram entrevistados oito membros da Equipe de Coordenação em Saúde Bucal.

Foi entrevistado um Cirurgião-dentista de cada distrito sanitário, sorteado aleatoriamente, entre aqueles que preenchiam o critério de estar atuando em ESF há pelo menos 10 meses, visto que era recente a implantação da maioria das ESB. No total, foram entrevistados oito Cirurgiões-dentistas integrantes de ESF.

A decisão de selecionar profissionais com maior tempo de atuação no Programa BH Vida, tanto em nível de coordenação quanto em atividades de atenção clínica, se deu em função de que os

profissionais com mais tempo de participação neste processo de reformulação do modelo assistencial apresentam maior vivência do mesmo, tendo, provavelmente, maior possibilidade de perceber as alterações que poderiam ter ocorrido na assistência odontológica.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes. Foram precedidas de leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em cumprimento às determinações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Todas entrevistas foram gravadas e transcritas pelo pesquisador.

A análise dos dados

A leitura exaustiva e cuidadosa das entrevistas orientou o pesquisador na construção de “indicadores” que serviram de base no processo de interpretação dos dados colhidos.

Para o processamento das informações, Rey¹⁵ utiliza a expressão “análise de conteúdo” com uma conotação construtivo-interpretativa em que o conteúdo do material analisado se desenvolve por meio de indicadores produzidos pelo processo de interpretação do autor durante o curso de uma investigação. Essa forma de análise do conteúdo é aberta, processual e construtiva, não pretendendo reduzir o conteúdo a categorias concretas, restritivas do processo de interpretação. Indicadores são elementos que adquirem significação em decorrência da interpretação do investigador, representa um momento dentro de um processo e aparece em estreita relação com outros indicadores, de forma a facilitar e viabilizar a construção do conhecimento.

Os indicadores analisados nesta pesquisa guardam estreita relação com os roteiros de entrevistas utilizados no trabalho, servindo como guia para a elaboração da discussão. Durante a interpretação dos dados, outros indicadores surgiram, sendo que alguns se apresentaram como elementos importantes para o pesquisador, sendo, portanto, incluídos na discussão. Dessa forma, a interpretação dos dados ocorreu a partir dos indicadores descritos a seguir:

- participação dos profissionais da saúde bucal na fase de discussão do projeto de implantação do Programa BH vida;
- as modificações no processo de trabalho;
- acesso e integralidade da atenção;

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão apresentados os resultados obtidos no presente trabalho, sendo realizada, concomitantemente, uma discussão sobre os mesmos. É importante ressaltar que, trechos dos

depoimentos dos entrevistados foram utilizados a título de ilustração ou como parte da linha de raciocínio utilizada na discussão. Algumas vezes, foi necessária a inclusão de esclarecimentos nos trechos utilizados, de forma a facilitar a compreensão do leitor. Esses esclarecimentos se apresentam com letra de formato normal (não itálica) e entre colchetes.

Dos 16 profissionais entrevistados, 13 (81%) eram do sexo feminino. A idade dos entrevistados variou entre 34 e 52 anos, com uma idade média de 45 anos. A maioria dos entrevistados (68,75%) possuía tempo de graduação superior a 20 anos. Dos membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal, sete (87,5%) possuíam pós-graduação em nível de especialização, desses, cinco (71,5%) eram especialistas em Saúde Coletiva. Com relação aos Cirurgiões-dentistas da ESF, dois (25%) eram pós-graduados, sendo um especialista em Saúde coletiva e outro, em Cirurgia Odontológica. O tempo médio de atuação dos Cirurgiões-dentistas no Programa BH Vida era de 1 ano e 4 meses.

Participação dos profissionais da saúde bucal na fase de discussão do projeto de implantação do Programa BH Vida

Neste estudo, o que pode ser observado, em termos dessa fase de discussão, é que a mesma ocorreu de forma mais intensa no nível central da SMSA, principalmente, entre os participantes do grupo de condução do BH Vida, formado pelo Secretário de Saúde e uma equipe designada para planejar e implantar o Programa. Conforme os depoimentos dos membros da Equipe de Coordenação de Saúde Bucal foram poucos os momentos em que os profissionais da saúde bucal tiveram acesso a essa fase inicial de discussão do projeto.

... o pessoal tinha reuniões sobre a odontologia e a gente nem ficava sabendo. E nas discussões mesmo, sobre a implantação do PSF, a gente não participava muito não, porque o pessoal começou a discutir sem a participação da gente da coordenação. (...). N., membro da equipe de coordenação.

É importante relatar que os depoimentos dos profissionais seguem um caminho contrário à proposta do BH Vida, que apresenta uma diretriz de ampla participação profissional na discussão do projeto. A intenção inicial da SMSA era conduzir o projeto de implantação de uma forma que todos os profissionais tivessem oportunidade para discutir, criticar, sugerir rumos e inserir diretrizes, “no mais alto grau de democracia participativa”. Pretendia-se, dessa forma, criar adesão e provocar a incorporação de novos conhecimentos ao Programa BH Vida. Com

esse intuito, os fóruns colegiados da SMSA e aqueles de participação popular deveriam ser fortalecidos e seriam, portanto, “*instâncias privilegiadas de debate em torno do desenvolvimento do projeto e de construção da linha de cuidado*”².

Dentre os motivos que “pesaram” na decisão da inserção da odontologia no Programa BH Vida, os entrevistados relatam a pressão dos trabalhadores, principalmente, dos Cirurgiões-dentistas da rede, a pressão proveniente da população usuária, que enfrentava grande dificuldade de acesso ao serviço odontológico e, principalmente, a questão do financiamento, que para muitos dos entrevistados, foi considerado o fator de maior impacto nessa decisão.

... com a aprovação do Ministério [da saúde], da portaria que autorizava a implantação das equipes de saúde bucal no PSF, houve uma grande pressão dos trabalhadores, do sindicato, da própria população no sentido de colocar essas equipes em funcionamento. N., membro da equipe de coordenação.

Ela [implantação das ESB] se deu dessa forma, sem olhar a questão de recurso, de área física, nada disso era considerado. E o negócio era trazer esse recurso para cá, para poder garantir assistência. Então era colocar de qualquer jeito para poder chegar nesse teto e garantir esse financiamento. Quando a gente discutia essas dificuldades, o que ia acontecer e tudo, a gente não era ouvido de forma alguma... N., membro da equipe de coordenação

Pode-se verificar um equívoco inicial no BH Vida, no sentido de se atrelar a sua implantação, principalmente, à questão do financiamento. A questão do financiamento é importante, mas não pode ser o ponto de partida e nem o determinante na definição das propostas de políticas de saúde. O que deve definir os modelos de assistência são, principalmente, o território de necessidades e os problemas de saúde colocados pela população, como os desafios dos serviços de saúde em atendê-los.

É possível que o PSF represente uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a intersectorial, da exclusão para a universalidade. Entretanto, é necessário construir a viabilidade social de qualquer proposta de mudança, e isso passa pela inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios¹⁷.

As modificações no processo de trabalho

Para falar em alterações no processo de trabalho da ESB, é necessário fazer um breve histórico de como era o trabalho dos profissionais da

saúde bucal anteriormente à implantação do Programa BH Vida, de forma a facilitar o entendimento e enriquecer a discussão.

A estratégia de atenção anterior ao Programa BH Vida visava fundamentalmente, à promoção da saúde bucal, sendo que a metodologia para este fim era composta de duas fases: a primeira consistia na estabilização do processo de ataque da doença; a segunda, na intervenção de forma restauradora. As atividades desenvolvidas na primeira fase consistiam na realização dos procedimentos coletivos, que incluíam bochechos fluorados, distribuição de pastas de dente, atividades de educação em saúde, escovação supervisionada realizada nas escolas do município e nas unidades de saúde, selamento de cavidades com cimentos provisórios, aplicação de selantes, raspagem e polimento coronário, enfim, todos os procedimentos de adequação do meio bucal⁷.

Para conseguir acesso à fase restauradora/reabilitadora, o usuário deveria ter o procedimento de adequação do meio bucal concluído e, concomitantemente, freqüentar três ou quatro seções de escovação supervisionada, que eram realizadas mensalmente nas unidades de saúde.

Em 2001, o PSF foi definido como eixo norteador para a reorganização da atenção nas unidades de saúde do município. Suas ações apresentam enorme capilaridade, colocando frente a frente profissionais e realidade, o que permite às equipes um aprendizado e uma compreensão absolutamente novos, possibilitando a adequação das práticas às necessidades da população. Não se trata somente de atender os usuários em um sistema de consulta, mas de construir uma outra dimensão para o serviço, a dimensão do cuidado, em que haja promoção, educação em saúde e assistência, com o estabelecimento de canais efetivos de interlocução entre serviço e sociedade, onde haja vínculo e responsabilização com o usuário e seu universo⁴.

Para tanto, as diretrizes do BH Vida, que norteiam o trabalho nas unidades de saúde, são, entre outras: acesso universal; acolhimento; estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários; busca da autonomia do usuário, de forma que este se co-responsabilize com o seu cuidado³.

Partindo do contexto acima, o acolhimento se coloca enquanto uma estratégia de reformulação no modo como têm se dado as relações interpessoais no processo de trabalho em saúde, implicando na reconfiguração de um novo modelo técnico-assistencial que proporcione uma viabilização mais efetiva dos princípios do SUS. Para tanto, o acolhimento busca: uma maior humanização do atendimento; uma ampliação da garantia de acesso;

uma efetiva responsabilização dos profissionais para com a saúde desses cidadãos e a conseqüente constituição de vínculos, assim como visa imprimir uma maior resolutividade ao serviço.

O acolhimento é reconhecido por alguns dos entrevistados como um ponto importante no processo de trabalho da ESF, sendo uma ferramenta com capacidade de ampliar o acesso ao serviço, de humanizar o atendimento e de possibilitar a construção de vínculo com a população usuária.

O acolhimento é muito importante no PSF, porque você não abandona ninguém. Ao mesmo tempo que você está fazendo uma organização no seu programa de atendimento, você ainda não está abandonando aquele que você ainda não chamou. Esse acolhimento, tanto na parte médica como na parte odontológica, é uma essência do PSF. A., Cirurgião-dentista de ESF.

Entretanto, na maioria das unidades estudadas, o acolhimento ainda não ocorre, ou é realizado de forma precária pelos profissionais, seja por falta de interesse das ESB, ou até mesmo por falta de conhecimento dos profissionais. Em alguns casos, a grande demanda de usuários foi relatada como um ponto dificultador para se realizar o acolhimento, uma vez que, em todos os relatos, o acolhimento dos usuários da saúde bucal ocorre de forma separada, sendo realizado especificamente pelos membros da ESB, nesse aspecto, as constantes interrupções dos atendimentos clínicos dificultariam bastante a realização do acolhimento.

Olha, aqui a gente faz o acolhimento dentro das possibilidades do serviço. Tem dia que a agenda está cheia, a gente fica muito ocupada no atendimento, aí não dá para parar para fazer o acolhimento, aí, nesse caso, a gente não faz. B., Cirurgião-dentista de ESF.

Em relação ao fato do acolhimento dos usuários do serviço de saúde bucal ser realizado de forma separada do restante da ESF, chegando a ser denominado de “acolhimento em saúde bucal” em algumas unidades de saúde, é possível observar que, além de dificultar a integração da ESF, representa também, uma perda no potencial de produção do cuidado em saúde. Nesse aspecto, parece não haver uma compreensão sobre o que, de fato, seja o acolhimento, talvez ocasionada pela não participação dos profissionais nos módulos de capacitação do Programa BH Vida.

Uma das principais características do PSF, e conseqüentemente do Programa BH Vida, é o caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho^{8,10,18}. Nesse aspecto, de acordo com os relatos dos entrevistados, alguns pontos podem ser considerados

como alterações ocorridas no processo de trabalho, a partir da implantação do Programa BH Vida. Os principais fatores citados foram:

- responsabilização da ESB pela população de sua área de abrangência (princípio da territorialização);
- mudança da forma de organização da agenda de atendimentos; sendo que os usuários passaram a ser chamados através das famílias da área de abrangência;
- abolição da necessidade dos usuários freqüentarem sessões de escovação supervisionada e educação em saúde para conseguirem acesso ao tratamento restaurador/reabilitador.

O que pôde ser observado foi uma modificação na forma de organizar a demanda. Anteriormente ao BH Vida, essa organização se dava por meio da necessidade dos usuários de participarem de atividades coletivas para conseguir acesso ao tratamento reabilitador. Atualmente, o acesso ao serviço se dá por meio da chamada das famílias e da demanda de urgência. Após, terminado todo o tratamento dos membros de uma determinada família são então “liberadas” vagas para que outra família possa iniciar o tratamento.

A gente está conseguindo conhecer mais as pessoas. Isso foi um negócio legal. Mas agora te falar que existe um modelo diferente no PSF, eu não vejo isso. A gente está com o mesmo trabalho de sempre, exceto essa questão da escovação que foi suspensa. Com isso, o paciente não precisa mais fazer quatro escovações para conseguir a vaga. C., Cirurgião-dentista de ESF.

Na realidade, as alterações que ocorreram na prática de trabalho estão mais relacionadas a questões gerenciais dentro do consultório odontológico, uma vez que a consultoria contratada pela SMSA para dar suporte ao Programa de Saúde Bucal se dedicou, num primeiro momento, ao planejamento e organização das atividades clínicas. Até o momento do término do contrato da consultoria, pouco tinha sido trabalhado de forma a se preparar a ESB para: a construção de vínculos com os usuários, o conhecimento da realidade em que vivem as famílias, a observação dos estágios de desenvolvimento do ciclo de vida familiar, a avaliação das dinâmicas de interação familiar, enfim, fatores indispensáveis para mudança no processo de trabalho do Programa BH Vida.

Em termos da saúde bucal, a implantação do Programa BH vida parece ter as mesmas características de alguns municípios brasileiros, onde a implantação do PSF significou mais uma modificação institucional do que uma maior

aproximação com o cotidiano das famílias. Práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com grupos comunitários passaram a ser denominadas, erroneamente, de Saúde da Família. Não se tem mostrado a diferenciação entre as várias situações de risco vivenciadas pela família, ou entre os diversos contextos familiares em que estão situados os problemas de saúde, para, a partir daí, elaborar as diferentes metodologias necessárias. Com isso, a intervenção dos profissionais da ESF tende a ficar restrita ao fator biológico do processo saúde-doença¹⁸.

Acesso e integralidade da atenção

A atenção à saúde bucal, durante muitas décadas, se caracterizou por prestar assistência aos escolares, enquanto os outros grupos populacionais acessavam os serviços apenas para o atendimento em situações de urgência. Esse modelo sempre foi bastante criticado em virtude de sua exígua cobertura e por estar centrado em ações curativas. Em 1994, iniciou-se o processo de remanejamento dos Cirurgiões-dentistas das escolas públicas para as unidades de saúde. Esse processo buscava contemplar o princípio da universalidade do acesso e, ao mesmo tempo, possibilitar a oferta de atendimento integral à população³.

Esse período representou uma primeira fase de integração da odontologia com o serviço de saúde, apresentando, porém, poucos avanços em termos de participação da ESB no cotidiano das unidades de saúde e algum avanço no acesso ao serviço.

Em 2001, visto que a saúde bucal ainda se apresentava como um serviço à parte nas unidades de saúde, associado aos problemas relacionados ao acesso e impulsionado pela inserção oficial da ESB no PSF, publicada pelo Ministério da Saúde, foi proposta a inserção das ações de Saúde Bucal no Programa BH Vida, com a expectativa de uma maior articulação da ESB com as outras ações desenvolvidas na unidade de saúde, de forma a ampliar o acesso ao serviço e desenvolver uma ação mais integral do cuidado em saúde, possibilitando um fortalecimento do vínculo entre a ESB e a população.

Essa discussão não vem de agora. Ela começou mais ou menos em 2000 com a implantação de uma lógica do ACS, do agente comunitário, dessa divisão territorial... Esse movimento, de uma certa forma, também coincide com uma dificuldade da odontologia de resolver uma série de questões em cima dessa pressão dessa população, que começa a procurar o

serviço. O., membro da equipe de coordenação.

Até o final de 2002, foram implantadas cento e treze^{III} ESB no Programa BH Vida. Todos os Cirurgiões-dentistas das ESB passaram a cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais, ou seja, o dobro do que faziam antes da inserção no Programa. Esse aumento da jornada de trabalho proporcionou um aumento do acesso aos serviços oferecidos nas Unidades de Saúde, uma vez que houve um expressivo aumento da capacidade operacional do serviço, haja vista que a extensão da jornada dos profissionais poderia ser considerada como a “contratação de novos profissionais”.

(...) com a dobra da jornada, estas cento e cinqüenta^{IV} equipes montadas significam cento e cinqüenta dentistas a mais na rede. O acesso cresceu muito, extremamente, é claro. Praticamente dobrou o número de dentistas... R., membro da equipe de coordenação.

Para muitos dos entrevistados, esse ponto foi relatado como o que mais causou impacto no aumento do acesso ao Serviço de Saúde Bucal. Para alguns deles, esse foi o único fator que realmente provocou alguma melhoria em termos de acesso às ações de saúde bucal. Porém, mesmo com o aumento da capacidade operacional, o serviço ainda convive com uma expressiva demanda reprimida, uma vez que, apenas a extensão da jornada de trabalho não é suficiente para dar uma resposta satisfatória aos problemas de saúde bucal da população. Aliado a esse fato, a procura pelo serviço sofreu um considerável aumento por parte de cidadãos que “descobriram” o serviço, seja por meio da divulgação nos domicílios, realizada principalmente pelos ACS, seja por meio da divulgação do Programa BH Vida na mídia.

(...) houve uma massificação do atendimento (...) porque o paciente, além da demanda espontânea, ele foi capturado pelas agentes comunitárias de saúde. F., Cirurgião-dentista de ESF.

Em um trabalho realizado em Betim/MG, o cadastramento da população e a divulgação do Projeto de Saúde nos domicílios geraram um incremento da demanda devido, entre outros fatores, a um aumento significativo de usuários que procuravam a unidade pela primeira vez. Foi observado a adscrição de parcela de usuários que, normalmente, não utilizava os serviços da rede

^{III}Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Gerência de Recursos Humanos, Nov. 2002

^{IV}O número de equipes informado pelo entrevistado diverge do dado oficial.

básica de saúde⁵.

Apesar do aumento da jornada de trabalho e das modificações nos critérios da “porta de entrada” do usuário no serviço, permanece a dificuldade de se universalizar o acesso ao serviço odontológico. Um ponto dificultador é que, mesmo com a proposta do BH Vida de realizar um trabalho usuário centrado, a ESB continua realizando um trabalho nos moldes do modelo biomédico, ou seja, procedimento centrado, realizando uma atenção com ênfase no caráter curativo-reabilitador. Com isso, o serviço não consegue se estruturar para garantir uma assistência integral ao usuário.

Outro ponto importante a ser considerado e que representa um nó crítico do SUS/BH, é a questão da atenção especializada, principalmente na Saúde Bucal. Esse assunto tem tanta importância, que foi abordado por todas as pessoas entrevistadas neste trabalho. Em todos os distritos, os usuários do serviço de saúde bucal convivem com a enorme dificuldade de acesso às ações especializadas. O aumento da demanda nas Unidades de Saúde da Família e a não reestruturação do serviço para absorver esta “nova” demanda acabou por agravar a dificuldade de acesso à atenção especializada.

(...) como aumentou a procura, nós temos uma necessidade maior da parte de especialização, de canal, periodontia, cirurgia. C., Cirurgião-dentista de ESF.

A implantação da saúde bucal no Programa BH Vida ainda não foi capaz de resolver a questão do acesso ao serviço de Saúde Bucal, não conseguindo também promover uma atenção integral ao usuário. Entretanto, é necessário enfatizar que esse Programa foi implantado recentemente, ao passo que suas conquistas são processuais e demandam tempo para acontecer. Não se pode falar ainda em insucesso, mas sim em um fator que deve ser cuidadosamente avaliado e ajustado para que, no futuro, não venha comprometer a efetividade do Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste item, são apresentados alguns comentários e reflexões sobre a inserção da odontologia no Programa BH Vida. Não há espaço para uma conclusão fechada, devido ao caráter histórico, dinâmico e complexo desse processo de inserção. Por se tratar de um estudo qualitativo, não há como generalizar esse raciocínio para a rede de saúde do município, e, caso isso aconteça, tratar-se-á de mera extrapolação.

Foi possível observar que não houve um amplo debate da proposta de implantação do Programa BH Vida com o grupo de profissionais

entrevistados neste trabalho, principalmente, quando se trata dos Cirurgiões-dentistas que compunham as ESB, revelando uma contradição entre o que foi proposto antes da implantação do BH Vida e o que, de fato, ocorreu na prática. Ao não promover um amplo debate com os trabalhadores, corre-se o risco de prejudicar o funcionamento do BH Vida, uma vez que os recursos humanos representam um elemento fundamental para a mudança do modelo assistencial, pois, são, em última análise, aqueles que a “levarão a cabo”¹².

O processo de trabalho das ESB também não apresentou alterações impactantes, uma vez que ainda se encontra baseado na geração de procedimentos curativo/reabilitadores como forma de se obter a cura das doenças bucais, reproduzindo, portanto, o modelo curativista com todas as suas imperfeições e limitações. É necessária uma revisão do processo de trabalho das equipes, direcionando o enfoque para a promoção da saúde e produção de autonomia nos usuários, a fim de que estes se tornem importantes “parceiros” do serviço, no controle dos problemas de saúde da comunidade.

Permanece, ainda, a dificuldade de acesso ao atendimento odontológico integral devido à grande demanda reprimida e, principalmente, à pequena alteração no processo de trabalho das equipes. O fortalecimento de um trabalho pautado na promoção da saúde, dentro da realidade social das famílias e associado a uma melhor adequação da infraestrutura do serviço de saúde bucal, tanto nas unidades básicas como na atenção secundária, representa um caminho para possibilitar um acesso universal e uma atenção integral à saúde bucal.

ABSTRACT

The purpose of this work was to investigate the procedures aimed at establishing the oral healthcare policy in the context of BH for Life's Family Health Care Program (FHCP), from the point of view of a group of professionals from the Oral Health Coordination Team as well as from dental surgeons from the government's Family Health Care Teams in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The qualitative research methodology was employed as it is the most suitable approach when studying human behaviors and concepts. The work was carried out by conducting interviews with eight dental surgeons and eight oral healthcare coordination members. From this work, it was found that a comprehensive debate concerning the proposal for the implementation of the BH for Life FHCP, especially as regards the dental surgeons that deal directly with the health service beneficiaries, thus revealing a contradiction between what was proposed and what

had in fact been implemented. The oral healthcare team was unable to effectively join with their Family Health Care counterparts, which would be necessary for the development of interdisciplinary health care actions. In this light, BH for Life's potential to produce enhanced changes in the social assistance model was negatively affected. The oral healthcare team's work process failed to demonstrate impacting changes, as it is based solely on the curative treatment framework. Unfortunately, the same dental care access barriers remain due to restrained demand and especially to the minimal changes achieved in the healthcare teams' work process. It can be concluded that there is a need to revise the implementation of the BH for Life program so as to correct the aforementioned problems and guarantee the program's effectiveness.

Uniterms: Family health care program. Community dentistry. Public Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aspin CA, et al. Processo de remanejamento de recursos humanos odontológicos das escolas públicas para os centros de saúde: uma visão dos gestores dos níveis central e distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. [monografia]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 1997.
2. Belo Horizonte, Prefeitura Municipal. BH Vida: Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2001.
3. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde. Proposta preliminar de reestruturação da atenção à saúde bucal. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2002. (Documento de circulação interna).
4. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde. BH Vida: Saúde Integral 3ª versão. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2003. (Documento de circulação interna).
5. Campos GWS, Carvalho SR. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 2000;16:507-15.
6. Drumond MM. A criança seu "em torno" e a cárie. [tese] Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2002
7. Ferreira RC, et al. Saúde Bucal: planejando a promoção através de indicadores epidemiológicos. In: Reis et al. (org) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.287-306.
8. Franco TB, Merhy EE. PSF: contradições de um modelo destinado à mudança do modelo assistencial. Campinas; 1999.
9. Maximiano ACA. Gerência do trabalho em equipe. 2ªed. São Paulo: Pioneira; 1986.
10. Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? *Saúde Debate*. 2002;26:118-22.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ªed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1996.
12. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001.
13. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa JCC, Moraes E, Saliba NA, et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999;2:9-14
14. Rey FLG. Epistemología cualitativa y subjetividad. São Paulo: Educ; 1997.
15. Rey FLG. La investigación cualitativa en psicología: rumbos e desafíos. São Paulo: Educ; 1999.
16. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. [tese] Araçatuba: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Odontologia; 2000.
17. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:429-35.
18. Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV. (org). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p.155-72.
19. Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. [tese] Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994.